



CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN ENFERMERÍA: HACIA LA BÚSQUEDA DEL CONFORT ENFERMERO

Leandra Martín Delgado

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

Tesis Doctoral

Leandra Martín Delgado

Calidad de vida profesional en
enfermería: hacia la búsqueda del
confort enfermero



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN ENFERMERÍA: HACIA LA BÚSQUEDA DEL CONFORT ENFERMERO

Leandra Martín Delgado

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN ENFERMERÍA: HACIA LA BÚSQUEDA DEL CONFORT ENFERMERO

Leandra Martín Delgado

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN ENFERMERÍA: HACIA LA BÚSQUEDA DEL CONFORT ENFERMERO

Leandra Martín Delgado

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN ENFERMERÍA: HACIA LA BÚSQUEDA DEL CONFORT ENFERMERO

Leandra Martín Delgado

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN ENFERMERÍA: HACIA LA BÚSQUEDA DEL CONFORT ENFERMERO

Leandra Martín Delgado

*“Los cuidados de comodidad imbrican la palabra, la voz, la mirada
y la comodidad del propio sujeto, frente a la palabra, la voz, la
mirada y la comodidad del cuidador”
Ferrer Ferrandiz*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN ENFERMERÍA: HACIA LA BÚSQUEDA DEL CONFORT ENFERMERO

Leandra Martín Delgado

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN ENFERMERÍA: HACIA LA BÚSQUEDA DEL CONFORT ENFERMERO

Leandra Martín Delgado

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN ENFERMERÍA: HACIA LA BÚSQUEDA DEL CONFORT ENFERMERO

Leandra Martín Delgado

Leandra Martín Delgado

***Calidad de vida profesional en enfermería:
hacia la búsqueda del confort enfermero.***

TESIS DOCTORAL

Dirigida por la Dra. Àngela Pallarés

Codirigida por el Dr. Joaquín Tomás Sábado

Departamento de Enfermería



**UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI**

**Tarragona
Junio 2017**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN ENFERMERÍA: HACIA LA BÚSQUEDA DEL CONFORT ENFERMERO

Leandra Martín Delgado

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN ENFERMERÍA: HACIA LA BÚSQUEDA DEL CONFORT ENFERMERO

Leandra Martín Delgado

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN ENFERMERÍA: HACIA LA BÚSQUEDA DEL CONFORT ENFERMERO

Leandra Martín Delgado



Departamento de Enfermería

Av Catalunya, 35
43002 Tarragona , España
Telf. 977299424/25
Fax. 977299586

Àngela Pallarés i Martí, profesora titular de la *Facultat de Ciències de la Salut, Blanquerna. Universitat Ramon Llull,*

Hago constar:

Que el presente trabajo titulado “*Calidad de vida profesional en enfermería: hacia la búsqueda del confort enfermero*”, que presenta Leandra Martín Delgado para la obtención del título de Doctor, ha sido realizado bajo mi dirección y la de Joaquín Tomás Sábado, profesor Titular de las escuelas Universitarias Gimbernat y Coordinador de *la Unitat de Recerca i Comunicació Científica*, y cumple los requisitos para su defensa pública.

Barcelona, 30 de junio de 2017

Dra. Àngela Pallarés i Martí

Dr. Joaquín Tomás Sábado

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN ENFERMERÍA: HACIA LA BÚSQUEDA DEL CONFORT ENFERMERO

Leandra Martín Delgado

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN ENFERMERÍA: HACIA LA BÚSQUEDA DEL CONFORT ENFERMERO

Leandra Martín Delgado

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN ENFERMERÍA: HACIA LA BÚSQUEDA DEL CONFORT ENFERMERO

Leandra Martín Delgado

AGRADECIMIENTOS

El camino recorrido para la realización de esta tesis se realizó gracias a un esfuerzo individual y constante que solo se hizo posible, en muchos casos, gracias a la ayuda y el soporte de algunas personas que fueron el combustible en este recorrido.

En primer lugar quiero agradecer a mis directores en este trabajo la Dra. Àngela Pallarés por su guía experta, por su espíritu alentador que me ha permitido llevar a cabo esta hazaña, gracias a ti he descubierto el espíritu académico y el interés por la ciencia, y al Dr. Joaquín Tomás por sus aportaciones científicas y ayudarme a entender el concepto de la calidad de la investigación.

A la Dra. Carme Ferré coordinadora del programa de doctorado, por sus consejos, ayuda e indicaciones. Gracias por ayudarme a llegar hasta aquí.

A las enfermeras y auxiliares de enfermería del hospital, los verdaderos protagonistas de esta tesis, los que con su colaboración desinteresada me han ofrecido sus sentimientos y vivencias. Gracias a todas y todos por dedicarme parte de vuestro tiempo.

A la dirección de enfermería de mi hospital, por permitirme la realización de este proyecto, gracias por los ánimos.

A mi padre y mi madre quienes me han enseñado a reír, pensar y amar, por su fidelidad, su ayuda incondicional y su aliento en los momentos complicados. Gracias por estar ahí siempre.

A Jose por facilitarme el camino, por cuidarme y mimarme tanto, por reforzar cada pequeño paso que he ido dando. Gracias por la confianza incondicional que depositas en mí, y sobretodo por el respeto hacia mi deseo de investigar.

A mi hijo Alejandro, por hacerme creer que mi trabajo es importante y sentirse orgulloso de mi. Gracias por tu comprensión por la falta de ratos que no he podido estar contigo.

A mis compañeros del master Jose, Bárbara, Oscar, Elisenda y mi prima Gema, los que empezamos juntos este camino, gracias por comprenderme tan bien, por compartir experiencias y sentimientos, hacerme sentir que no era la única en este barco.

A mis amigas del hospital, Érica, María José, Sandra, Carol y Sara, gracias por escucharme, por los ánimos y por esas risas.

Me gustaría dedicar este trabajo a todas las personas que se dedican a la enfermería, por su entusiasmo y dedicación con lo que hacen, por sentir que su trabajo es importante y por querer dedicarse al cuidado de las personas independientemente de su situación laboral.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS	X
LISTADO DE ABREVIATURAS	XI
RESUMEN.....	XIII
SUMMARY	XVIII
JUSTIFICACIÓN	XXII
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. El trabajo	11
2.2. La Satisfacción laboral.....	14
2.3. La motivación	17
2.4. Estrés laboral.....	21
2.5. El estrés en enfermería	22
2.6. Aproximación al concepto de Calidad de Vida Laboral	27
2.7. Dimensiones de la Calidad de Vida Laboral	34
2.8. Calidad de Vida Profesional.....	40
2.9. Entorno laboral saludable.....	43
2.10. Medida de la Calidad de Vida Profesional.....	47
2.11. Estudios previos sobre calidad de vida profesional en los sistemas sanitarios	50

2.11.1. Estudios realizados con el instrumento CVP-35.....	51
2.11.2. Otros estudios sobre calidad de vida laboral en entornos sanitarios. ...	58
2.11.3. Estudios sobre CVL realizados desde una perspectiva metodológica cualitativa.....	66
2.12. La profesión enfermera	72
2.13. Teorías que guían la investigación.....	80
2.13.1 Modelo demanda –control de Karasek.....	80
2.13.2. La comodidad enfermera. Teoría del Confort	84
2.12.3. Repaso de la Teoría Fundamentada	88
III. MARCO CONTEXTUAL.....	95
3.1. Breve repaso al sistema sanitario catalán	97
3.2. Contexto del estudio	100
3.3. Profesionales objeto de estudio	103
IV. METODOLOGÍA	111
4.1. Preguntas de investigación	113
4.2. Objetivos	114
4.2.1. Objetivos principales.....	114
4.2.2. Objetivos secundarios.....	114
4.3. Diseño de la Investigación.....	115
4.4. ¿Porqué un estudio con triangulación metodológica?.....	118
4.5. Aspectos éticos	119
4.6. Metodología del estudio cuantitativo.	122
4.6.1. Objetivos	122
4.6.2. Población de estudio	122
4.6.3. Muestra	122
4.6.4. Instrumentos	123
4.6.5. Procedimiento de recogida de datos.....	125

4.6.6. Metodología estadística.	126
4.7. Metodología estudio cualitativo.	127
4.7.1. Objetivos	127
4.7.2. Metodología cualitativa	127
4.7.3. Instrumento de recogida de datos. Grupo de discusión.....	130
4.7.4. Participantes	132
4.7.5. Trabajo de Campo.....	139
4.7.6. Metodología para interpretación cualitativa de los datos.	142
V. RESULTADOS	149
5.1. Resultados estudio cuantitativo:.....	151
5.1.1. Características sociodemográficas y de carga familiar.	151
5.1.2. Características laborales.....	152
5.1.3. Subescala de Apoyo laboral del CVP-35	155
5.1.4. Subescala de Cargas de trabajo del CVP-35.....	161
5.1.5. Subescala de Motivación del CVP-35	165
5.1.6. Ítem 34 de calidad de vida profesional general del CVP-35.....	169
5.2. Resultados perspectiva cualitativa.	172
5.2.1. Codificación: Emergencia de la categoría central.	173
5.2.2. Definición por categorías.	180
1. Condiciones laborales necesarias para los profesionales dentro del Proceso laboral.	180
1.1. Apoyo institucional.....	180
1.2. Estabilidad laboral	185
1.3. Comodidad en el espacio de trabajo	189
1.4. Salario.....	191
1.5. Formación	193
1.6. Equilibrio vida laboral - vida personal.....	197
2. Demandas de trabajo	200
2.1. Factores estresantes	200
3. Satisfacción con el trabajo	212

3.1. Satisfacción profesional.....	212
3.2. Relaciones en el trabajo	216
3.3. Factores personales	218
5.3. Concepción de calidad de vida profesional por los participantes.	221
VI . ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	229
6.1. Consideraciones iniciales para el análisis.....	231
6.2. Discusión resultados cuantitativos	233
6.3. Discusión resultados cualitativos	242
6.3.1. Condiciones laborales necesarias para el profesional: Confort laboral .	245
6.3.1.1. El apoyo Institucional.....	247
6.3.1.2. Estabilidad laboral.....	258
6.3.1.3. Comodidad en el espacio de trabajo.....	266
6.3.1.4. Salario	267
6.3.1.5. Formación	268
6.3.1.6. Conciliación trabajo-vida personal.....	272
6.3.2. Demandas de trabajo.....	276
6.3.2.1. Categoría Factores estresantes.....	278
6.3.3. Satisfacción con el trabajo.....	297
6.3.3.1. Satisfacción laboral.....	298
6.3.3.2. Relaciones en el trabajo.....	305
6.3.3.3. Factores personales.....	308
6.4. Elementos considerados para el modelo de confort profesional enfermero .	311
VII. CONCLUSIONES	315
7.1. Conclusiones principales	317
7.2. Conclusiones secundarias	317
VIII. LIMITACIONES.....	323
IX. UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS	327
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	331

XI. ANEXOS	363
ANEXO 1: Resolución de la comisión de investigación de la FPHAG.	365
ANEXO 2: Cuestionario utilizado en el estudio.	367
ANEXO 3: Calendario de sesiones realizadas a los profesionales para la información y difusión del estudio.....	371
ANEXO 4: Modelo de hoja de consentimiento informado para el estudio cuantitativo.	373
ANEXO 5: Modelo de hoja de consentimiento informado para el estudio cualitativo.....	375
ANEXO 6. Hoja de recogida de datos de los participantes.....	377

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Autores y Conceptos de CVL.....	31
Tabla 2: Dimensiones propuestas para analizar la Calidad de Vida en el Trabajo	36
Tabla 3: Estudios realizados con el instrumento CVP-35	52
Tabla 4: Estudios sobre calidad de vida laboral en entornos sanitarios con otros instrumentos.....	60
Tabla 5: Estudios con metodología cualitativa	68
Tabla 6: Distribución de los ítems de la escala CVP-35 según la estructura trifactorial...	125
Tabla 7: Tabla del perfil de los participantes en el estudio.	137
Tabla 8: Correspondencia entre funciones de Atlas.ti y procedimientos de la TF.	144
Tabla 9: Características sociodemográficas y de carga familiar de la muestra.....	151
Tabla 10: Características laborales de la muestra.	153
Tabla 11: Estadísticos descriptivos de las tres dimensiones y cada uno de los ítems de la CVP-35 (n = 244)	154
Tabla 12: Puntuaciones en la subescala de Apoyo del cuestionario CVP-35 según características sociodemográficas y de carga familiar.	156
Tabla 13: Puntuación en la subescala de Apoyo del cuestionario CVP-35 según características laborales.....	159
Tabla 14: Puntuación en la subescala Carga de Trabajo del cuestionario CVP-35 según características sociodemográficas y de carga familiar.	161
Tabla 15: Puntuación en la subescala de Carga de Trabajo del cuestionario CVP-35 según características laborales.	164
Tabla 16: Puntuación en la subescala de Motivación del cuestionario CVP-35 según características sociodemográficas y de carga familiar.	166
Tabla 17: Puntuación en la subescala de Motivación del cuestionario CVP-35 según características laborales.....	167
Tabla 18: Características sociodemográficas y de carga familiar de la muestra según respuesta al ítem 34 de calidad de vida profesional del cuestionario CVP-35	170

Tabla 19: Características laborales de la muestra según respuesta al ítem 34 de calidad de vida profesional del cuestionario CVP-35	171
Tabla 20: Códigos iniciales.....	173
Tabla 21: Emergencia de la categoría Central.....	175
Tabla 22: Tabla de categorías por grupo de discusión.....	177
Tabla 23: Tabla apoyo institucional	181
Tabla 24: Citas apoyo Institucional	183
Tabla 25: Estabilidad laboral	185
Tabla 26 : Citas estabilidad laboral	187
Tabla 27: Comodidad en el espacio de trabajo	189
Tabla 28: Citas comodidad en el espacio de trabajo	190
Tabla 29: Tabla salario	191
Tabla 30: Citas salario.....	192
Tabla 31: Códigos formación	193
Tabla 32: Citas formación	195
Tabla 33: Equilibrio trabajo-vida personal.....	197
Tabla 34: Citas Equilibrio vida personal-vida laboral	198
Tabla 35: Factores estresantes	201
Tabla 36: Citas factores estresantes.....	206
Tabla 37: Satisfacción profesional	212
Tabla 38: Citas satisfacción laboral	214
Tabla 39: Tabla relaciones en el trabajo	216
Tabla 40: Citas relaciones en el trabajo.....	217
Tabla 41: Factores personales	218
Tabla 42: Citas factores personales.....	220
Tabla 43: Conexión teorías y resultados	232
Tabla 44: Recomendaciones de la dotación de enfermeras en las unidades de hospitalización.	295

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo demanda-control-apoyo social de Karasek.....	83
Figura 2: Estructura taxonómica del confort.....	85
Figura 3: Diseño de la investigación.....	117
Figura 4: Guión de preguntas para los grupos de discusión:.....	140
Figura 5: Diagramas de caja de las puntuaciones en la subescala de Apoyo del CVP-35 según características sociodemográficas.....	157
Figura 6. Diagramas de caja de las puntuaciones en la subescala de Apoyo del CVP-35 según carga familiar.....	158
Figura 7. Diagramas de caja de las puntuaciones en la subescala de Apoyo del CVP-35 según características laborales	160
Figura 8: Diagramas de caja de las puntuaciones en la subescala de Carga de trabajo del CVP-35 según características sociodemográficas.	162
Figura 9: Diagramas de caja de las puntuaciones en la subescala de Carga de trabajo del CVP-35 según carga familiar.	162
Figura 10: Diagramas de caja de las puntuaciones en la subescala de Carga de trabajo del CVP-35 según características laborales.....	165
Figura 11. Diagramas de caja de las puntuaciones en la subescala de Motivación del CVP-35 según características laborales.....	168
Figura 12: Cuadro de la red de categorías.....	176
Figura 13: Modelo de confort laboral enfermero.....	314

LISTADO DE ABREVIATURAS

AD:	Apoyo Directivo
ANA	Association Nursing American
APA:	American Psychological Association
ATS:	Ayudante Técnico Sanitario
AVD	Actividades de la Vida Diaria
Cat.Salut	Servei Català de la Salut
CIE:	Consejo Internacional de Enfermeras
CT:	Cargas de Trabajo
CV:	Calidad de Vida
CVL:	Calidad de Vida Laboral
CVP:	Calidad de vida profesional
CVT:	Calidad de Vida en el Trabajo
DC:	Demandas-control
DCA:	Demandas-control-Apoyo Social
DUE	Diplomado Universitario de Enfermería
FPHAG:	Fundació Privada Hospital Asil de Granollers
GD:	Grupo de discusión
ICS	Institut Català de la Salut
INSALUD:	Instituto Nacional de la Salud
OIT:	Organización Internacional del trabajo
OMS:	Organización Mundial de la Salud
LOCS	Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña
LOGSE:	Ley de Ordenación General de Sistema educativo
LOPD:	Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter personal
LOPS:	Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias
MI:	Motivación intrínseca
SEM	Servicio de Emergencias Médicas
SISCAT:	Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya
SL:	Satisfacción Laboral

TCAE: Técnico en cuidados Auxiliares de Enfermería
TF: Teoría Fundamentada
UIC: Universidad Internacional de Catalunya
URV: Universitat Rovira i Virgili
XHUP: Xarxa d'Hospitals d'Utilització Pública

RESUMEN

TÍTULO: *Calidad de vida profesional en enfermería: Hacia la búsqueda del confort enfermero.*

INTRODUCCIÓN

Los profesionales de enfermería, como proveedores de cuidados, se enfrentan a múltiples situaciones en el desarrollo de su actividad laboral, que implica afrontar situaciones de estrés al estar en contacto con la enfermedad, el sufrimiento, emergencia vital etc. de las personas a las que cuida, además de otros factores, como la presión en el trabajo, conflictos con otros profesionales, inestabilidad laboral, conflictos de rol etc., que pueden tener una influencia decisiva sobre su satisfacción en el trabajo y sobre su calidad de vida profesional (CVP).

Es evidente que todo esto tiene una repercusión directa sobre la organización, sobre la calidad de los cuidados y sobre la salud física y psicológica de los trabajadores. En consecuencia, trabajar en mejorar la calidad de vida profesional del personal de enfermería y su nivel de satisfacción, contribuirá a optimizar la calidad de sus cuidados.

El constructo de comodidad está presente en todas las dimensiones en la cuáles se desenvuelve la vida cotidiana de la persona. Es, por tanto, un concepto que se encuentra ligado a todas sus situaciones vitales. Según postula Catherine Kolcaba, entendiendo a la enfermera como receptora de confort, podríamos afirmar que una enfermera ofrece confort a sus pacientes cuando a su vez, se encuentra confortable en su entorno laboral.

OBJETIVOS

El objetivo que se plantea en esta tesis, es presentar un modelo de mejora de la calidad de vida profesional para el personal de enfermería, donde, a partir de la expresión de sus propias percepciones, experiencias y sentimientos, pueden ofrecernos una visión subjetiva acerca de los elementos necesarios para la

RESUMEN

consecución de una óptima calidad de vida profesional. De esta manera, el análisis de sus discursos sobre su trabajo, cómo se sienten, cómo lo viven, aportará una información privilegiada sobre las acciones que debe llevar a cabo la institución para conseguir esta mejora. Para ello se han considerado los objetivos: Describir los factores que intervienen en la calidad de vida profesional percibida por la Enfermería del Hospital General de Granollers, analizar la percepción acerca de la calidad de vida profesional de la enfermería del Hospital, y conocer sus propuestas sobre los componentes clave de un modelo de confort laboral para este colectivo profesional.

METODOLOGÍA

La realidad estudiada es muy compleja, por sus múltiples relaciones e interacciones con el contexto, con la familia, con la profesión y con el mundo propio de los participantes en el estudio; por ello se necesitó una metodología que permitiera comprender las múltiples interacciones de estos profesionales en su calidad de vida, y se escogió trabajar con la investigación cualitativa-descriptiva. No obstante, teniendo en cuenta el objeto de estudio, la multitud de cuestionarios y escalas validadas que miden de manera objetiva la CVP, se ha considerado de interés investigar esta cuestión aportando de forma previa y con metodología cuantitativa información sobre prevalencia y aspectos generales del fenómeno. Se trata una estrategia para conocer como se comporta el fenómeno dentro de la población estudiada para luego realizar un análisis en profundidad del mismo.

La fase inicial, cuantitativa recogió los datos acerca del grado calidad de vida profesional, los factores que influyen y su relación con la variables sometidas a estudio de una muestra de los profesionales del centro estudiado. Las categorías profesionales fueron Enfermeras y Auxiliares de enfermería y Enfermeras coordinadoras, un total de 851 profesionales. Respuesta de 28,67 % (n=244). Se utilizó un cuestionario con variables sociodemográficas como edad, sexo, situación familiar, número de hijos, situación laboral de la pareja, y el número de familiares dependientes e institucionalizados; las variables laborales incluyeron la categoría profesional, antigüedad, área de trabajo, turno, situación contractual, y jornada laboral. La CVP se evaluó mediante el Cuestionario de Calidad de Vida profesional

(CVP-35). Los ítems se agrupan en tres dimensiones o factores denominados: Apoyo Directivo (AD), Carga de Trabajo (CT) y Motivación Intrínseca (MI). Además se considera la pregunta “*calidad de vida de mi trabajo*” como indicador de calidad de vida global. El tratamiento estadístico de los datos se ha llevado a término mediante el programa R-Project (The R Project for Statistical Computing). La investigación cualitativa-descriptiva permitió hacer el análisis en profundidad enfocado desde el interaccionismo simbólico, que pone énfasis en las significaciones que las personas estudiadas ponen en práctica para construir su mundo social. Se escogió trabajar la Teoría Fundamentada (Grounded Theory), propuesta por Glaser y Strauss. Después de la construcción de códigos, categorías y metacategorías se llevó a cabo la organización de acuerdo con este modelo, que establece que las categorías deben ser revisadas y ordenadas, con el fin de identificar la idea central que está impregnado en las categorías y que darán lugar a la teoría substantiva, mediante la interconexión de las diferentes categorías encontradas. El análisis se realizó mediante el programa Atlas.ti. 15.1. La población del estudio fueron la totalidad de los profesionales de enfermería, que trabajan en Hospital General de Granollers, las categorías profesionales sometidas a estudio fueron enfermeras, auxiliares de enfermería y enfermeras coordinadoras asistenciales. Los informantes fueron 51 participantes, escogidos de forma intencionada, de los cuales 43 fueron mujeres y 8 hombres, con una media de 43,76 años de edad (edad mínima 22 años y máxima 60 años).

RESULTADOS

A nivel cuantitativo se obtuvo que las medias y desviación estándar de las tres dimensiones en el global de la muestra fueron de 65,25 (18,28) para el AD, 71,46 (13,85) para las CT, y 72,7 (9,00) para la dimensión MI. La CVP global tuvo una media de 5,59. En el caso de la dimensión AD, no se obtiene significación estadística en cuanto a las variables sociodemográficas, sin embargo las variables laborales sí que se relacionan estadísticamente. La categoría profesional los servicios a los que pertenecen y el turno influye, siendo las enfermeras con algún cargo las que perciben más AD y las auxiliares las que menos. Los servicios de maternidad y área quirúrgica perciben menos AD, frente al servicio de Cirugía que percibe el mayor apoyo. En relación al turno, el horario partido tiene mejor

RESUMEN

percepción del AD frente al turno de noche que es el que más bajo puntúa. En cuanto a CT, se relaciona también con las variables laborales, sin obtener significación estadística tampoco en esta dimensión para las variables sociodemográficas. Las enfermeras con algún cargo perciben más CT seguido de las enfermeras y por último las auxiliares. A partir de los 5 años de antigüedad se perciben más CT. Los que más cargas perciben son las áreas de Maternidad, las que menos las de Pediatría y los profesionales sin unidad determinada. Los profesionales con contrato indefinido perciben más cargas de trabajo que los de contrato temporal (72,61 frente a 68,36 de media). En MI son las variables sociodemográficas las que obtienen significación estadística, se relaciona con la edad, el grupo de edad de 30 a 40 años puntuó por debajo del resto (con una media de 69,05, el resto puntuaron por encima de 73) y en la variable familiares dependientes, perciben una mayor MI aquellos sin familiares dependientes -73,29 (8,38). Con respecto a la CVP global, la puntuación es media siendo de 5,59, y se observa relación con el área de trabajo.

En la fase cualitativa, el proceso de codificación inicial dio lugar a una lista de 66 códigos iniciales que se agruparon por temáticas y generaron 10 categorías, de las cuales las seis principales fueron: factores estresantes, apoyo institucional, estabilidad laboral, relaciones en el trabajo, satisfacción laboral y equilibrio trabajo-vida personal. Las categorías siguientes como salario, formación, comodidad en el espacio de trabajo y factores personales se consideraron también siendo menos representativas en cuanto a número de citas. A continuación se procedió a reagrupar y definir los conceptos de cada una de las categorías que finalmente se agruparon en tres metacategorías. 1. *Condiciones laborales necesarias para el profesional* 2. *Demandas de trabajo* 3. *Satisfacción con el trabajo*. Estas dieron paso a la emergencia de la categoría central correspondiente al código identificado “in vivo”: “*Poder cuidar de mis pacientes en buenas condiciones.*”

CONCLUSIONES: Los profesionales de enfermería en nuestro estudio perciben la Calidad de vida profesional con un valor medio, no supera el 6, poseen una alta motivación intrínseca, una media-alta percepción de las demandas de trabajo y un menor apoyo directivo. Los profesionales de enfermería necesitan una serie de condiciones que consideran que deben ser ofrecidas por la institución junto con la

disminución de los factores estresantes, para poder hacer frente a las demandas propias de su trabajo, que unido a la satisfacción y motivación propias con su desempeño laboral, llevan al profesional a obtener una buena calidad de vida profesional, lo que podríamos llamar confort laboral teniendo en cuenta al profesional como receptor de confort.

Para mejorar la calidad de vida profesional de este colectivo es preciso que la institución reflexione sobre las medidas a adoptar, actuando sobre las variables peor valoradas y los elementos principales percibidos por los profesionales como influyentes en su CVP.

SUMMARY

SUMMARY

TITLE: *Professional quality of life in nursing: to the search for nursing comfort.*

INTRODUCTION

Nursing professionals, as care providers, deal with multiple situations in the development of their work activity, which involves stress situations where they are in contact with illness, suffering, vital emergency, etc. of the people he cares for, as well as other factors, such as pressure on the job, conflicts with other professionals, job instability, role conflicts etc., which can have a decisive influence on their satisfaction at work and their quality of professional life (ProQol).

It is clear that all of this has a direct impact on the organization, on the quality of care and on the physical and psychological health of workers. Therefore, working to improve the quality of professional life of nursing staff and their level of satisfaction, will contribute to optimize the quality of their care.

The concept of comfort is present in all the dimensions of the daily life of the person. It is, therefore, a concept that is linked to all its vital situations. According to Catherine Kolcaba postulates, understanding the nurse as a recipient of comfort, we could say that a nurse offers comfort to their patients when, in turn, is comfortable in their work environment.

OBJECTIVES

The aim of this thesis is to present a model for improving the quality of professional life for nurses, where, based on the expression of their own perceptions, experiences and feelings, they can offer us a subjective view about the necessary elements to achieve an optimal quality of professional life. In this way, the analysis of their speeches about their work, how they feel, how they live it, will provide extraordinary information about the actions that the institution must carry out to achieve this improvement. For this purpose, have been considered this objectives: to describe the factors involved in the quality of professional life perceived by the Nursing department of the Granollers General Hospital, to analyze the perception about the quality of professional life of the Hospital's nursing, and to know their

proposals on the key components of a work model comfort for this professional group.

METHODOLOGY

The reality studied is very complex, because of its multiple relationships and interactions with the context, the family, the profession and the world of the participants in the study; Therefore a methodology was needed to understand the multiple interactions of these professionals in their quality of life, and chose to work with qualitative-descriptive research. However, considering the object of study, the multitude of validated questionnaires and scales that objectively measure the ProQol as been considered of interest to investigate this issue by providing previously and with quantitative methodology information on prevalence and general aspects of the phenomenon. It is a strategy to know how the phenomenon behaves within the population studied and then perform an in-depth analysis of it.

The first step of the quantitative phase collected the data about the professional quality of life, the factors that influence and its relation with the variables submitted to study of a sample of the professionals of the studied center. The professional categories were nurses and auxiliary nurses and coordinating nurses, 851 professionals. Response of 28.67% (n = 244). Was used a questionnaire with sociodemographic variables such age, sex, family situation, number of children, employment status of the couple, and the number of dependent and institutionalized relatives; The labor variables included the professional category, seniority, area of work, shift, contractual situation, and working day. The CVP was evaluated using the Professional Quality of Life Questionnaire (CVP-35). The items are grouped into three dimensions or factors called: Management Support (MS), Workload (WL) and Intrinsic Motivation (IM). In addition, the question "quality of life of my work" is considered as an indicator of overall quality of life. Statistical analysis was performed using R-project (the R project for Statistal Computing). The Qualitative-descriptive research allowed the in-depth analysis focused on symbolic interactionism, which emphasizes the meanings that the people studied put into practice to build their social world. It was chosen to work the Grounded Theory, proposed by Glaser and Strauss. After the construction of codes, categories and

SUMMARY

metacategories the organization was carried out in accordance with this model, which states that categories should be reviewed and ordered, in order to identify the central idea that is impregnated in the categories and that will give place to the substantive theory, through the interconnection of the different categories found. The analysis was performed using the program Atlas.ti. 15.1. The population of the study were all nursing professionals, who work in General Hospital of Granollers. The professional categories under study were nurses, nursing assistants and nursing care coordinators. The informants were 51 participants, intentionally chosen, of whom 43 were women and 8 men, with a mean age of 43.76 years (minimum age 22 years and maximum 60 years).

RESULTS

At the quantitative level it was obtained that the average and standard deviation of the three dimensions in the global sample were 65.25 (18.28) for MS, 71.46 (13.85) for WL, and 72, 7 (9.00) for the IM dimension. The overall ProQol averaged 5.59. In the case of the dimension, statistical significance is not obtained for the sociodemographic variables, however the labor variables are related statistically. The professional category the services to which they belong and the shift influences, being the nurses with some charge who perceive more MS and the auxiliaries the less. Maternity and surgical services receive less MS, compared to the Surgery service that receives the most support. In relation to the shift, the split schedule have a better perception of the MS compared to the night shift which is the lowest score. For WL, it is also related to labor variables, without obtaining statistical significance also in this dimension for sociodemographic variables. The nurses with some charge perceive more WL followed by the nurses and finally the auxiliaries. From the 5 years of antiquity more WL is perceived. The ones with more perception of WL charge are the maternity areas, those with less perception are pediatrics and professionals with no specific unit. Professionals with indefinite contracts receive more workloads than temporary contract workers. (72.61 versus 68.36 on average). In IM, sociodemographic variables are those that are statistically significant, the age group of 30 to 40 years scored below the rest (with an average of 69.05, the rest scored above 73) and in the dependent family variable, Perceive an increased IM those without dependent relatives -73,29 (8,38). With respect to

the global ProQol, the average score is 5.59, a middle result that is connected with the work area.

In the qualitative phase, the initial coding process gave a list of 66 initial codes that were grouped by theme and generated 10 categories: institutional support, job stability, relationships at work, salary, training, personal work-life balance, Stressors, job satisfaction, comfort in the workplace and personal factors. Next, we proceeded to regroup and define the concepts of each of the categories that were finally grouped into three metacategories. 1. *Working conditions necessary for the professional* 2. *Job demands* 3. *Work satisfaction*. These gave way to the emergence of the central category corresponding to the code identified "*in vivo*": "To be able to take care of my patients in good conditions."

CONCLUSIONS

Nursing professionals in our study perceive a mean ProQol, have a high intrinsic motivation, a medium-high perception of workloads and low managerial support. Nursing professionals need a series of conditions that they consider should be offered by the institution along with the reduction of stressors, in order to be able to face the demands of their work, which together with their own satisfaction and motivation with their performance work, lead the professional to obtain a good quality of professional life, what we could call work comfort.

To improve the quality of professional life of this group, it is necessary for the institution to reflect on the measures to be taken, acting on the worst-valued variables and the main elements perceived by professionals as influential in their ProQol.

JUSTIFICACIÓN

La Enfermería como disciplina ha experimentado un considerable avance en cuanto a conocimiento y desarrollo profesional, que ha sido, y está siendo posible, gracias al esfuerzo de los profesionales, tanto del ámbito académico como del asistencial, que con su esfuerzo, han conseguido que la enfermería sea reconocida a nivel social y académico.

Cuando me planteé la realización de esta tesis, pensé en mi colectivo como enfermera y en la labor que desempeñamos a nivel asistencial, labor que cada vez está sometida a más sobrecarga laboral y a una mayor exigencia de rendimiento profesional. A lo largo de mi carrera profesional, he observado cómo profesionales con una alta competencia han ido perdiendo motivación, interés y entusiasmo por su trabajo, con importantes repercusiones sobre su propia salud y sobre la calidad de los cuidados que ofrecen a sus pacientes. Desde esta perspectiva, me planteé llevar a cabo una investigación que aportase algún elemento para establecer una mejora en la calidad de vida profesional de las enfermeras, que, a su vez, supondrá una mejora de la calidad de sus cuidados, que es, en definitiva, el producto de nuestra labor enfermera.

Los profesionales de enfermería, como proveedores de cuidados, se enfrentan a múltiples situaciones estresantes en el desarrollo de su actividad laboral, que implica afrontar situaciones de emergencia vital y el contacto directo con la enfermedad, el sufrimiento, el dolor y la muerte de las personas a las que cuida, además de otros factores, como la presión en el trabajo, conflictos con otros profesionales, inestabilidad laboral, conflictos de rol etc., que pueden tener una influencia decisiva sobre su satisfacción en el trabajo y sobre su calidad de vida profesional.

Es evidente que todo esto tiene una repercusión directa sobre la organización, sobre la calidad de los cuidados y sobre la salud física y psicológica de los trabajadores. En consecuencia, trabajar en mejorar la calidad de vida profesional del personal de enfermería y su nivel de satisfacción, contribuirá a optimizar la

calidad de sus cuidados.

El objetivo que se plantea en esta tesis, es presentar un modelo de mejora de la calidad de vida profesional para el personal de enfermería, donde, a partir de la expresión de sus propias percepciones, experiencias y sentimientos, pueden ofrecernos una visión subjetiva acerca de los elementos necesarios para la consecución de una óptima calidad de vida profesional. De esta manera, el análisis de sus discursos sobre su trabajo, cómo se sienten, cómo lo viven, aportará una información privilegiada sobre las acciones que debe llevar a cabo la institución para conseguir esta mejora.

Cuando pienso en mi trabajo asistencial como enfermera, en mi día a día no puedo concebirlo sin tener en cuenta a los profesionales auxiliares de enfermería, los actuales técnicos sanitarios en cuidados enfermeros, que trabajan de forma conjunta y en íntima colaboración con la enfermera para conseguir los objetivos de cuidados. Es evidente que el profesional enfermero, especialmente en el ámbito hospitalario, necesita de la colaboración del auxiliar para su desempeño laboral. Por tanto, este estudio va dirigido, al equipo de enfermería en su conjunto, formado por enfermeras y auxiliares de enfermería, a los cuales nos referiremos, de forma unitaria, como *profesionales de enfermería*.

Aunque la calidad de vida profesional es un tema que ha sido objeto de múltiples estudios en el entorno sanitario, en general, las investigaciones realizadas concluyen enfatizando la importancia de continuar y profundizar en su estudio, aplicando diferentes metodologías en los diversos entornos.

La decisión de adoptar un enfoque cualitativo para la realización de este trabajo se tomó después del análisis exhaustivo de la bibliografía sobre el tema, donde abundan los estudios acerca de la calidad de vida profesional. Sin embargo, faltan trabajos que ofrezcan elementos sobre la interpretación y percepción personal de los elementos que influyen en la vivencia de la calidad de vida en el trabajo, aspectos que los análisis cuantitativos no pueden abordar. No obstante, teniendo en cuenta la diversidad de cuestionarios y escalas validadas que miden de manera objetiva la calidad de vida profesional, se consideró el interés de incluir un aspecto

JUSTIFICACIÓN

cuantitativo que pudiese aportar, de forma previa, información sobre la prevalencia y aspectos generales del fenómeno.

En este sentido, González et al. (2007) opinan que el fenómeno puede abordarse y presentar interés desde cualquiera de los dos enfoques, *“Para su estudio, es posible abordar la CVT (Calidad de Vida en el Trabajo) desde cualesquiera de los paradigmas de investigación tradicionales; desde el punto de vista cuantitativo, implica la medición objetiva; desde una perspectiva cualitativa, el conocimiento de aspectos relacionados directamente con la percepción de los trabajadores”*.

I. INTRODUCCIÓN

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN ENFERMERÍA: HACIA LA BÚSQUEDA DEL CONFORT ENFERMERO

Leandra Martín Delgado

Actualmente cobra importancia la Calidad de Vida Profesional (CVP) como objeto de estudio desde las organizaciones. Se considera una dimensión valiosa en sí misma y un objetivo de la intervención organizacional (Cabezas-Peña, 2000).

El trabajo constituye algo importante para la vida de las personas, incluso es considerado como el eje central de sus vidas (Noguera, 2002). Influye en diversas esferas vitales y se concreta como un elemento relacionado con el bienestar, por lo que el trabajo influye en la calidad de vida de las personas (Schwartzmann, 2003; Quintana-Zavala & Paravic-Klijn, 2014).

Así, y motivado por el interés en la mejora de la calidad de vida de los trabajadores y de sus condiciones laborales, surge el concepto Calidad de Vida Laboral (Granados, 2011). Según Segurado y Agulló (2002), el objetivo de la Calidad de vida laboral¹, (CVL) reside en *“alcanzar una mayor humanización del trabajo a través del diseño de puestos de trabajo más ergonómicos, unas condiciones de trabajo más seguras y saludables, y unas organizaciones eficaces, más democráticas y participativas, capaces de satisfacer las necesidades y demandas de sus miembros, además de ofrecerles oportunidades de desarrollo profesional y personal”* (p.831).

La Calidad de Vida en el Trabajo (CVT) puede ser considerada como una filosofía dentro de las instituciones que busca la mejora de los trabajadores. Según Camacaro (2010): *“La calidad de vida en el trabajo se puede considerar como una filosofía, un conjunto de creencias y valores que integran todos los esfuerzos dirigidos a incrementar la productividad y mejorar la moral de los trabajadores de la organización, haciendo énfasis en el reconocimiento de la dignidad del ser humano, así como su potencial intelectual, buscando incrementar la participación de las personas en el trabajo bajo un esquema continuo”* (p.3).

III _____

¹ A efectos de la revisión bibliográfica realizada en este trabajo se han considerado los conceptos calidad de vida laboral, calidad de vida en el trabajo y calidad de vida profesional, como sinónimos.

INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta esto, el término Satisfacción Laboral (SL) ha sido identificado e incluido en el de Calidad de Vida laboral, no obstante, la satisfacción se puede considerar como la respuesta emocional del sujeto a un proceso previo cognitivo y descriptivo sobre las características de la organización. Por lo tanto, la satisfacción parece posterior a la percepción de la Calidad de Vida Laboral y, en parte, una respuesta a la misma. Constituye algo más emocional (Martínez-Gamarra & Ros-Mar, 2010). Por otro lado, la SL está incluida dentro de los factores influyentes de la CVL, por lo que, entonces, podríamos considerarla como parte o como respuesta. Lo que resulta evidente es que es un elemento a considerar cuando hablamos de CVP.

Así pues, relacionado con la satisfacción laboral y las condiciones laborales, aparece el estrés laboral (Blegen, 1993; Simón-García, Blesa-Malpica, Bermejo-Pablos, Calvo-Gutierrez, & De Enterría-Pérez, 2005). El estrés relacionado con el trabajo tiene lugar cuando la persona interpreta la situación como algo que excede a su capacidad adaptativa. El estrés laboral puede afectar a la productividad, disminuyendo la satisfacción laboral y aumentando el absentismo laboral. Se caracteriza por altos niveles de excitación y angustia (Brosschot, Pieper, & Thayer, 2005; Casas, Repullo, & Lorenzo, 2002; Escribà, Más, Cardenas, & Pérez, 1999).

La aproximación a la calidad de vida en el trabajo se consigue a partir de la percepción de los propios trabajadores. La percepción de un individuo es subjetiva, selectiva y temporal, ya que las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro. El individuo selecciona su campo perceptual en un momento determinado, ya que el proceso de percepción puede evolucionar a partir de experiencias, necesidades y motivaciones (Quintana Zavala, 2014).

Dentro del colectivo de los profesionales sanitarios, el personal de enfermería, como agentes proveedores de cuidado, se enfrentan al dolor, la muerte, la enfermedad terminal, situaciones de emergencia vital, demandas y presiones laborales, conflicto de rol, situaciones adversas con pacientes problemáticos etc., lo que conduce a situaciones de estrés, que pueden afectar a la satisfacción laboral (Más, Escribà, & Cárdenas, 1999; Más-Pons & Escribà-Agüir, 1998; Tomás-Sábado & Fernández-Donaire, 2002).

Todo esto tiene consecuencia directa sobre la organización, sobre la calidad de los cuidados y sobre la salud física y psicológica de los trabajadores. Pensar en la calidad de vida del profesional enfermero se traducirá en una mejora de los cuidados; ello se traduce en que si la enfermera está satisfecha, su producto, que es el cuidado, será de mejor calidad.

Podemos visualizar, pues, que la preocupación existente por el mantenimiento de una adecuada CVL es una prioridad a nivel universal, ya que su consecución implica mejoras para la institución y puede ser considerada como un derecho social para los trabajadores (Mazuecos-Gómez, 2015).

Teniendo en cuenta estas consideraciones, esta tesis se centra en la percepción que tienen los profesionales de la enfermería entendidos como enfermeras² y auxiliares de enfermería sobre la Calidad de Vida Profesional, considerando los factores influyentes definidos por la literatura. Es imprescindible penetrar en la percepción de los trabajadores sobre los procesos que se originan en el espacio laboral: “*se trata de una mezcla de ciencia y artesanía*” (Salazar-Estrada, Guerrero-Pupo, Machado-Rodríguez, & Cañero-Andalia, 2009).

Para ello, se ha considerado el estudio desde dos perspectivas: la cuantitativa y la cualitativa. El estudio cuantitativo incluye un primer análisis para conocer el fenómeno desde el punto de vista cuantitativo y poder determinar el nivel de CVP percibido por los profesionales sometidos a estudio, así como la influencia de los factores y las variables consideradas a estudio. Para esta primera fase se utiliza un cuestionario diseñado para el estudio que incluye el cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP 35), basado en el modelo de Karasek (1979).

Para la perspectiva cualitativa, se realiza un estudio obteniendo los datos mediante grupos de discusión, que aporta la percepción de los profesionales directamente

² Se ha decidido la denominación enfermeras para hacer referencia a profesionales de ambos sexos, en numerosos estudios se designa así y es la recomendación del Col·legi oficial d'Infermeria de Barcelona, sobre la denominación del término enfermera para nombrar a profesionales de ambos sexos. Documento aprobado en Junta de Gobierno del Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, el día 26 de julio de 2004. Disponible en: <http://www.coib.cat/Detall.aspx?tipus=noticia&idDetall=2254&idPagina=495&idMenu=>

INTRODUCCIÓN

desde el discurso de los propios trabajadores, buscando profundizar en el estudio. La metodología escogida corresponde a la Teoría Fundamentada (Glaser & Strauss, 1967). Teniendo en cuenta la teoría enfermera, el análisis se realiza bajo el marco teórico de Katherine Kolcaba y su teoría del Confort (Kolcaba & Kolcaba, 1991).

Para ello esta tesis se divide en once capítulos:

El primero es la introducción, capítulo actual donde se ha realizado una breve introducción al tema de estudio.

El segundo incluye el marco teórico, dando un repaso a los conceptos de trabajo, calidad de vida laboral, dimensiones y medida, y a los conceptos relacionados con la CVP, como son la satisfacción laboral, la motivación y el estrés laboral. Se hace una revisión de estudios previos sobre tema, un apartado sobre la profesión enfermera y finaliza el capítulo con un aporte sobre las teorías influyentes en el estudio.

El tercer capítulo corresponde al marco contextual, en el que se realiza un breve repaso al sistema sanitario, se describe la Organización escogida para el estudio y se presentan los profesionales sometidos a estudio.

El cuarto capítulo describe la metodología del estudio, después de un apartado común y se divide en dos partes: la primera, correspondiente a la metodología del estudio cuantitativo y, la segunda, acerca del estudio cualitativo. Dentro de este marco metodológico se definen las consideraciones éticas tenidas en cuenta.

El quinto capítulo corresponde a los resultados de la investigación divididos nuevamente en resultados cuantitativos y cualitativos. Los resultados cuantitativos muestran los datos correspondientes al análisis estadístico de la muestra, en relación a las dimensiones propuestas por el cuestionario escogido. Por su parte, los resultados cualitativos muestran las categorías surgidas del análisis de los discursos de los participantes, mostrando la emergencia de la categoría central según la propuesta de la teoría fundamentada. Para finalizar, se muestran los

resultados correspondientes a la concepción sobre calidad de vida profesional percibida por los participantes.

El sexto capítulo hace referencia a la discusión de los resultados, teniendo en cuenta los resultados de ambos estudios, en primer lugar lo referente a resultados cuantitativos, seguidos por los resultados cualitativos, integrando y comparando los datos obtenidos con estudios previos, considerando las teorías y conceptos influyentes descritos en el marco teórico. Al final del capítulo se recopilan los datos obtenidos acerca de los componentes sobre el modelo establecido de confort enfermero.

El séptimo capítulo corresponde a las conclusiones obtenidas de la investigación, dando respuesta a los objetivos planteados en el estudio.

En los capítulos octavo y noveno se describen las limitaciones del estudio y la utilidad práctica de los resultados.

El décimo capítulo contiene las referencias bibliográficas y por último el undécimo capítulo corresponde a los anexos.

II. MARCO TEÓRICO

En este capítulo se describen los conceptos de trabajo, calidad de vida laboral, dimensiones y medida, entorno laboral saludable y los conceptos relacionados con la Calidad de Vida Profesional como son la satisfacción laboral, la motivación y el estrés laboral. Se muestra una revisión de estudios previos sobre tema, y un apartado sobre la profesión enfermera y finaliza el capítulo con un aporte sobre las teorías influyentes en el estudio.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN ENFERMERÍA: HACIA LA BÚSQUEDA DEL CONFORT ENFERMERO

Leandra Martín Delgado

2.1. El trabajo

El trabajo juega un papel destacado en el entorno de las personas, en la sociedad actual forma parte de las vidas de las personas, llegando a ser, en la mayoría de ocasiones, el eje central de sus vidas (Noguera, 2002).

“La mayoría de las personas pasan una tercera parte del día trabajando y lo hacen la mitad de su vida” (Sarella-Parra & Paravick, 2002 p.37).

El concepto de trabajo es complejo, incluye y conecta los distintos planos de la vida (objetivo, subjetivo, ético y moral, económico, social, jurídico, cultural etc.). Desde el punto de vista de las ciencias se obtienen distintos significados; el punto de vista económico guarda relación con la producción y generación de riquezas; desde el jurídico se relaciona con derechos y deberes; y a nivel religioso se encuentra asociado a la dignidad, sacrificio y salvación (Camacaro, 2010).

En el transcurso de los años, el concepto de trabajo ha ido adquiriendo diversas interpretaciones. En la sociedad griega se consideraba como algo despreciable, y como indicador del bajo rango social de las personas que lo realizaban. En la Edad Media se fortalece la antigua división del trabajo y la jerarquía de orden social. Los trabajadores que vivían en pobreza constituían el resguardo de los ricos, basándose en la salvación que podrían obtener a través de la caridad (Aguirre-Raya, 2009).

En la Edad Moderna, debido a modificaciones económicas y cambios en la iglesia, según Ardila (1986), se inicia un cambio de perspectiva que llevará a invertir el planteamiento clásico. Se exalta el trabajo y se minusvalora el ocio, llegando a ser considerado rango de delito. El trabajo pasó a ser la manera de ganar dinero para satisfacer necesidades básicas, a obtener estatus, imponerse a los demás y sobresalir. Se descubre el trabajo como vocación y fuente de riqueza, convirtiéndose en un valor positivo (Sanchis-Gomez, 2004).

A principios del siglo XX surge el interés por el trabajo y por cómo afecta a la salud de las personas. Se crean instituciones como la *Organización Internacional del*

MARCO TEÓRICO

trabajo (OIT), que nace en 1919, después de la primera guerra mundial. Sus principios son la justicia social, la dignidad en el trabajo, la libertad sindical y de expresión, la igualdad y el imperativo de vencer la pobreza. Posteriormente, en 1950, la OIT y la *Organización Mundial de la Salud (OMS)* forman el Comité Mixto sobre Medicina del Trabajo que se orientan hacia la consecución del bienestar físico, mental y social del trabajador. Estas instituciones se han preocupado por elaborar estrategias e inducir a los países a la creación de normativas legales para la protección de los trabajadores. Por esta razón, la OMS, en el 2007 divulga “*Salud de los Trabajadores: plan de acción mundial, 2008 – 2017*” (Ceballos-Vásquez, 2014).

El trabajo es concebido por Marx como facultad exclusiva del hombre, condición de vida de las personas. Producir bienes para la satisfacción de sus necesidades, siendo la actividad propia del ser humano, lo que lo distingue de otras especies animales.

“El trabajo es, en primer término, un proceso entre la naturaleza y el hombre, proceso en que éste realiza, regula y controla mediante su propia acción su intercambio de materias con la naturaleza. En este proceso, el hombre se enfrenta como un poder natural con la materia de la naturaleza. Pone en acción las fuerzas naturales que forman su corporeidad, los brazos y las piernas, la cabeza y las manos, para de ese modo asimilarse, bajo una forma útil para su propia vida, las materias que la naturaleza le brinda. Y a la par que de ese modo actúa sobre la naturaleza exterior a él y la transforma, transforma su propia naturaleza, desarrollando las potencias que dormitan en él y sometiendo el juego de su fuerzas a su propia disciplina” (Marx, 1973).

Neffa (2003), lo considera como una actividad orientada a una finalidad, con utilidad social, lo que no solo incluye capacidades físicas, también moviliza las dimensiones psíquicas:

“Una actividad, realizada por una o varias personas, orientada hacia una finalidad, la prestación de un servicio o la producción de un bien que tiene una realidad objetiva y exterior al sujeto que lo produjo, con utilidad social. El trabajo así

entendido involucra a todo ser humano que pone en alto sus capacidades y no solamente sus dimensiones fisiológicas y biológicas, dado que al mismo tiempo que soporta una carga estática, con gestos y posturas despliega su fuerza física, moviliza las dimensiones psíquicas y mentales”.

Noguera (2002), aboga por el concepto de trabajo con potenciales de autonomía y autorrealización, sostiene que resulta viable defender un concepto amplio de trabajo:

“El trabajo, lejos de reducirse a una lógica puramente instrumental o sistémica, puede ser una vía entre otras para la generación de solidaridad social y para el logro de la autorrealización de los individuos” (p.163).

Laurell (1993), describe el proceso de trabajo como un proceso social básico de toda sociedad dado que en él se producen, bajo una determinada relación entre los hombres o grupos de hombres, los bienes necesarios para la vida social.

Quintana-Zavala y Paravic-Klijn (2014), hablan también sobre la función social, e incorporan la libertad y dignidad de la persona:

“El trabajo cumple una función social y la persona está en libertad para contratar y dedicar su esfuerzo a la labor lícita que elija, así mismo las relaciones laborales deberán de fundarse siempre en un trato compatible con la dignidad de la persona” (p.303).

Teniendo en cuenta estas consideraciones, el trabajo constituye una condición de vida de las personas, con potenciales de autonomía y autorrealización, en el que se pone en alto sus capacidades, no tratándose de una de una lógica puramente instrumental, cumple una función social, por lo que se considera un proceso social básico.

Además, el trabajo es una variable que se ha visto relacionada con el bienestar subjetivo, porque provee óptimos niveles de estimulación o niveles que las personas encuentran placenteros, además de relaciones sociales positivas y un sentido de identidad y significado (Quintana-Zavala & Paravic-Klijn, 2014). Por lo

MARCO TEÓRICO

que el trabajo interviene en diversos ámbitos de la vida de las personas, como en el de la salud o el estilo de vida, entre otros, de manera que influye en la calidad de vida de las personas.

Recientemente, con el progreso tecnológico y la sociedad de consumo, esta concepción del trabajo va perdiendo posiciones, aunque existen trabajos que continúan dando un significado profundo al trabajo. El concepto ha ido evolucionando hasta concepciones actuales que llegan a considerar el fin del trabajo (Sanchis-Gomez, 2004), aunque esta concepción, según Noguera (2002), quedaría reducida a una lógica puramente instrumental.

2.2. La Satisfacción laboral

La satisfacción de los individuos en relación al trabajo es una de las variables más estudiadas en relación con el comportamiento organizacional y la calidad de vida (Fernandez-San Martín et al., 1995). El concepto Satisfacción laboral (SL) ha sido estudiado en relación a otras variables como la calidad de vida profesional y el estrés (Cañón-Buitrago & Galeano-Martínez, 2011; Martínez-Gamarra & Ros-Mar, 2010).

La satisfacción laboral empieza a estudiarse en los años treinta. Numerosos estudios que la analizan (Aziri, 2011), citan a Hoppock quien en 1935 publicó la primera investigación que analizaba de forma profunda la SL. Remarcó que existen múltiples factores que pueden influir en ella, como la fatiga, monotonía, condiciones de trabajo y supervisión.

Herzberg (1959) citado en numerosos estudios, introduce su Teoría Bifactorial o también llamada Teoría Higiene/motivación. Está basada en la dualidad de factores para la satisfacción en el trabajo (Herzberg, Masner, & Sneyderman, 1959). Esta teoría dice que las personas tienen dos tipos de necesidades: unas referidas al medio ambiente físico, que serían "*las de Higiene o factores extrínsecos*" y que están relacionadas con las políticas de empresa, aspectos de supervisión, salario, relaciones interpersonales y condiciones del trabajo; y otras referidas al contenido del trabajo, "*las Motivadoras o factores intrínsecos*", que tienen que ver con la posibilidad de desarrollo, autonomía, reconocimiento, asunción de

responsabilidades, promoción y oportunidades (Girbau-García, 2010).

Herzberg sugiere que la fuente de satisfacción para el hombre es desarrollar una mayor responsabilidad y un crecimiento mental y psicológico, y para esto, se debe “*enriquecer el puesto de trabajo*”. De esta manera, el trabajador puede desarrollar una mayor responsabilidad y experimentar, a su vez, un crecimiento mental y psicológico (Herrera-Amaya & Manrique-Abril, 2008).

Concepción muy similar es la de la teoría de las necesidades de Maslow (1954), quien determinó la jerarquía de necesidades humanas en cinco niveles: fisiológicas, de seguridad física y psicológica, de pertenencia, de realización y de estima. Maslow afirma que la satisfacción de las necesidades obtiene como resultado una actitud positiva de los trabajadores (Herrera-Amaya & Manrique-Abril, 2008). Concretamente, la satisfacción de las tres últimas “son perfectamente identificables en el ámbito laboral e incluidas en la definición de Calidad de Vida en el Trabajo” (González Baltazar et al., 2007).

Posteriormente, Lawler (1973), destaca la relación entre satisfacción, expectativas y recompensas y fue citado en varios trabajos relacionados con la satisfacción (Girbau-García, 2010; Martínez-Lara, 2013) por su “*Modelo de los determinantes de la satisfacción en el trabajo*”, basado en la teoría de la motivación de Lawler y Porter (1967). Se parte de la hipótesis de que la relación entre la expectativa y la realidad de la recompensa produce la satisfacción o la insatisfacción laboral; es decir, que la satisfacción depende de la comparación entre la recompensa recibida por el rendimiento en el trabajo y la que el trabajador considera adecuada a cambio de éste (Aziri, 2011). Por tanto, si esta recompensa se equipara o excede de la considerada adecuada se alcanza la satisfacción, y en sentido inverso, se producirá la insatisfacción. En esta teoría, el término recompensa no sólo se refiere a remuneración económica, sino que incluye en beneficios considerados por los trabajadores como recompensas, sean reconocimientos, ascensos, valoración de superiores, etc. (Cifuentes-Rodríguez, 2012).

Según Zas (2002), “*La satisfacción es un fenómeno esencialmente humano e intersubjetivo que se inicia en el sujeto, y culmina en el mismo*”. La satisfacción se

MARCO TEÓRICO

relaciona, entonces, con algo o con alguien; es una experiencia que permite dar una imagen del mundo subjetivo e intersubjetivo del ser humano en el contexto de la cotidianidad.

Existen muchas definiciones que pretenden ajustar el concepto de SL pero no siempre consiguen recoger toda la variedad de factores que influyen. Para este estudio la SL se define como un ajuste entre lo esperado y lo obtenido a nivel laboral, por lo tanto, se trata de un concepto influenciado por características tanto intrínsecas como extrínsecas al individuo (Pérez-Bilbao & Fidalgo-Vega, 1996). Se trata una actitud o conjunto de actitudes que las personas desarrollan respecto al trabajo que realizan en general o a aspectos particulares del mismo.

En este sentido, la satisfacción laboral ha sido objeto de estudio desde las Organizaciones (Cabezas Peña, 2000), por su efecto en otras variables.

Existen diversos estudios (Fernández et al., 2000; Simón-García et al., 2005; Toh, Ang, & Mk., 2012), que pretenden evaluar los aspectos más y menos satisfactorios al personal de enfermería. Estos estudios determinan los aspectos que se asocian a la satisfacción son los que se refieren a las relaciones con sus compañeros de trabajo, su superior inmediato y el horario de trabajo, los relacionados con la insatisfacción enfermera, pasan poco reconocimiento y proyección social, poca retribución, mal desarrollo personal, falta de motivación, tensión y presión en el trabajo, escasa intervención en la toma de decisiones y ausencia de promoción profesional.

En definitiva la SL disminuye cuando se reducen derechos laborales y oportunidades de promoción, y cuando existen conflictos entre los trabajadores; sin embargo, aumenta cuando se incrementa la remuneración económica, el reconocimiento profesional, y una mejora del horario laboral (Ruzafa-Martínez, Madrigal-Torres, Velandrino-Nicolás, & López-Iborra, 2008). Aguirre-Raya (2009), identifica en su revisión de la literatura los siguientes factores como insatisfactorios: las escasas posibilidades de capacitación o superación profesional, los turnos rotativos, la escasez de recursos humanos, la realización de funciones que no se corresponden con el nivel alcanzado, los bajos salarios, inadecuadas relaciones

interpersonales con los jefes y pares, entre otras.

A partir de los datos obtenidos en una revisión sistemática (Borges-de-Melo, Alves-Barbosa, & Souza, 2011), se constata que los factores relacionados con satisfacción son el reconocimiento profesional, realización personal, responsabilidad; para enfermería, una fuente de satisfacción es el ayudar a las personas prestando cuidados, lo que hace que sientan su profesión como útil. Por otro lado, los factores relacionados con la insatisfacción fueron la falta de reconocimiento, falta de sistematización en el trabajo, poca valoración de la profesión y el salario.

La evidencia actual revela la satisfacción laboral como predictor de permanencia en el trabajo, motivación y productividad laboral. Sin embargo, el nivel de SL del personal de enfermería está disminuyendo (Caricati et al., 2014). Las principales fuentes de insatisfacción de enfermería incluyen la falta de personal, la elevada presión asistencial y el escaso reconocimiento profesional (Portero-de la Cruz & Vaquero-Abellan, 2015).

2.3. La motivación

La motivación es un concepto muy estudiado en relación a la satisfacción laboral. Se explica como el deseo que causa el comportamiento, es lo que le da energía y dirección a la conducta. Se trata de una experiencia subjetiva con tres tipos de manifestaciones: conductual, fisiológica y cognitiva. Desde el punto de vista científico, es una fuerza del organismo que impulsa a actuar, es decir, la motivación provoca un comportamiento. La perspectiva psicológica nos dice que el comportamiento siempre es motivado, ya sea dirigido a un objetivo previamente fijado o no (Palmero, 2005).

La década de los 50 fue un período fructífero para las teorías de la motivación laboral que han permitido conocer los motivos o la forma en que ésta se produce, estas teorías se dividieron en dos categorías: las teorías de contenido y las de proceso. Las de contenido tratan de definir las necesidades específicas que motivan a las personas. En esta línea, se encuentran las teorías de Herzberg y de Maslow. Las teorías de proceso se centran en el estudio de cómo se produce la

MARCO TEÓRICO

motivación y qué puede hacerse para inducirla, dirigirla, mantenerla y frenarla (Martínez-Lara, 2013).

La teoría de la motivación de Abraham Maslow (Maslow, 1943) es una teoría ampliamente citada y con gran reconocimiento a nivel mundial. El autor jerarquiza las necesidades como fisiológicas, de seguridad, de afecto y pertenencia, de autoestima y de autorrealización; así mismo, considera que el objetivo último de toda acción humana es la autonomía y la autodirección. Las clasifica desde las básicas hasta las superiores; estas últimas solo entran en juego si se han satisfecho las anteriores. Nuestros comportamientos y actitudes estarán orientados a la satisfacción de estas necesidades. El autor las distribuyó en la conocida "Pirámide de las necesidades".

Según esta teoría, que es complicada expresar de forma simple, el individuo dispone de variadas motivaciones para el trabajo. Así, las personas trabajan por dinero, por la necesidad de actividad, por disponer de interacción social, lograr estatus, por sentir que son eficientes, y por sentirse orgullosos de su trabajo. Las satisfacciones proporcionadas por el trabajo favorecen al bienestar general del individuo y a su sentimiento de valor personal.

La **teoría de Frederick Herzberg**, basada en su análisis del trabajo, se refiere a los factores motivacionales e higiénicos como determinantes de la motivación y satisfacción del trabajo (Herzberg et al., 1959). Señala que existen factores de motivación intrínsecos del trabajo, vinculados directamente con la satisfacción laboral, tales como el trabajo mismo, los logros, el reconocimiento recibido por el desempeño, la responsabilidad y los ascensos.

Las fuentes de satisfacción las calificó como elementos motivadores y las vinculó al contenido de las tareas, al hecho de asumir responsabilidades, al éxito, a la promoción, al interés por el trabajo en sí mismo, a la autonomía para desarrollar las tareas, a los retos superados. Mientras que los remedios a la insatisfacción, correspondientes a los factores de higiene, se refieren al contexto del trabajo - fundamentalmente el salario -, la seguridad, las relaciones con los compañeros de trabajo, las condiciones materiales del trabajo y la política de gestión de personas

que identifica a la institución.

Según Rogero-Anaya (2005), a priori, la teoría dual no es una teoría motivacional, sino una teoría centrada en las condiciones laborales necesarias para que el trabajador se sienta motivado y, en definitiva, satisfecho.

McGregor, apunta a la conexión entre los factores extrínsecos y las necesidades inferiores de Maslow y a los factores higiénicos de Herzberg, mientras que los factores intrínsecos los encuentra relacionados con las necesidades superiores de Maslow y los factores motivadores de Herzberg (Casas, Repullo, Lorenzo, & Cañas, 2002).

Locke (1976), se refiere a las “Teorías de Proceso”. Estas teorías incluyen la teoría de equidad y teoría de las expectativas, donde la satisfacción laboral se define como *“un estado emocional positivo y placentero resultante de la percepción subjetiva que tenga el individuo de su trabajo”* (Aziri, 2011; Girbau García, 2010; Tan & Waheed, 2011).

En esta línea, se encuentra la teoría de las Necesidades Básicas de McClelland (1961) quien identificó tres necesidades básicas que todas las personas tienen en grado variable: realización, poder y afiliación, y ubica la motivación dentro de una situación afectiva de acercamiento o alejamiento; ambos comportamientos aprendidos en edades tempranas. El autor parte del supuesto que cada individuo tiene patrones de motivación en función de su cultura, vivencias personales y entorno. También, en esta misma línea, encontramos la Teoría de Existencia, Reacción y Crecimiento de Alderfer (1969), que redujo a tres los cinco niveles de la Jerarquía de Necesidades de Maslow, citados por Martínez-Lara (2013).

Entre las teorías de Proceso destacan la teoría del Refuerzo Positivo de Skinner, que señala que la conducta puede debilitarse o consolidarse dependiendo de lo que se sigue: acentuar lo positivo con alabanzas puede aumentar la frecuencia de la conducta deseada y la negación del refuerzo positivo debilitar la conducta. Por otro lado, la teoría de las Expectativas de Wronn (1979) sostuvo que la motivación depende de cuantas personas quieren algo y de su estimación de la probabilidad de conseguirlo (Martínez-Lara, 2013).

MARCO TEÓRICO

Hackman y Oldhan (1980) elaboraron un modelo a través del que se describen las características que debe poseer el trabajo para que el individuo obtenga las recompensas internas que le generarán satisfacción, mayor rendimiento, alto grado de motivación y menor absentismo. Según estos autores, las cinco dimensiones laborales que enriquecen la actividad laboral son la autonomía, la variedad, la identidad de la tarea, el significado de la tarea y la retroalimentación (Martínez-Lara, 2013; Rogero-Anaya, 2005).

Teniendo en cuenta esto, se puede decir que la motivación es un factor determinante para la efectividad de las organizaciones, siendo ésta el resultado de la interacción entre el individuo y la situación del medio ambiente que lo rodea. El grado de motivación varía en todas las personas e individualmente, y según el momento y la manera en que cada trabajador valore los estímulos de la organización, como satisfactores de sus necesidades. Es por ello que no puede hablarse de motivación de los trabajadores sin dejar presente que la organización puede facilitarla o dificultarla en función de los estímulos que ofrezca a los empleados.

Según el estudio de Lopez-Ibort, Gonzalez-de la Cuesta, Barrado-Narvi3n, & Bara-Machin (2011), los aspectos que motivan a las enfermeras son:

- Reconocimiento profesional.
- Definici3n de funciones.
- Reducci3n de cargas de trabajo.
- Reconocimiento econ3mico (carrera profesional).
- Autonomía profesional.
- Trabajo en equipo.
- Recursos humanos y materiales suficientes.
- Comunicaci3n y coordinaci3n con otros servicios y estamentos.
- Supervisi3n como referente.
- Reducci3n de tareas burocráticas.
- Potenciaci3n de buen ambiente laboral.
- Apoyo y flexibilidad del mando intermedio o supervisor.

- Mayor compromiso/implicación de la Dirección de enfermería con la enfermería.
- Potenciación de la formación continuada e investigación.
- Participación en la toma de decisiones.
- Mayor representación en el sistema sanitario.

Todos estos elementos están relacionados e incluidos dentro de las dimensiones establecidas para la Calidad de Vida Profesional.

2.4. Estrés laboral

Relacionado con la satisfacción laboral y las condiciones laborales, aparece el estrés laboral (Blegen, 1993; Simón García et al., 2005). El estrés relacionado con el trabajo tiene lugar cuando la persona interpreta la situación como algo que excede a su capacidad adaptativa. El estrés laboral puede afectar a la productividad, disminuyendo la satisfacción laboral y aumentando el absentismo laboral. Se caracteriza por altos niveles de excitación y angustia (Brosschot et al., 2005; Casas, Repullo, & Lorenzo, 2002; Escribà et al., 1999).

El estrés laboral fue definido por McGrath (1976), como el desequilibrio percibido entre la demanda y la capacidad de hacer frente del individuo, en condiciones en las que el fracaso ante esa demanda supone importantes consecuencias .

El estrés ha sido definido desde distintas perspectivas a lo largo de los años. Más et al. (1999), las agrupan en cinco categorías, según conceptualicen al estrés como: *“a) un estímulo o condición ambiental susceptible de ser medido objetivamente; b) una percepción subjetiva de una condición ambiental; c) una respuesta o reacción a un estímulo ambiental; d) un desajuste o falta de equilibrio entre las demandas ambientales y las capacidades del individuo para hacer frente a estas demandas, y e) un proceso más complejo donde intervendrían otros factores como la apreciación cognitiva de la situación de desequilibrio por parte del sujeto, los mecanismos o estrategias de afrontamiento puestos en marcha y la revaloración posterior de la situación”* (p.160)

MARCO TEÓRICO

Salinas (2012), representante de la corriente más actual, define el estrés como una respuesta que desborda los recursos: *"una respuesta inespecífica ante un estímulo que es percibido como amenazante porque desborda la capacidad de recursos del individuo, provocando en este, reacciones fisiológicas y/o psicológicas adversas"* (Frutos-Martín, 2014 p.21).

Frutos Martín (2014), haciendo una síntesis de los aspectos de mayor coincidencia conceptual de entre las definiciones revisadas, define el estrés como una *"respuesta automática y natural de nuestro organismo ante un estímulo (estresor) o situación que nos resulta nueva, amenazadora o desafiante"* (p.20).

Conceptualizando el estrés relacionado con el trabajo, para esta Tesis, aceptamos por Estrés Laboral la definición introducida por McGrath en 1976 y tomada en cuenta en diversos estudios relacionados con el estrés laboral en profesionales sanitarios (Cortés Rubio et al., 2003; Duran, 2010; Muñoz Ruiperez, 2014) y con la calidad de vida profesional (Cabezas Peña, 2000; García Sanchez, 1993; Martín et al., 2008) como: *"el desequilibrio percibido entre las demandas laborales y la capacidad de control, aspiraciones de la persona y la realidad de sus condiciones de trabajo que generan una reacción individual congruente con la percepción del estresor (es) laboral (es)"*.

A partir del concepto de estrés y en relación a éste, aparece el síndrome de *burnout* aunque sin entrar en detalle, es preciso citar que hace referencia al agotamiento, la despersonalización y la baja realización profesional, que puede aparecer especialmente en profesionales que trabajan con personas. Fue descrito inicialmente por Freudenberg (1974), Maslach (1976) comenzó a publicar estudios al respecto en 1976, citados por Cortés Rubio et al. (2003).

2.5. El estrés en enfermería

La enfermera, en el desarrollo de su actividad profesional, debe cumplir diversos roles múltiples y simultáneos. Debe tener competencias como el análisis crítico, la creatividad, la sensibilidad, y otros, para adaptar los servicios de salud a un entorno favorecedor del cuidado del ser humano (Navarro-Fallas, 2006). A menudo, estos servicios le provocan desgaste, frustración e incluso síndromes patológicos físicos

y psíquicos (Seguel-Palma, Valenzuela-Suazo, & Sanhueza-Alvarado, 2015). Ser enfermera implica la interacción constante con personas enfermas y familias, enfrentarse con el sufrimiento, desesperanza, desconsuelo, muerte, impotencia y angustia de la persona, así como de las familias. Todo ello provoca estrés y disminución de la calidad de los cuidados (Tomás-Sábado & Fernández-Donaire, 2002). Se considera una profesión muy exigente, en la que los profesionales requieren un esfuerzo constante por controlar las emociones propias y las de los demás (Aradilla-Herrero, 2013). La profesión enfermera está catalogada como la cuarta profesión más estresante (Murofuse, Abranches, & Napoleao, 2005), lo que podría llevar a situaciones de insatisfacción y desgaste. Esto representa un importante problema, no sólo para la persona que lo padece, sino también para la organización en la que se ejerce la labor (Aradilla-Herrero, 2013).

Estas situaciones a las que se enfrenta la enfermera, relacionadas con el sufrimiento de los pacientes a los que presta cuidados y que son consideradas como fuentes de estrés, se pueden transformar en desgaste. Así pues, relacionado con el estrés y el desgaste en relación a la empatía de los profesionales, aparece el término desgaste por empatía. Charles Figley acuñó, en 1995 el término *Compassion Fatigue* (Figley, 1995), traducido como “Desgaste por Empatía”. En inglés, *Compassion* significa: sentimiento de profunda empatía y pena por otro que está sufriendo, acompañado por un fuerte deseo de aliviar el dolor o resolver sus causas.

“La capacidad de compasión y empatía parece estar en el centro mismo de nuestra capacidad para realizar el trabajo con nuestros usuarios, y al mismo tiempo, en nuestra capacidad para ser lastimados por el trabajo” (Acinas, 2012 p.13).

El Desgaste por Empatía se relaciona con el esquema cognitivo del profesional (su moral o percepción del contexto social e interpersonal). Se trata de un concepto estudiado recientemente en relación a la calidad de vida profesional de las enfermeras (Craigie et al., 2016; Hunsaker, Chen, Maughan, & Heaston, 2015; Kelly, Runge, & Spencer, 2015; Sacco, Ciurzynski, Harvey, & Ingersoll, 2015).

MARCO TEÓRICO

Aun y con riesgo de ser considerado una alarma es destacable la afirmación de Schwartzmann (2003):

“El Grupo de Trabajo Europeo de la Organización Mundial de la Salud estima para el 2020 que el estrés sea la causa principal de muerte, vinculándola, en primer lugar, a afecciones cardiovasculares y a las depresiones con su consecuente riesgo suicida” (p.10).

Algunos estudios ponen de manifiesto la relación entre el desgaste profesional y el abandono de la profesión en enfermeras asistenciales (Girbau, Galimany, & Aguilar, 2012). Es cierto que algunas enfermeras abandonan temporalmente la profesión por maternidad, se trata de una profesión femenina que tiene el rol de cuidadora familiar, por lo que en ocasiones estas profesionales solicitan excedencias para poderse ocupar de la familia. Cuando estas enfermeras se incorporan nuevamente al trabajo, Girbau-García (2010), asegura que existe la posibilidad de que afloren problemas de salud asociados al estrés laboral y al desgaste profesional.

A lo largo de los últimos 40 años el estrés se ha estudiado desde distintas perspectivas. Uno de los modelos más utilizados en salud pública para el estudio del estrés relacionado con el trabajo es el denominado modelo de demanda-control-apoyo social (DCA) publicado por Karasek y Theorell en 1979 (Karasek, 1979). Identifica en el ámbito de trabajo dos aspectos fundamentales como desencadenantes del estrés: la demanda y el control, y conceptualiza el estrés relacionado con el trabajo como la combinación de altas demandas de índole psicológico y escaso control en la toma de decisiones (Martín-Arribas, 2007). Este modelo será desarrollado en el apartado de teorías 2.12.1.

Los estresores para los profesionales de la enfermería encontrados en la literatura consultada son múltiples y variados. Para Piñeiro-Fraga (2013), los estresores más frecuentes en este colectivo son: “interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas”, “sentirse impotente en el caso de un paciente que no mejora”, “ver a un paciente sufrir” y “realizar demasiadas tareas que no son de enfermería”.

Los estresores laborales en enfermería localizados a través de la revisión bibliográfica de Cremades-Puerto (2011) coinciden con la clasificación de Peiró (1999), son citados también por Piñeiro-Fraga (2013), y se clasifican en:

1. Estresores del ambiente físico. Son múltiples los aspectos del ambiente físico de trabajo que pueden desencadenar experiencias de estrés: el ruido, la vibración, la iluminación, temperatura, la humedad, etc.
2. Demandas del propio trabajo. La propia actividad laboral puede presentar fuentes del estrés como el turno de trabajo, la sobrecarga de trabajo o la exposición a riesgos, etc.
3. Los contenidos del trabajo o las características de las tareas que hay que realizar son también potenciales desencadenantes del estrés laboral. Podemos mencionar, entre ellos, la oportunidad de control, el uso de habilidades que permite la realización de las tareas, el *feedback* que se recibe por la propia ejecución del trabajo, la identidad de la tarea y la complejidad del propio trabajo.
4. El desempeño de roles plantea también potenciales desencadenantes del estrés laboral. Son ampliamente conocidos y han sido estudiados el conflicto, la ambigüedad y la sobrecarga de rol.
5. Las relaciones interpersonales y grupales pueden ser fuentes de estrés. Entre ellas, podemos mencionar las relaciones con los superiores, con los compañeros, subordinados, clientes, etc.
6. El desarrollo de la carrera, en sus múltiples aspectos, es una fuente potencial de estrés. En concreto, cabe mencionar estresores como la inseguridad laboral, las diferentes transiciones de rol, las situaciones de las distintas etapas de desarrollo, las promociones excesivamente rápidas o las demasiado ralentizadas, etc.
7. Diferentes aspectos relacionados con las nuevas tecnologías son también fuentes potenciales de estrés. Podemos mencionar problemas de diseño, de implantación y de gestión de esas tecnologías.
8. Hay componentes de la estructura o del clima organizacional que pueden resultar estresantes, como una excesiva centralización o un clima muy burocratizado, o de poco apoyo social entre los miembros de la organización.
9. Finalmente, cabe mencionar una serie de estresores laborales que tienen que ver con las relaciones entre el trabajo y otras esferas de la vida, como la vida en

MARCO TEÓRICO

familia y las demandas conflictivas entre la actividad laboral y los roles familiares.

Por su parte, Cremades-Puerto, Macià-Soler, López-Montesinos, y Orts-cortés (2011) realizan un estudio cualitativo al respecto e identifican los siguientes estresores para las enfermeras:

- Sobrecarga de trabajo.
- Falta de personal para cubrir adecuadamente el servicio.
- No tener tiempo suficiente para realizar todas mis tareas de enfermería.
- Interrupciones frecuentes en la realización de mis tareas.
- Falta de tiempo para algunos pacientes que lo necesiten.
- Asumir responsabilidades que no me correspondan.
- Consecuencias de mis errores para el enfermo.
- Condiciones físicas de trabajo inadecuadas.
- Ejecutar tareas distintas simultáneamente.
- Espacio físico insuficiente o mal distribuido.
- No disponibilidad del médico en caso de urgencia.
- Tomar una decisión sobre un paciente cuando el médico no está disponible.

Además de éstos, se ha encontrado en otros estudios la referencia a la precariedad laboral en relación a los factores estresantes, que incluye: brevedad en los contratos, la falta de horario fijo y la dificultad para obtener permisos por la inestabilidad laboral. Éstas son situaciones que pueden llevar al profesional a situaciones de estrés (Girbau et al., 2012; Montcada, 2003; Pades & Homar, 2006; Sveinsdóttir, Biering, & Ramel, 2006).

En definitiva, encontramos en la literatura multitud de factores estresantes para enfermería, de ahí que es frecuente encontrar profesionales con pérdida de la motivación, bajo rendimiento, deterioro del trato ofrecido, etc. La razón de este estrés en enfermería no se podría atribuir, pues, a un único factor o estresor, sino que es la suma de condiciones estresantes que someten a la enfermera a una carencia de recursos para hacer frente a ellos (López-Fernández, 2002; Mingote-Adán, Pérez-García, & Antón, 2003).

2.6. Aproximación al concepto de Calidad de Vida Laboral

Como ya se ha dicho, el tipo de trabajo que se realiza está conectado con todos los aspectos de la vida de los individuos, sus familias y comunidades, tanto en el ámbito de la salud, el estilo de vida, las actividades recreativas que realizan, entre otros, por lo que influye fuertemente en la Calidad de Vida (Schwartzmann, 2003).

Cabe destacar que la Calidad de Vida (CV), según Walker y Rosser (1988), es un concepto que va más allá de la mera condición física, e incluye todos los aspectos de la vida humana, es decir que abarca las funciones físicas, emocionales y sociales. Este término se relaciona con diferentes aspectos de la vida y no sólo con las enfermedades y tratamientos, sino con el desarrollo satisfactorio de las aspiraciones, en todos los órdenes de la vida.

La CV se relaciona con el grado de satisfacción de la persona y su estado físico, emocional, vida familiar, amorosa y social. Depende directamente del significado que cada persona le da, influido por concepciones diversas relacionadas con la cultura, patrones de conductas y expectativas de cada uno (Schwartzmann, 2003). Se trata de un concepto que se compone de múltiples y variadas dimensiones, interrelacionadas de manera compleja para conformar un constructo global, conteniendo aproximaciones multidimensionales y multidisciplinarias (Fernández-Mayoralas, 2005).

Ardila (2003), en busca de una definición integradora del concepto, define CV como: *“La Calidad de Vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos, el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social, y con la comunidad y la salud ,objetivamente percibida”* (p.163).

La CV ha sido relacionada con el concepto de bienestar. Se considera que el bienestar es un estado mental de satisfacción, relacionado con la felicidad (González Baltazar, Hidalgo Santacruz, Salazar Estrada, & Preciado Serrano,

MARCO TEÓRICO

2010) *“se concluye que la CV se entiende como “bienestar”, que viene a significar lo mismo que “felicidad” y que ha recibido precisiones conceptuales a partir de la medicina, la filosofía, la economía y la política”* (González-Baltazar et al., 2007 p.117).

Para conseguir un grado aceptable de Calidad de Vida, se afirma que hay que sumar lo conseguido en la familia, los amigos, estudios, el ocio y el trabajo. Centrándonos en este último, el empleo es considerado como un medio para conseguir los deseos y el bienestar, por lo tanto, el trabajo no solo proporciona ingresos, sino múltiples oportunidades de integración y promoción social (González-Baltazar et al., 2007).

A partir de la concepción previa sobre calidad de vida y teniendo en cuenta los procesos involucrados y las distintas esferas de la vida sobre las que actúa, aparece el concepto Calidad de Vida Laboral. Al fusionar calidad de vida y trabajo surge el concepto calidad de vida en el trabajo (CVT).

Según la definición usada por González-Baltazar et al (2010), para su trabajo de elaboración de un cuestionario para medir la CVT, consideraron la calidad de vida en el trabajo como:

“La Calidad de Vida en el Trabajo es un concepto multidimensional que se integra cuando el trabajador, a través del empleo y bajo su propia percepción, ve cubiertas las siguientes necesidades personales: soporte institucional, seguridad e integración al puesto de trabajo y satisfacción por el mismo, identificando el bienestar conseguido a través de su actividad laboral y el desarrollo personal logrado, así como la administración de su tiempo libre” (p.333).

La Calidad de Vida en el Trabajo (CVT) puede ser considerada como una filosofía dentro de las instituciones que busca la mejora de los trabajadores. *“La calidad de vida en el trabajo se puede considerar como una filosofía, un conjunto de creencias y valores que integran todos los esfuerzos dirigidos a incrementar la productividad y mejorar la moral de los trabajadores de la organización, haciendo énfasis en el reconocimiento de la dignidad del ser humano, así como su potencial intelectual,*

buscando incrementar la participación de las personas en el trabajo bajo un esquema continuo” (Camacaro, 2010 p.3).

El concepto calidad de vida en el trabajo se traduce en el concepto de Calidad de Vida Laboral (CVL). Muchas y variadas son las definiciones sobre CVL surgidas en las cuatro últimas décadas. Se trata de un término con grandes dificultades para su definición y acotación debido a su subjetividad y multidimensionalidad. Depende, por lo tanto, de la percepción de los propios trabajadores, de sus valores, creencias, contexto e historia personal e implica la valoración objetiva y subjetiva de las dimensiones de las necesidades humanas (Da Silva, 2006; González-Baltazar et al., 2007).

La preocupación por la CVL surgió inicialmente en el mundo académico. Los trabajos del Instituto Tavistock de Londres (1947), fueron considerados precursores de este movimiento (Da Silva, 2006). El Movimiento de la Calidad de Vida Laboral se consolida en una serie de conferencias patrocinadas a finales de los años 60 y comienzos de los 70 por el Ministerio de Trabajo de los EE.UU. y la Fundación FORD. Estas conferencias, según una revisión histórica del concepto (Granados, 2011), fueron estimuladas por el fenómeno de alineación del trabajador con el objetivo de mejorar la calidad de vida en el entorno laboral.

Da Silva (2006) destaca la discusión entre los autores que entienden la CVL como un constructo respecto de quienes la entienden como un índice.

Los investigadores que optan por un constructo, casi siempre reducen la CVL a la satisfacción de necesidades o a la ausencia de factores estresantes, lo que conlleva una visión parcial, ya que sólo enfatizan el aspecto psicológico. Entender la CVL como índice permite contemplar medidas objetivas y subjetivas, sin reducir el concepto. De esta manera, se integra en las evaluaciones de CVL, tanto la perspectiva de las condiciones ofrecidas por la organización (aspecto más objetivo), como la perspectiva de los procesos psicológicos y psicosociales (aspecto más subjetivo). *”Esto posibilita considerar los distintos indicadores y modelos que pueden explicar cómo se desarrolla la vida en trabajo, en distintas organizaciones” (Da Silva, 2006 p.16).*

MARCO TEÓRICO

Segurado y Agulló (2002) consideran dos grandes perspectivas teórico metodológicas para el abordaje de la CVL: la calidad de vida del entorno de trabajo y la perspectiva psicológica. Ambos enfoques, comparten la meta común de la mejora de la CVL, pero difieren en sus objetivos. La perspectiva psicológica persigue la satisfacción de la salud y bienestar del trabajador, por delante de la organización; sin embargo, el enfoque del entorno de trabajo persigue alcanzar una mayor productividad y eficacia organizacional, como paso previo a la satisfacción del trabajador (Granados, 2011; Segurado & Agulló, 2002).

Quizás uno de los avances más importantes de la conceptualización de la CVL es reconocer que ésta involucra entre otros, procesos psicológicos, interacciones del individuo con el ambiente, aspectos contextuales y relaciones interpersonales (Contreras, Espinosa, Hernández, & Acosta, 2013).

Teniendo en cuenta esto y el objetivo principal de esta Tesis, tendremos en cuenta la perspectiva psicológica para el abordaje del tema, además de considerarla como un índice, permitiéndonos considerar medidas subjetivas y objetivas.

A lo largo de los años se han ido ofreciendo diversas definiciones al concepto de CVL. En la tabla 1 se muestran los principales autores.

Tabla 1: Autores y Conceptos de CVL.

Autores y conceptos sobre Calidad de Vida Laboral
<p>Davis L. (1970)</p> <p>El término “calidad de vida laboral” pretendía describir la preocupación que debía suscitar en toda organización el bienestar y la salud de todos sus empleados para que estos desempeñasen óptimamente sus tareas (Garcés-Rodríguez, 2014).</p>
<p>Hackman y Oldhams (1980)</p> <p>Describió la CVL en relación con la interacción entre el ambiente de trabajo y las necesidades personales, y es el grado en que los empleados pueden mejorar su vida personal (Garcés-Rodríguez, 2014)</p>
<p>Robbins (1989)</p> <p>Un proceso mediante el cual una organización responde a las necesidades de los empleados mediante el desarrollo de mecanismos, para que puedan compartir plenamente en la toma de las decisiones que diseñan sus vidas en el trabajo' (Garcés-Rodríguez, 2014).</p>
<p>Fernández (1990)</p> <p>“Gestión dinámica y contingencial de los factores físicos, tecnológicos y socio psicológicos que afectan a la cultura y renuevan el clima organizacional, reflejando en bien estar del trabajador y productividad de la empresa” (Mazuecos-Gómez, 2015)</p>
<p>Fields i Saker (1992)</p> <p>“Los esfuerzos corporativos entre los representantes de la dirección y los sindicatos para implicar a los empleados en el proceso de toma de decisiones de trabajo” (Mazuecos-Gómez, 2015).</p>
<p>García Sánchez (1993)</p> <p>Una persona tiene una buena calidad de vida profesional cuando experimenta un bienestar derivado del equilibrio entre las demandas de un trabajo desafiante, complejo e intenso, y la capacidad percibida para afrontarlas, de manera que a lo largo de su vida se consiga un desarrollo óptimo de la esfera profesional, familiar y de uno mismo. (Albanesi De Nasetta, 2011; García-Sánchez, 1993; Sosa-Cerda, Cheverría-Rivera, & Rodríguez-Padilla, 2010)</p>
<p>Chiavenato (1995)</p> <p>La calidad de vida laboral es el grado en que los miembros de un colectivo son capaces de satisfacer las necesidades personales a través de sus experiencias en el contexto organizacional donde se adoptan las más variadas políticas de gestión de los recursos humanos; esta calidad influye de forma importante en la satisfacción del trabajo (Garcés-Rodríguez, 2014; Herrera-Sánchez & Cassals-Villa, 2005).</p>
<p>Gibson (1996)</p> <p>“La calidad de vida en el trabajo es una filosofía, un set de creencias que engloba todos los esfuerzos por incrementar la productividad y mejorar la motivación de las personas, enfatizando la participación de la gente, la dignidad, y eliminando los aspectos</p>

MARCO TEÓRICO

disfuncionales de la jerarquía organizacional” (Mazuecos-Gómez, 2015).

González, Peiró y Bravo (1996)

La CVL la definen como “la estimación o la apreciación subjetiva del conjunto de compensaciones que se obtienen del entorno y de la actividad laboral, y que responden, en niveles satisfactorios a las demandas, expectativas, deseos y necesidades de la persona en el propio trabajo y fuera de él” (Casas, Repullo, Lorenzo, et al., 2002a; Mazuecos-Gómez, 2015).

French (1996)

Es una filosofía de gestión que mejora la dignidad del empleado, realiza cambios culturales y brinda oportunidades de desarrollo y progreso personal (González-Baltazar et al., 2007, 2010)

Gibson, Ivanicevich y Donelly (1996)

La CVT es una filosofía, un set de creencias que engloba todos los esfuerzos por incrementar la productividad y mejorar la moral (motivación) de las personas, enfatizando la participación de la gente, la preservación de su dignidad y eliminando los aspectos disfuncionales de la jerarquía organizacional (González-Baltazar et al., 2007).

Haskett et. al (1997)

CVL son los sentimientos que los empleados tienen hacia sus puestos de trabajo, colegas y organizaciones que estimulan el crecimiento de las organizaciones y la rentabilidad (Garcés-Rodríguez 2014).

De la Poza (1998)

”La CVL hace referencia a un conjunto de estrategias de cambio con objeto de optimizar las organizaciones, los métodos de gerencia y/o puestos de trabajo, mediante la mejora de habilidades y aptitudes de los trabajadores, fomentando trabajos más estimulantes y satisfactorios y traspasando poder, responsabilidad, autonomía a los niveles inferiores” (Mazuecos Gómez, 2015).

Fernández Ríos (1999)

”Lo define como el grado de satisfacción personal y profesional existente en el desempeño del puesto de trabajo y en el ambiente laboral, que viene dado por un determinado tipo de dirección y gestión, condiciones de trabajo, compensaciones, atracción e interés por las actividades realizadas y nivel de logro, y auto desarrollo individual y en equipo” (Mazuecos Gómez, 2015).

Lau y May (2000)

Define la CVL como “las condiciones y ambientes de trabajo favorables que protegen y promueven la satisfacción de los empleados mediante recompensas, seguridad social y oportunidad de desarrollo personal”(Mazuecos Gómez, 2015).

Casas, Repullo, Lorenzo y Cañas (2002)

El concepto de Calidad de Vida Laboral (CVL) es multidimensional y está relacionado con todos los aspectos del trabajo que pueden ser relevantes para la satisfacción, la motivación y el rendimiento laboral (Casas, Repullo, Lorenzo, et al., 2002a)

Herrera y Cassals (2005)

La CVT es el grado en que los miembros de un colectivo son capaces de satisfacer las necesidades personales a través de sus experiencias en el contexto organizacional, actuando sobre aspectos importantes para el desenvolvimiento psicológico y socio-profesional del individuo, produciendo motivación para el trabajo, mejorando la capacidad de adaptación a los cambios en el ambiente de trabajo, y mejorando la creatividad y la voluntad para innovar y aceptar los cambios en la organización (Herrera-Sánchez & Cassals-Villa, 2005).

González et. al. (2007)

“Concepto multidimensional que se basa en la satisfacción, a través del empleo, de una amplia gama de necesidades personales, ubicándolo como la clave para la realización personal, familiar y social, y como medio para preservar la economía y la salud. Ello implica la valoración objetiva y subjetiva de las siguientes dimensiones: soporte institucional para el trabajo, seguridad en el trabajo, integración al puesto de trabajo, satisfacción por el trabajo, bienestar logrado a través del trabajo, desarrollo personal del trabajador y administración del tiempo libre” (González Baltazar et al., 2007).

Sosa, Rivera y Rodríguez (2010)

Se consideró que el término de Calidad de vida en el trabajo va más allá de la satisfacción en el puesto; incluye nociones más amplias como: la participación en la adopción de decisiones, diseño de puestos de trabajo, así como en el estímulo para el aprendizaje, promoción y superación familiar (Sosa-cerda, Cheverría-rivera, & Rodríguez-padilla, 2010).

Chiang y Krause (s.f.)

La calidad de vida laboral generalmente se refiere a las políticas de recursos humanos que afectan directamente a los empleados, tales como compensaciones y beneficios, carrera profesional, diversidad, balance trabajo-familia, horarios flexibles, salud y bienestar, seguridad laboral, cuidado de sus dependientes y beneficios domésticos (Garcés-Rodríguez, 2014).

Fuente: Elaboración propia a partir de la bibliografía consultada (Garcés-Rodríguez, 2014; Granados, 2011; Mazuecos-Gómez, 2015; Segurado & Agulló, 2002).

En definitiva y considerando la revisión de Granados (2011), la CVL incluye un gran conjunto de variables y dimensiones en relación a: *“motivación hacia el trabajo, equilibrio entre vida laboral personal, satisfacción laboral, eficacia y productividad organizacionales, bienestar, relaciones interpersonales, participación del trabajador en el funcionamiento de la organización y planificación de tareas, autonomía y toma de decisiones, métodos de gerencia de recursos humanos, condiciones y medio ambiente de trabajo, el trabajador como recurso y no como un costo empresarial / productivo”* (P.218).

Recientemente, Patlán Perez (2016), describe la CVL mediante un estudio de la producción científica al respecto. Realiza un enfoque cualitativo mediante la Teoría

MARCO TEÓRICO

Fundamentada, a través de una revisión documental. Describe dos enfoques para la CVL: uno individual sobre satisfacción de necesidades, equilibrio demandas-recursos laborales, bienestar en el trabajo; el segundo enfoque corresponde al Organizacional, sobre filosofía o estrategia organizacional y un conjunto de métodos, técnicas, procesos o acciones dirigidas a conseguir la calidad de vida en el trabajo. También identifica que se trata de un constructo multidimensional formado por factores objetivos correspondientes al entorno laboral y subjetivos, referentes a lo psicológico y lo percibido.

En resumen, en relación al concepto de CVL se advierte, aún en la actualidad, la existencia de una dicotomía entre el enfoque objetivo y el subjetivo, una confusión entre dimensión y categoría, los que optan por un constructo o por un índice. Esta diversidad de factores constituye, en definitiva, un objetivo o reto difícil de alcanzar (Camacaro, 2010; Da Silva, 2006).

2.7. Dimensiones de la Calidad de Vida Laboral

Como ya se ha mencionado, la CVL engloba múltiples aspectos relacionados con el medio laboral, habiendo hecho referencia a las dimensiones objetivas y subjetivas del constructo.

Cabe aclarar que los componentes objetivos y subjetivos de la CVL, aunque son distintos, en la práctica no pueden separarse, porque unos dependen de otros, y entenderlos de manera integrada es lo que permitirá comprender realmente la CVL de los trabajadores del sector salud. Está claro que la evaluación subjetiva que hace el trabajador se origina en su percepción de las condiciones objetivas que experimenta dentro la organización y que van configurando sus pautas relacionales que van a influir en su percepción de CVL (Contreras et al., 2013).

Tal y como aseguran Segurado y Agulló (2002), la calidad de vida laboral es necesario abordarla desde un punto de vista integrador, se debe comprender de forma holística, sistémica, integral y contextualizada. La CVL no se ve afectada solamente por los factores referentes al entorno de trabajo, sino también a esferas extra laborales, como familia, amigos, ocio y tiempo libre. Ello que da lugar a la vinculación entre lo laboral y personal. Según Granados (2011): “Se define y se

materializa en la relación dialéctica que el individuo mantiene con su ambiente de trabajo” (p. 224)

Al igual que el concepto de CVL, ha variado con el paso del tiempo, sus dimensiones también lo han hecho a lo largo de los últimos cuarenta años. Esto se refleja en la tabla 2.

Tabla 2: Dimensiones propuestas para analizar la Calidad de Vida en el Trabajo

Autor	Dimensiones
Walton (1980)	Establece 4 dimensiones: <ul style="list-style-type: none">• La significación del trabajo.• Equilibrio social y organizacional.• Desafíos del trabajo• Riqueza.
Klatt , Murdick y Schuster (1985)	Describen 11 dimensiones: <ul style="list-style-type: none">• Pago.• Estrés en el trabajo.• Los programas de salud de la organización.• Horario de trabajo alternativo.• Gestión de la participación y el control del trabajo.• El reconocimiento.• Las relaciones entre superiores y subordinados.• Procedimiento de quejas.• Adecuación de los recursos.• Antigüedad y el mérito en la promoción.• Desarrollo permanente y el empleo.
Karasek (1989)	Contempla 3 dimensiones: <ul style="list-style-type: none">• Apoyo directivo.• Motivación intrínseca.• Demandas de trabajo.
González, Peiró y Bravo (1996)	Establecen 2 grandes dimensiones: <ul style="list-style-type: none">• Condiciones objetivas de la CVL (relativa al entorno en que se realiza el trabajo como: ambiente físico, ambiente tecnológico y ambiente contractual).• Condiciones subjetivas de la CVL (que se relaciona con las experiencias de los trabajadores como: esfera privada, características individuales, individuo y grupo laboral).
Sirgy y et al (2001)	Definen 2 dimensiones: <ul style="list-style-type: none">• Necesidades de orden inferior (necesidades de salud, de seguridad y económicas).• Necesidades de orden superior (necesidades sociales, de estima, de autorrealización, de

conocimiento y estéticas).	
Hsu y Kernohan (2006)	Incorporan 6 dimensiones: <ul style="list-style-type: none">• La relevancia socio-económica.• Aspectos demográficos.• Aspectos organizativos• Aspectos laborales.• Aspectos de relaciones humanas.• Autorrealización.
González Baltazar et al (2010)	Definen 7 dimensiones <ul style="list-style-type: none">• Soporte institucional para el trabajo.• Seguridad en el trabajo.• Integración al puesto de trabajo.• Satisfacción por el trabajo.• Bienestar logrado a través del trabajo.• Desarrollo personal.• Administración del tiempo libre.
Connell y Hannif (2009)	Delimitan 3 dimensiones: <ul style="list-style-type: none">• El contenido del trabajo.• Horas y conciliación de la vida de trabajo.• Estilo de gestión / supervisión y estrategias.
VanLaar (s. f.)	Contempla 4 dimensiones: <ul style="list-style-type: none">• Escala de condiciones de trabajo.• Control del trabajo.• Interfaz hogar-trabajo.• Bienestar general.

Fuente: Garcés-Rodríguez (2014)

Da Silva (2006), realiza un estudio de análisis de contenido integrando las categorías utilizadas con más frecuencia en los estudios sobre CVL. De entre 272 categorías detectadas y, por orden de aparición, detectó 10:

1. Seguridad del ambiente físico de trabajo (riesgos laborales).
2. Oportunidad de promoción y adelanto futuro.
3. Autonomía (control de la tarea, autoridad de decisión).
4. Remuneración.
5. Relaciones con otros: compañeros y jefes.
6. Beneficios y recompensas.

MARCO TEÓRICO

7. Satisfacción de necesidades sociales (pertenencia, afiliación).
8. Comunicación entre grupos y comunicación organizacional.
9. Satisfacción con el trabajo.
10. Estabilidad en el empleo.

En profesionales sanitarios, se identifican los siguientes factores como relevantes para la calidad de vida laboral (Rodríguez-Marín, 2010b).

1. Entorno físico: se dan riesgos físicos, biológicos, riesgos posturales, falta de espacio físico, inadecuación del mismo, iluminación inadecuada, etc.
2. Demandas del trabajo: sobrecarga de trabajo, trabajo por turnos, nocturnidad, atención a un número elevado de pacientes.
3. Contenidos del trabajo: falta de oportunidad para el uso de habilidades, monotonía, falta de *feedback*, etc.
4. Elementos económicos y contractuales: salario satisfactorio y la estabilidad del puesto.
5. Desempeño de rol: conflicto de rol y ambigüedad de rol.
6. Nuevas tecnologías de la información y comunicación: nuevas demandas y falta de interacción entre profesionales.
7. Dificultades en las relaciones interpersonales, relaciones con superiores, con compañeros, pacientes etc.
8. Desarrollo de la carrera profesional: oportunidades de promoción y ascenso.
9. Las características de la propia organización sanitaria como la estructura organizacional: centralización, complejidad vertical, jerarquía, integración en la institución, etc.
10. Factores extra-organizacionales: fundamentalmente referidos a la relación trabajo-familia.

Granados (2011), identifica dos grandes dimensiones basadas en los trabajos de Melià y Peiró (1999), Casas et al. (2002^a), y Segurado y Agulló (2002) consistentes en:

1. Condiciones objetivas:

- Medioambiente físico: incluye los riesgos físicos, químicos y biológicos, fatiga, accidentes laborales, falta de espacio físico.
- Medioambiente tecnológico: se refiere a frustración por falta de material o deficiencia del mismo.
- Medioambiente contractual: se refiere al salario, la inestabilidad laboral.
- Medioambiente productivo: comprende la sobrecarga de trabajo, la monotonía del trabajo y las oportunidades de promoción.

2. Condiciones subjetivas:

- Esfera privada y mundo laboral, atención a las familias e hijos.
- Individuo y actividad profesional se refiere a los conceptos de autonomía, de participar en la toma de decisiones, etc.
- Organización y función directiva: hace referencia a la relación e interacción, y apoyo por parte de compañeros y resto de trabajadores.

En el caso de la Enfermera (Vagharseyyedin, 2011), se han identificado los principales predictores de su CVL y diversos estudios coinciden en que se trata de un fenómeno subjetivo influenciado por sentimientos y percepciones personales:

- Liderazgo y estilo de gestión/de toma de decisiones.
- Sistema de turnos.
- Salarios.
- Relación con los compañeros.
- Características demográficas.
- Carga de trabajo/tensión laboral.

Para este estudio se han considerado las dimensiones basadas en el modelo de Karasek (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990). Se ha escogido por su simplicidad e integración de dimensiones. Contempla 3 dimensiones: (Cabezas Peña, 1998, 2000; García Sanchez, 1993; Martín et al., 2004, 2008; Tomás-Sábado et al., 2011) Apoyo directivo, Motivación intrínseca y Demandas de trabajo.

2.8. Calidad de Vida Profesional

En la bibliografía consultada, con frecuencia se utiliza el término Calidad de Vida profesional como sinónimo de Calidad de Vida Laboral, pero se trata de un concepto más usado en estudios realizados a profesionales de la salud. Y es por ello que es utilizado para esta tesis.

El concepto de Calidad de Vida Profesional (CVP) se caracteriza por ser positivo (equilibrio y sensación de bienestar), integral (desarrollo óptimo y global de todos los ámbitos de la persona). Se define como *“el sentimiento de bienestar derivado del equilibrio que percibe la persona entre las demandas o cargas de un trabajo profesional intenso y complejo, y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) de que dispone para afrontar esas demandas, de forma que se consiga como meta vital, un desarrollo óptimo de la esfera personal, familiar, social y laboral”*. Esta definición se ha tenido en cuenta en numerosos estudios sobre CVP, sobretodo en sanitarios (Albanesi de Nasetta, 2012; Pogrányivá et al., 2011; Sosa-cerda et al., 2010; Cortés Rubio et al., 2003) fue introducida por García Sánchez (1993) y utilizada por Cabezas Peña (Cabezas Peña, 1998, 2000), para la propuesta de su cuestionario.

“La percepción de la satisfacción laboral, medida como la calidad de vida en el trabajo, se ha revelado como una dimensión valiosa en sí misma y un objetivo de la intervención de la organización por ser una garantía del mantenimiento del capital humano, y por haber demostrado su incidencia sobre los resultados de la práctica profesional” (Martín et al., 2008, p.328).

Bajo el modelo de Demandas-Control, propuesto por Karasek (1979), la satisfacción laboral se define en contraposición al concepto de estrés laboral. El estrés es entendido como un desequilibrio percibido entre la demanda y la capacidad de respuesta del individuo. Cuando no se consigue este equilibrio, aparece entonces el estrés laboral que, consecuentemente, afectará de forma directa a la satisfacción y a la percepción de la calidad de vida en el trabajo. La CVP integra, entonces, la satisfacción, la salud y el bienestar del trabajador y todo aquello relacionado con su entorno laboral (Martín et al., 2008 p.328). La CVP se

relaciona con el equilibrio 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 (Cabezas Peña, 1998; Tomás-Sábado et al., 2011) .

Teniendo en cuenta esto, los componentes principales de la Calidad de Vida Profesional, descritos por Cabezas Peña (2000) son:

- *Demandas*: En el lugar de trabajo, toda persona debe hacer frente a una serie de demandas, entre ellas, pueden estar la carga de trabajo, el ritmo impuesto, la ambigüedad de función, las malas relaciones personales, la inseguridad en el empleo, la falta de participación, la carencia de capacitación, las grandes responsabilidades o un contexto físico peligroso.
- *Recursos*: Frente a estas demandas, la persona posee unos recursos de control individuales, motivación propia, sus ganas de ser creativo o la percepción de la importancia del propio trabajo. Existen también recursos ligados a la organización en que se trabaja, como el grado de reconocimiento del esfuerzo, la posibilidad de que las propuestas se escuchen y apliquen o el apoyo de los superiores. Por último, el apoyo social (amigos, familia o compañeros) puede modular las relaciones entre estos factores.

El principio de que *“las personas son el principal activo de las organizaciones”* se cumple de forma especial en el caso de las organizaciones sanitarias. López-Agrelo (2013), indica que *“la calidad de los servicios prestados por estas organizaciones se relaciona directamente con la satisfacción de los profesionales que las integran”* (p.3)

Así pues, ésta es la primera condición para alcanzar una buena CVP: es preciso hacer coincidir las aspiraciones laborales del individuo con el puesto de trabajo. Este proceso es complejo y, según Sosa, Rivera y Rodríguez, (2010) *“...cuyo avance solo es posible en una sociedad que marche por los caminos de la construcción de un desarrollo económico-social basado en la ciencia y la técnica*

MARCO TEÓRICO

que permita hacer coincidir las capacidades del individuo, el puesto de trabajo y el interés social”(p.5).

Camacaro (2010), refuerza la idea de que se requiere de la participación, tanto de los trabajadores como de las direcciones de las instituciones. *“Si bien es cierto que la calidad es estudiada con la institución, también es cierto que el recurso humano es quién la lleva a cabo, y no deberá ser considerada como la responsabilidad de una sola persona o de una sola área, sino más bien como una tarea que todos deben compartir. De ella participan tanto los empleados como las autoridades de la institución, por ello la responsabilidad se distribuye entre las diferentes áreas facultadas para tomar decisiones”* (p.3).

El conocimiento de la CVP del Equipo de Enfermería es indispensable para elaborar políticas y prácticas innovadoras. Éstas deben reflejar las necesidades de los profesionales y ofrecer oportunidades profesionales, y mejores condiciones laborales a los profesionales que prestan servicios de salud. Por eso, para incrementar la calidad de la atención brindada, es prioritario favorecer las acciones encaminadas a mejorar las condiciones de trabajo y que impliquen un incremento del nivel de CVP del personal de enfermería (Quintana-Zavala & Paravic-Klijn, 2014; Sosa-Cerda et al., 2010).

A pesar de que las profesiones sanitarias, en general, se caracterizan por ser vocacionales, ofreciendo compromiso y espíritu de servicio (Girbau-García, 2010), es importante recordar que la excelencia profesional está muy unida al grado de satisfacción de los profesionales y a su calidad de vida. Los miembros del Equipo de Enfermería requieren ejercer su labor con las mejores condiciones de trabajo para, de este modo, conservar su salud física y mental y, así, poder cuidar de la salud de los usuarios a su cargo (Quintana-Zavala & Paravic-Klijn, 2014).

Podemos, pues, visualizar que es una prioridad, a nivel universal, la preocupación existente por el mantenimiento de una adecuada CVP, dado que su consecución implica mejoras para la institución y puede ser considerado como un derecho social para los trabajadores (Mazuecos-Gómez, 2015).

2.9. Entorno laboral saludable

Después de hablar de Calidad de Vida laboral/profesional y el bienestar de los trabajadores en los entornos laborales, es preciso hacer referencia al concepto Entorno laboral Saludable.

Un lugar de trabajo saludable promueve una buena salud, que es un recurso primordial para el desarrollo social, económico y personal, así como una importante dimensión de los ambientes laborales. Cualquier definición de Entorno de Trabajo Saludable debe ajustarse a la definición de salud de la OMS: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no la simple ausencia de la enfermedad” (OMS, 2016).

La Oficina Regional del Pacífico Oeste de la Organización Mundial de la Salud define un entorno de trabajo saludable de la siguiente manera:

“Un Entorno de Trabajo Saludable es un lugar donde todos trabajan unidos para alcanzar una visión conjunta de salud y bienestar para los trabajadores y la comunidad. Esto proporciona, a todos los miembros de la fuerza de trabajo, condiciones físicas, psicológicas, sociales y organizacionales que protegen y promueven la salud y la seguridad. Esto permite a los jefes y trabajadores tener cada vez mayor control sobre su propia salud, mejorarla y ser más energéticos, positivos y felices” (Burton, 2010).

En 2013, la OMS lanza la Estrategia de Recursos Humanos (Change@WHO., 2014) la cual se basa en tres pilares básicos: retener al personal más competente, gestionar la carrera profesional y crear un entorno de trabajo propicio. Ese último aspecto abarca el refuerzo de la capacidad de gestión por medio de un nuevo programa de desarrollo del personal directivo. Es un enfoque encaminado a promover un equilibrio saludable entre la vida personal y la vida laboral mediante políticas favorables a la familia, y la colaboración con los representantes del personal.

El entorno laboral saludable constituye un ámbito prioritario para la promoción de la salud. Para que éste exista, debe tener las siguientes características: promover la

MARCO TEÓRICO

participación de los empleadores, trabajadores y otros actores sociales interesados en la realización de acciones conjuntas. Los objetivos son controlar, mejorar, y mantener la salud y el bienestar de los trabajadores. También se incluye el desarrollo de procesos orientados a lograr el empoderamiento de empleados y empleadores. Un ambiente laboral saludable asegura la salud de los trabajadores y mejora las condiciones de la productividad, por lo tanto, la calidad de vida de toda la población (Barrios-Casas & Paravic-Klijn, 2006).

Un entorno de trabajo saludable pasa por promover un adecuado liderazgo, según la guía de buena práctica sobre entornos de trabajo enfermero saludables (Registered Nurses Association Toronto, 2006) se dan recomendaciones para el liderazgo enfermero y también se ofrecen recomendaciones para la institución y recursos personales para el líder.

Según esta guía, *“las enfermeras líderes usan las prácticas de liderazgo transformacional para crear y mantener entornos de trabajo saludables”*. Lo deben realizar fomentando las relaciones y la confianza, creando un ambiente de trabajo de empoderamiento, creando un entorno que apoye el desarrollo del conocimiento y la integración, dirigiendo, y manteniendo el cambio y el equilibrio entre los valores y las prioridades que se incluyen en sus competencias.

En cuanto a las recomendaciones para la Institución: *“Las instituciones sanitarias proporcionan el apoyo para el liderazgo eficaz”*. El apoyo institucional al liderazgo efectivo incluye:

- Una cultura institucional que respeta y apoya la enfermería profesional y el acceso al poder formal o al poder posicional: acceso a los recursos, a la información, y a la autonomía práctica. También el acceso al poder informal (por ejemplo, redes y relaciones) y a la promoción de oportunidades: el apoyo al crecimiento y al desarrollo profesional, y a las oportunidades de liderazgo. Asimismo, a formar parte de un equipo de trabajo respetuoso y colaborativo.
- Recomendaciones sobre recursos personales para ejercer al liderazgo: *“Las enfermeras líderes desarrollan de forma continua sus recursos personales para un liderazgo eficaz.”* Los recursos personales incluyen la identidad profesional de la enfermera líder, las características individuales, tales como la identidad

etnocultural, la inteligencia emocional, las habilidades de afrontamiento, la resiliencia y la flexibilidad; la experiencia de liderazgo, incluyendo el conocimiento, los años de experiencia, la preparación formal y la formación avanzada; y apoyos sociales que incluyen a los mentores, los compañeros de apoyo, los amigos y la familia.

La Guía de buenas prácticas sobre “Salud laboral, seguridad y bienestar de la enfermera” (Registered Nurses Association Toronto, 2008) ofrece recomendaciones para las organizaciones o direcciones de enfermería. Según esta guía, se deben crear y diseñar entornos y sistemas que promuevan entornos laborales seguros y saludables, incluyendo el desarrollo de estrategias como:

- Crear una cultura, un clima y unas prácticas que apoyen, promuevan y mantengan la salud de los empleados, su seguridad y bienestar.
- Asegurar que el presupuesto anual de las organizaciones incluya recursos adecuados (humanos y físicos) para implementar y evaluar iniciativas seguras y saludables.
- Establecer prácticas organizativas que fomenten la responsabilidad mutua y la responsabilidad del personal de enfermería como individuos y líderes de las organizaciones, para asegurar un entorno de trabajo seguro.

Aunque, clásicamente, el entorno de trabajo o laboral se ha tenido en cuenta desde el punto de vista de su repercusión en la producción de bienes y servicios, y en la salud de los trabajadores, en las últimas décadas también se ha considerado la cultura y el clima organizacional, las características organizativas y los recursos humanos. Es en este contexto en el que surgen las instituciones magnéticas, concretamente, los llamados “hospitales magnéticos” (Serrano-Gallardo & Parro-Moreno, 2015).

El concepto de "hospital imán" surgió de la escasez nacional de enfermeras que tuvo lugar en los Estados Unidos durante las décadas de los 70 y 80 (Domínguez-Sánchez, Zarate-Grajales, Serrano-Diosdado, & Arroyo-Merino, 2010). El término se utiliza para designar una institución que había atraído y retenido con éxito a las enfermeras, a pesar de la escasez de las mismas a nivel nacional. Para identificar las características indicativas de un "hospital imán", 46 hospitales participaron en

MARCO TEÓRICO

un estudio realizado por la *American Academy of Nursing*. A partir del estudio original, se identificaron 14 características clave que señalaban a las instituciones capaces de atraer y retener a las enfermeras por ser centros idóneos para trabajar y en los que se proporcionan unos cuidados excelentes a los pacientes (Santillana-García, 2010).

Además de la capacidad de contratación y retención de enfermeras cualificadas, se ha demostrado que un “hospital magnético” reúne características y beneficios para los pacientes, para el personal de enfermería y para la institución, en su conjunto. Se entiende que el entorno de trabajo es magnético o atrayente cuando están presentes las características que los profesionales de enfermería consideran importantes para su satisfacción laboral: tener acceso a medidas de apoyo a la formación de profesionales de enfermería clínicamente competentes, tener unas relaciones positivas con otros profesionales de la salud, poder ejercer el rol autónomo, tener el control de la propia profesión, tener la percepción de que hay plantilla suficientemente adecuada, contar con el apoyo de la dirección de enfermería, y que la Organización tenga un organigrama descentralizado (*flat structure*). La principal característica del organigrama descentralizado o plano, se encuentra en que existe una descentralización en lo que se refiere a la toma de decisiones operativas. Se trabaja con medidas de consenso, dando más autonomía a los profesionales de plantilla (Cifuentes-Rodríguez, 2012).

Los “hospitales imán” se relacionan con la excelencia en los cuidados enfermeros. Así, deben disponer de indicadores que muestren buenos resultados en cuanto a la satisfacción de los pacientes, la mortalidad, los errores de medicación, las caídas o las úlceras por presión (Serrano-Gallardo & Parro-Moreno, 2015).

Las 14 características identificadas fueron (Dominguez-Sanchez et al., 2010):

1. Calidad del liderazgo de enfermería.
2. Estructura organizativa dinámica y sensible a cambios.
3. Estilo de gestión.
4. Programas y políticas de personal.
5. Modelos de atención profesional.

6. Calidad de la atención.
7. Mejora de la calidad.
8. Recursos.
9. Autonomía de enfermería.
10. La comunidad y la organización de la salud.
11. Las enfermeras como personal docente.
12. Imagen de la enfermería.
13. Relaciones interdisciplinarias.
14. Desarrollo profesional.

Los resultados de una revisión sistemática (Santillana-Garcia, 2010) proporcionan una fuerte evidencia que permite apoyar el efecto positivo de la designación "hospital imán" en el entorno de trabajo percibido por la enfermera. Existe una buena evidencia de que la designación "hospital imán" se asocia con menores niveles de agotamiento emocional, mayor satisfacción en el trabajo y una mayor intención de quedarse.

“La designación de hospital imán requiere un compromiso firme para fomentar la cultura de excelencia, la asignación cuidadosa de recursos, el adecuado mantenimiento de los sistemas de apoyo a los cuidados del paciente y al desarrollo profesional” (Santillana-Garcia, 2010 p.1).

2.10. Medida de la Calidad de Vida Profesional

Teniendo en cuenta la diversidad de definiciones utilizadas para describir la CVL, así como la cantidad de dimensiones propuestas, en el caso de su medida, se han utilizado también diferentes instrumentos que se han aplicado en el estudio de la CVP. Destacamos los siguientes:

- ✓ El Inventario Sistemático de Calidad de Vida en el Trabajo (*Quality of Working Life Systematic Inventory*) (Dupuis, Perrault, Lambany, Kennedy, & David, 1989)
- ✓ Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo (*Quality of Work Life Survey*) de Statistic Finland.

MARCO TEÓRICO

- ✓ El cuestionario de calidad de vida profesional (PQL-35 de Karasek) (García Sanchez, 1993) adaptado por Cabezas Peña (2000), llamado CVP-35.
- ✓ Cuestionario de Brooks, diseñado para medir la CVL en enfermeras (Brooks, 2001)
- ✓ La escala Q-Labors 56, validada por Casas et al. (2002b).
- ✓ El instrumento Calidad de Vida en el Trabajo de Enfermería (*Quality of Nursing Work Life*) Citado por Moreno, Cuevas, y González (2009).
- ✓ CVT-GOHISALO diseñado y validado por González-Baltazar et al. (2010)

Además, se han observado en la literatura otros cuestionarios: *The General Health Questionnaire de Golberg* (1970) con diferentes aplicaciones en español. El cuestionario de Calidad de Vida de Ruiz y Baca (1991). El inventario de Calidad de Vida de G. Riaño e Ibáñez (1992). El *Quality of Life in Depresión Rating de Tuynnan, Mckenna et al.* (1992).

Entre los instrumentos que se han usado para medir la Calidad de Vida Profesional, el cuestionario CVP-35 (QVP-35 en su denominación original catalana), constituye una medida multidimensional y fue diseñado por García Sanchez (1993). Reúne características de validez, fiabilidad y factibilidad que le hacen muy adecuado para su utilización en el medio sanitario. Fue construido bajo el marco teórico del modelo de Karasek (demandas-control-apoyo social), validado y adaptado por Cabezas-Peña (2000). Ha sido validado, también, en entornos diferentes del sistema de salud español y se ha evaluado su validez de constructo y su fiabilidad (Martín et al., 2004). A través de este cuestionario, se obtiene una medida multidimensional de la Calidad de Vida Profesional. En España, ha sido ampliamente utilizado en el contexto sanitario, especialmente en Atención Primaria, (Cortés-Rubio et al., 2003) y sus propiedades métricas permiten proponerlo como una herramienta adecuada para la medición de la calidad de vida en enfermería (Martín et al., 2008; Tomás-Sábado et al., 2011).

El instrumento CVP 35 mide tres dimensiones que se definen como:

1. Carga de trabajo: percepción del trabajador respecto a las demandas de su trabajo, bajo los indicadores: cantidad de trabajo, prisas y agobios o presiones percibidas por la cantidad de trabajo o para mantener su calidad.

2. Motivación intrínseca: describe la motivación personal debido a factores internos que determinan la necesidad y, por tanto, la conducta motivada, dirigida a la satisfacción profesional. En esta dimensión 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.

3. Apoyo directivo: Se refiere al respaldo emocional que brindan los directivos a las personas que trabajan en la institución. Incluiría aspectos como son la posibilidad de expresar sentimientos relacionados con el trabajo, la autonomía o libertad de decisión, la satisfacción con el salario, la variedad del trabajo, el reconocimiento del esfuerzo, la oportunidad de promoción, el apoyo de los jefes o compañeros y la posibilidad de ser creativo.

También se ha evaluado la relación con otros instrumentos que miden la repercusión del estrés profesional (Jorge-Rodríguez, Blanco-Ramos, Issa-Pérez, Romero-García, & Gayoso-Díaz, 2005) y que miden la satisfacción laboral (Cañón-Buitrago & Galeano-Martínez, 2011) , o el estilo de liderazgo (Contreras et al., 2013).

Existen estudios en los que se han utilizado el CVP 35 para valorar la CVP de otros colectivos, como es el personal aeronáutico (Aguirre-Mas, Labarthe-Carrara, & Vuro-Desiderio, 2015), profesores de alumnos discapacitados (Muñoz-Quezada & Lucero-Mondaca, 2013), estudiantes de ciencias de la salud (Grimaldo-Muchotrigo, 2010), médicos residentes (Fernández-Martínez et al., 2007; Rivera-Ávila, Rivera-Hermosillo, & González-Galindo, 2016), o trabajadores con discapacidad (Flores, Jenaro, González-gil, & García-calvo, 2010).

Mazuecos-Gómez (2015) determinó que, desde el año 2000 al 2015, se han realizado diversos estudios utilizando el CVP-35 y destaca, entre ellos, la evaluación de dicho instrumento, la medición y la estructura factorial del mismo, estudio con sanitarios, estudio con médicos, con enfermería, con residentes y en educación. El dato más relevante respecto al instrumento, es que este ha sufrido diferentes reevaluaciones y que es de uso habitual en estudios de investigación en ámbitos sanitarios.

MARCO TEÓRICO

Valorando las características reseñadas, el CVP-35 ha sido el instrumento seleccionado para la realización del estudio cuantitativo de esta tesis (Ver apartado instrumentos de estudio cuantitativo).

2.11. Estudios previos sobre calidad de vida profesional en los sistemas sanitarios

La CVL, como se ha dicho, ha sido ampliamente estudiada y medida en diferentes entornos, pero en el caso de los sistemas sanitarios, se han realizado numerosos estudios. La búsqueda realizada se ha limitado al período 2000 - 2016 y destacamos, según hayan sido realizados con el instrumento CVP-35, o con otros instrumentos, los que a continuación señalamos.

Se han realizado estudios sobre la Calidad de Vida en el Trabajo del Personal de Enfermería en países como Argentina, Colombia, Chile, México, Cuba, Arabia Saudita, Irán, China, Japón, Corea, India, Italia y España. En estos estudios se utilizaron gran variedad de instrumentos, como el CVP-35 (García Sanchez, 1993), la encuesta de Brooks (Brooks, 2001), el Q-Labors 56 (Casas, Repullo, Lorenzo, et al., 2002b), entre otros, además de cuestionarios de elaboración propia por parte de los autores.

Los resultados, en general, muestran que la CVL de enfermeras está influida por variables como el género, la edad, el estado civil, hijos dependientes, liderazgo y estilos de gestión, sistema de turnos, relación con compañeros y apoyo directivo. El nivel de calidad de vida en el trabajo de enfermeras fue evaluado mayoritariamente como medio.

Teniendo en cuenta la calidad de vida en el trabajo a nivel de Cataluña y, según la encuesta de calidad de vida en el trabajo de 2010 ("Institut d'estadística de Catalunya. Idescat.", 2010), se obtiene una media de 7,49. Esta puntuación es ligeramente superior a las obtenidas en los diversos estudios realizados con el personal sanitario, en los que se obtuvieron puntuaciones consideradas medias (alrededor de 5 sobre 10). Ello nos lleva a pensar que la calidad de vida laboral de los profesionales sanitarios es inferior a la de la media global de los trabajadores.

2.11.1. Estudios realizados con el instrumento CVP-35

Se han encontrado diversos estudios en España, Colombia, Argentina, Méjico, Chile y Perú en los que se ha utilizado el CVP 35 como medida de la Calidad de Vida Profesional.

En general, se han encontrado puntuaciones medias para la percepción de la CVP, altas para motivación intrínseca, seguida de cargas de trabajo, el apoyo laboral ha sido la dimensión con puntuaciones más bajas en la mayoría de estudios consultados. Se ha encontrado un estudio en Argentina (Albanesi De Nasetta, 2011) realizado a médicos en los que se percibe mayor puntuación en apoyo laboral por encima de las dimensiones motivación y cargas de trabajo. En este caso la motivación es la dimensión peor valorada. Otro estudio de la misma autora en este caso a médicos y enfermeras (Albanesi de Nassetta, 2013) que también se percibe más apoyo laboral. Solo en un estudio que publicó solo con enfermeras (Albanesi de Nasetta, 2012) se detectó mayor puntuación en motivación.

En Colombia también se ha observado en un estudio (Cañón Buitrago & Galeano Martínez, 2011) puntuaciones altas para apoyo laboral.

El resto de estudios cumplen la proporción de alta motivación, media-alta demandas de trabajo y bajo apoyo laboral, podríamos concluir con que los estudios publicados en España obtienen resultados similares y las excepciones las hemos encontrado en otros países como Argentina o Colombia.

Tan solo en un estudio publicado en Asturias (Díaz Corte et al., 2013), se observa también mayor puntuación en la percepción de apoyo laboral en Primaria comparada con la percepción de los profesionales en atención hospitalaria, donde se percibe similar que en el resto de estudios, encontrando menos apoyo y destacando la demanda de trabajo.

Tabla 3: Estudios realizados con el instrumento CVP-35

Autor y Lugar	Resultados	Conclusiones
(Fernández-Araque, Cuairán-Sola, & Curbelo-Rodríguez, 2016) Zaragoza, España	60 participantes, enfermeras. El “Apoyo directivo” tiene una puntuación media de 4,57 (DE 1,20; IC 95% 4,26 a 4,88); la “Carga de trabajo” muestra una puntuación media de 6,94 (DE 0,83; IC 95% 6,72 a 7,15); y por último la “Motivación intrínseca” está valorada con una media de 7,40 (DE 0,89; IC 95% 7,17 a 7,63). Sólo se encontraron diferencias significativas ($p < 0,016 < 0,05$) en la Calidad de Vida Profesional global para los diferentes Grupos de edad.	Los profesionales percibieron una baja calidad de vida profesional. La calidad de vida profesional se correlaciona con el Apoyo directivo y la Motivación intrínseca, aunque no se asocia con la Carga de Trabajo. La edad es la variable sociodemográfica que influye en cómo perciben su calidad de vida profesional los enfermeros de urgencias. Se concluye con que una mejora del apoyo directivo, mejoraría la CVP
(Villarín-Castro, Méndez-García, Zuzuárregui-Gironés, Sánchez-Serrano, & Conejo-Ocaña, 2015), Toledo, España	Se obtuvieron 430 respuestas trabajadores de atención primaria. Facultativos, enfermeras y no sanitarios. (45,3%). Un 68,4% fueron mujeres. Edad media $47,7 \pm 8,6$ años, experiencia profesional media $21,5 \pm 9,7$. Los resultados del CVP-35 fueron: apoyo directivo $4,8 \pm 1,5$; carga de trabajo $6,2 \pm 1,3$; motivación intrínseca $7,9 \pm 1,1$; desconexión tras la jornada laboral $6,3 \pm 2,6$; calidad de vida laboral global $5,2 \pm 2,1$. Se encontraron diferencias por sexo en percepción de apoyo directivo y calidad de vida laboral global. Por categoría profesional se hallaron diferencias en la percepción global de la carga de trabajo ($6,4 \pm 1,1$ en facultativos, $6,3 \pm 1,3$ en enfermería, $5,9 \pm 1,6$ en no sanitarios y $5,3 \pm 1,2$ en unidades de apoyo; $p < 0,001$). Se registraron diferencias por tipo de contrato en motivación intrínseca (propietarios $7,8 \pm 1,1$, interinos $8,3 \pm 1,1$ y eventuales $8,2 \pm 1,1$; $p = 0,002$).	La calidad de vida profesional entre los trabajadores del área sanitaria de Toledo es similar a la de otras áreas sanitarias nacionales. La motivación intrínseca de los profesionales es muy alta, así como la alta percepción de carga de trabajo y la baja percepción de apoyo directivo que manifiestan.
(Puello-Viloria et al., 2014), Santa Marta, Colombia	Personal de enfermería que labora en las unidades de cuidados intensivos adulto y neonatal de una institución privada n: 34. Enfermeras (38,2%) y auxiliares de enfermería (61,7%) Se encontró percepción de poco respaldo y compromiso por parte de los directivos hacia el personal inferior en las distintas jerarquías (apoyo directivo: 4,3/10). La dimensión mejor percibida fue la motivación intrínseca (6,7/10), lo que demuestra conductas motivadas dirigidas a la satisfacción personal, así como una percepción disminuida de la carga laboral (4,4/10)	En el presente estudio se muestran índices bajos de apoyo directivo y carga laboral e índices positivos de motivación intrínseca. De forma general, solo la dimensión motivación intrínseca es evaluada de manera positiva para los rangos de medición. Los resultados evidencian calidad en los recursos de este campo aportados por la institución.

(Albanesi de Nassetta, 2013) Cuyo, Argentina.	Muestra de 131 profesionales (91 médicos y 40 enfermeras) La variable que registró la puntuación más elevada es la de apoyo directivo, cuya media es de 76.07, frente a 69.27 (DS 20,20) para cargas de trabajo y 74,77 (DS 12,21) para motivación intrínseca. La media de CVP percibida fue de 5,86 (DS 11,08). Se observó que los hombres perciben más apoyo directivo del mismo modo que los médicos.	También una asociación significativa entre estado civil y cargas de trabajo. Las personas casadas o que viven en pareja y los médicos en relación a la antigüedad y la edad, presentaron las puntuaciones más elevadas. Es posible que este resultado guarde relación con el hecho de que los profesionales que tienen familiares a su cargo perciban con más peso las cargas de trabajo
(Albanesi De Nassetta, 2011) Cuyo, Argentina	La muestra está constituida por 91 profesionales médicos, 52 varones y 39 mujeres. Se observa asociación significativa entre la escala, apoyo directivo y la variable especialidades médicas, presentando los profesionales con especialidad quirúrgica las puntuaciones más elevadas. En cuanto al género se encontró asociación casi significativa con la escala motivación intrínseca, presentando las mujeres las puntuaciones más elevadas. La variable motivación intrínseca y género, se encontraron diferencias casi significativas presentando el grupo de mujeres las puntuaciones más elevadas. Se obtuvo correlaciones negativas con apoyo directivo y motivación intrínseca. Se encontraron diferencias significativas entre edad y antigüedad y apoyo directivo y motivación.	A menor antigüedad en la profesión habría tanto una menor motivación intrínseca y satisfacción en la tarea realizada. Las mujeres manifiestan mayor motivación para realizar su trabajo, mayor necesidad de capacitarse y posibilidad de sentirse conforme con la tarea que realizan. Fue posible observar que el mayor peso factorial recae sobre las demandas de trabajo
(Albanesi de Nassetta, 2012), Mendoza, Argentina	n. 40 profesionales enfermeras de un Hospital General. Se detectó asociación significativa entre cargas de trabajo y estado civil, presentando las personas casadas o que viven en pareja las puntuaciones más elevadas. También se pudo observar asociación con una significación menor, entre motivación intrínseca y la variable antigüedad, presentando las personas que tienen más de 10 años de antigüedad las puntuaciones más elevadas. En cuanto a la escala cargas de trabajo y la variable hijos se pudo detectar una asociación de alta significación estadística, presentando las personas que tienen hijos las puntuaciones más elevadas.	En este estudio identifica la motivación de las enfermeras frente a sus tareas diarias, unido de alguna manera al apoyo directivo que reciben. El personal de enfermería que está casado, en pareja y que tienen hijos sienten la necesidad de conservar sus puestos de trabajo a pesar de las cargas laborales que tienen que soportar a diario. De igual manera las enfermeras/os que tienen más años de servicio se sienten más motivados para realizar sus tareas diarias
(Contreras et al., 2013).	Se compara la CVP con estilos de liderazgo, aplicaron el CVP-35 y el Test de Adjetivos de Pitcher [PAT] A 38 trabajadores de la salud, (97.2 % del total del personal que labora en el centro. En general, los participantes presentan una CVL satisfactoria, caracterizada principalmente por motivación intrínseca, lo cual fue más evidente en el personal asistencial. La CVL de los participantes se caracteriza por un alto nivel de motivación intrínseca (73/100 en promedio), mientras que las otras dimensiones se encuentran en un	La CVP está relacionada a nivel sociodemográfico con las variables estrato, educación, días de trabajo semanales y área de desempeño, mientras que sexo, número de hijos, edad, antigüedad y estado civil no guardan relación con las dimensiones CVP. Se observó una percepción de ausencia de liderazgo o características poco deseables de este, lo cual, aunque no determina la CVL, sí constituye un factor modulador de la misma.

MARCO TEÓRICO

nivel medio .

(Díaz-Corte et al., 2013), Asturias, España	n: 1395. Profesionales sanitarios para analizar la calidad de vida profesional en relación al modelo de gestión clínica de Asturias. El 87% llevaba 5 años o más en su puesto. Para el 33% era su primer año en gestión clínica. El ítem con mayor puntuación fue la capacitación para el trabajo ($8,39 \pm 1,42$) y el más bajo los conflictos con los compañeros ($3,23 \pm 2,2$). Primaria obtiene resultados más altos en apoyo directivo y calidad de vida en el trabajo, y especializada en Cargas de trabajo. Respecto a la gestión clínica: las que más tiempo llevan perciben menos Cargas de trabajo y más Motivación intrínseca y calidad de vida.	Aseguran que llevar más tiempo en el modelo de gestión clínica se asocia con mejores percepciones en la calidad de vida profesional, sobre todo en atención especializada.
(Pográn yivá et al., 2011), Toledo, España	Muestra de 45 enfermeras. Se encontraron diferencias significativas con el lugar de trabajo. Los encuestados que trabajan en la unidad de hospitalización valoran más bajo la calidad de vida laboral ($4,84 < 7,40$, $P=0,018$) que aquellos que trabajan en "otros" (farmacia, laboratorio, rayos). Existen diferencias significativas con la motivación intrínseca. Las enfermeras que tienen experiencia entre 21- 33 son las que más alto valoran la motivación intrínseca y los que menos son las enfermeras entre 10 -20 años ($8,16 > 7,35$, $P=0,015$). Al estudiar las características del lugar del trabajo se encontraron diferencias significativas en cuanto a la motivación intrínseca. Las enfermeras que más bajo valoran la "motivación intrínseca" son las que trabajan en las unidades de hospitalización y las que más alto son las enfermeras de "otros servicios	Los autores concluyen que existe la percepción de baja calidad de vida profesional de las enfermeras, con una adecuada motivación intrínseca, pero con cierta insatisfacción relacionada con la carga de trabajo y una escasa percepción de apoyo directivo. Lo que indica la necesidad de un cambio en la cultura organizacional basado en la participación, motivación y apoyo directivo .
Cañón-Buitrago & Galeano-Martínez, 2011), Manizales, Colombia	Se realizó un estudio con médicos y auxiliares de enfermería, Utilizando el CVP 35. El 61% auxiliares y 19% médicos, Se midió el Síndrome de desgaste profesional "Burnout"; medido mediante Cuestionario Maslach Burnout- Inventory (HHS), Salud general, medida mediante la escala de Salud General GHQ-1234; Factores de Riesgo Psicosocial, medidos mediante la escala general de Satisfacción (Overall Job Satisfaction)	Los trabajadores perciben bastante carga de trabajo, bastante apoyo directivo, mucha motivación intrínseca y un nivel medio de calidad de vida. Se encontró que algunos trabajadores están insatisfechos con su estabilidad en el empleo y con el salario que reciben.

(Sosa-Cerda et al., 2010) San Luis Potosí, México	<p>La muestra estuvo constituida por 311 enfermeras La buena calidad de vida profesional se presentó con 89%, de acuerdo a indicadores de apoyo directivo que se evaluó como bueno y correspondió a 62.1%, motivación intrínseca excelente con 55.3% y cargas de trabajo regular con 56.9%, el 88.4 % tuvo una calidad de vida profesional buena, 6.1 % regular y 5.5 % excelente.</p>	<p>El personal de las tres unidades médicas, evaluó la calidad de CVP de manera muy similar pues en los tres hospitales el nivel de buena superó 87 % sin que el nivel deficiente recibiera puntaje global. El personal de enfermería cuenta con buena calidad de vida profesional, sin embargo manifestaron recibir poco apoyo e información por parte de los directivos sobre su trabajo.</p>
(Quezada,- Sanhueza, & Silva, 2010), Los Ángeles, Chile	<p>Funcionarios de los cuatro servicios clínicos básicos del complejo asistencial, en las especialidades de: Medicina, Pediatría, Cirugía y Maternidad. Estudio correlacional entre el apoyo directivo, la demanda de trabajo, la motivación intrínseca, con la calidad de vida profesional percibida y la conciliación trabajo-familia. Donde se utilizaron dos cuestionarios y una escala de conciliación de trabajo y familia y de calidad de vida profesional, CVP -35 así como la escala de Graffar.</p>	<p>Los resultados mostraron una percepción positiva o favorable de la calidad de vida laboral siendo el apoyo directivo la dimensión peor evaluada y la motivación intrínseca la mejor percibida por los funcionarios encuestados</p>
(Urbina-Baltodano & Victoria-Mori, 2013), Trujillo, Perú	<p>Averiguar la relación entre satisfacción y CVP en una muestra de 84 enfermeras con el CVP 35, y la encuesta de satisfacción Font Roja. Consideraron 7 dimensiones (Incomodidad derivadas del trabajo, soporte emocional por parte de los directivos, carga de trabajo percibida, recursos ligados al lugar de trabajo, soporte social recibido, motivación intrínseca, capacidad de realizar el trabajo). Se evidencia que las dimensiones con un nivel bueno en la calidad de vida profesional son representadas en un 14,3% y 9,5% en las dimensiones capacidad de realizar el trabajo y motivación intrínseca, respectivamente; situación diferente al 54,0% de enfermeras que presenta un nivel malo en carga de trabajo percibido, seguido del 36,0% de nivel malo en soporte emocional por parte de los directivos, al igual que el 36,0% de soporte social recibido.</p>	<p>Las dimensiones con un nivel alto de satisfacción laboral fueron las relacionadas con la competencia profesional y la propia satisfacción del trabajo; y con un nivel bajo, las de promoción profesional, presión en el trabajo. La dimensión motivación intrínseca, capacidad de realizar el trabajo y recursos ligados al lugar del trabajo es percibida como jerárquicamente superior a las condiciones del entorno, en la valoración de la calidad de vida profesional. Las enfermeras con un nivel bajo en las dimensiones de la calidad de vida profesional están relacionadas a los ítems carga de trabajo, estrés, prisas y agobios, presión recibida para realizar el trabajo, presión recibida para mantener el trabajo.</p>

MARCO TEÓRICO

(Garriga-Guitart, 2008), Barcelona, España	<p>Muestra de 87 profesionales que incluían médicos, psiquiatras y psicólogos, diplomados en enfermería, trabajadores sociales, educadores y monitores y auxiliares de enfermería y auxiliares administrativo En relación con el “apoyo directivo” la media más baja es la percibida por el grupo de diplomados (5,07) mientras que la mejor valorada es por parte de los Licenciados con una media de (5,74). La “carga /demanda de trabajo” la media más alta viene dada por los diplomados (5,14) y la menor por los auxiliares (4,24). Finalmente la “Motivación intrínseca” mejor valorada es en los diplomados con una media de (7,99) y la menor la de los licenciados (6,91). Por sexos la diferencia es importante a favor de las mujeres (73,91%) frente a un (26,09%) de hombres. El turno que ha participado más en el estudio ha sido el de mañana (32,61%) y tarde (28,26%). El que menos participación el de noche (15,22%). Las puntuaciones para la calidad de vida profesional media percibida por los tres grupos estudiados aparece un 6,2% puntuaba entre 1 y 2 (nada), un 52,7% entre 3,4y 5 (algo), otro 41,1% entre 6,7 y 8 (bastante) y un 0% entre 9 y 10 (bastante) y N/C</p>	<p>Se encontró que la CVP en enfermería está muy por debajo del resto de profesionales del equipo. El apoyo de los responsables de proporcionar herramientas para que esta calidad aumente y ayude a la enfermera a mejorar su motivación no existe o no llega correctamente a su destino, buscando, la profesional, una solución en la familia o en la auto motivación. También aparecen importantes diferencias entre las percepciones de unos y otros en cuanto a su valoración en los tres grupos estudiados “apoyo directivo”, “cargas de trabajo” y “motivación intrínseca” siendo las más extremas las de los diplomados en Enfermería. Las correlaciones con mayor significación estadística son: apoyo directivo y motivación intrínseca. La enfermería no llega a un Burnout por la cantidad de trabajo sino que esto se produce por falta de apoyo directivo.</p>
(Fernández-Araque, Santa Clotilde-Jiménez, & Casado del Olmo, 2007), Soria, España	<p>Fueron encuestados 104 profesionales de enfermería de atención primaria. La media más alta se encuentra en la “motivación intrínseca” con 7,82, la “demanda de trabajo” con una media de 5,71 siendo la dimensión con la media más baja el “apoyo directivo” con 4,90. Respecto a la pregunta “capacidad para desconectar del trabajo”, presenta una media de 7,85.. El porcentaje de la CVP percibida que queda explicado por el “apoyo directivo” es de 47,1%, por la “motivación intrínseca” es de 34,7% y por la “demanda de trabajo” es de 17,2%.</p>	<p>Sus conclusiones principales son: que habría entre las enfermeras una puntuación aceptable en la Calidad de Vida Global percibida, la capacidad que tienen estos profesionales de desconectarse del trabajo es bastante según la media. Pudieron detectar que ante un aumento del apoyo directivo y de la motivación intrínseca de estos profesionales aumentaría la calidad de vida, en cuanto a la demanda de trabajo no existe relación con la CVP</p>
(Alonso-Fernández, Iglesias-Carabajo, & Franco-Vidal, 2002), Asturias, España	<p>Se recibieron 135 cuestionarios cumplimentados (59,5%)El valor medio de la calidad de vida profesional fue de 5,35 (5,12-5,58) sin encontrar diferencias significativas por edad, sexo o estamento. La percepción de las demandas en el puesto de trabajo se valoró con 6,03 (5,89-6,17), la dimensión relacionada con el apoyo emocional de los directivos ha sido de 4,78 (4,63-4,97), siendo este apoyo más valorado entre los trabajadores que desempeñaban algún puesto de responsabilidad. La motivación intrínseca fue de 7,45 (7,34-7,56).</p>	<p>Concluyen con que los profesionales del Área Sanitaria VIII de Asturias tienen una percepción media de su calidad de vida profesional, perciben que los directivos les dan un apoyo medio y que tienen una elevada motivación intrínseca para afrontar unas demandas altas en sus puestos de trabajo.</p>
(Cortés-Rubio et al., 2003), Madrid, España	<p>Los profesionales (1.436) fueron estratificados en tres grupos: I) médicos, farmacéuticos y psicólogos; II) enfermeras, matronas, fisioterapeutas y trabajadores sociales, y III) auxiliares</p>	<p>La percepción de la calidad de vida en el trabajo en los trabajadores de atención primaria es moderada-baja; es peor en los médicos y el personal auxiliar que en las enfermeras. La</p>

	<p>administrativos y de enfermería y celadores. N:241. La puntuación media de CVP (escala de 1 a 10) fue de 5,14 (4,90-5,37), la motivación intrínseca (MI) de 7,41 (7,26- 7,53), el apoyo directivo (AD) de 4,80 (4,64-4,96) y las cargas de trabajo (CT) de 6,06 (5,91-6,21). La percepción de CVP era más alta en las mujeres, el grupo II y los profesionales con menores demandas de trabajo. La mejor percepción de AD se dio en mujeres, centros urbanos y responsables de áreas administrativas. Las mujeres y los trabajadores interinos mostraron una MI más alta. La CT fue mayor en los grupos I y III. La edad, el estado civil, el turno de trabajo, la duración de empleo, el número de compañeros y la pertenencia a comisiones directivas no se relacionaron con la CVP.</p>	<p>motivación intrínseca fue moderadamente alta, sobre todo entre las mujeres, y no se relaciona con la edad, la categoría profesional o el entorno de trabajo (rural o urbano). Un peor resultado en la calidad de vida profesional (CVP) se relaciona con una percepción más baja de apoyo directivo y un aumento de las cargas de trabajo; hay una percepción más baja de calidad de vida en el trabajo en los varones y en el entorno rural.</p>
<p>(Sánchez-González, Álvarez-Nido, & Lorenzo-Borda, 2003), Madrid, España</p>	<p>trabajadores de Atención Primaria del área de salud 10 . n: 41. Se identificó que la edad media: 39 \pm7 años; 71,4% mujeres; 50,2% turno matutino; lo años de antigüedad con una media: 12 \pm7. La CVP media fue 5,2 \pm 1,8. Los ítems con puntuación más baja fueron “posibilidad de promoción” (2,34 \pm1,57) y “conflictos con otras personas” (3,38 \pm2,16). Los ítems con puntuación más alta fueron “estoy capacitado para realizar mi trabajo” (8,38 \pm 1,27) y “cantidad de trabajo” (8,19 \pm1,28). La percepción de la CVP es significativamente peor entre el personal médico que en el resto de profesionales ($p < 0,05$).</p>	<p>Los autores concluyen que la CVP entre los trabajadores, es nivel medio, aunque la valoración es peor entre los médicos, se percibe excesiva carga de trabajo y pocos recursos aportados por la organización.</p>
<p>(Alonso-Fernández et al., 2002), Asturias, España</p>	<p>Los participantes fueron 237 profesionales sanitarios y no sanitarios El valor medio de la calidad de vida profesional fue de 5,35 (5,12-5,58) sin encontrar diferencias significativas por edad, sexo o estamento. La percepción de las demandas en el puesto de trabajo se valoró con 6,03 (5,89 6,17), mientras que la dimensión relacionada con el apoyo emocional de los directivos ha sido de 4,78 (4,63-4,97), siendo este apoyo más valorado entre los trabajadores que desempeñaban algún puesto de responsabilidad. La valoración de la motivación intrínseca fue de 7,45 (7,34-7,56).</p>	<p>Se concluyó que los profesionales del Área Sanitaria VIII de Asturias tienen una percepción media de su calidad de vida profesional, perciben que los directivos les dan un apoyo medio y que tienen una elevada motivación intrínseca para afrontar unas demandas altas en sus puestos de trabajo</p>

2.11.2. Otros estudios sobre calidad de vida laboral en entornos sanitarios.

Recientemente, a nivel internacional, algunos estudios han estudiado la calidad de vida laboral del personal sanitario incluyendo las dimensiones satisfacción por compasión, Burnout y estrés traumático (Craigie et al., 2016) mediante la Escala (ProQOL5) que incluye estas dimensiones. El equilibrio entre la satisfacción y la fatiga o desgaste, es considerado calidad de vida profesional, como el caso de estudios realizados en EEUU (Kelly et al., 2015; Sacco et al., 2015; Hunsaker et al., 2015) o en India (Amin, Vankar, Nimbalkar, & Phatak, 2015), se encuentran en general niveles medios -altos de estrés con predictores del Burnout como la falta de reconocimiento, bajos niveles de apoyo de los gerentes. Se han encontrado estudios sobre relaciones de estilos de liderazgo y CVL, el apoyo de supervisor es considerado como influyente en la satisfacción laboral (Ping-yi, Maclennan, Hunt, & Cox, 2015).

También se ha examinado un estudio que mide el equilibrio trabajo –vida personal, en Japón, (Makabe, Takagai, Asanuma, Ohtomo, & Kimura, 2015) que concluye con un estado de sobrecarga laboral por parte de las enfermeras lo que contribuye a una menor CVP. En India (Narali & Rashmi, 2010) los resultados mostraron que algunos factores de CVL juegan un papel determinante en el balance del trabajo y vida en enfermeras y tienen un efecto positivo en la satisfacción laboral individual.

Otro estudio en Corea (Kim, Han, Kwak, & Kim, 2015), nos demuestra que es posible examinar directamente la relación entre el nivel calidad de vida profesional y competencia clínica entre las enfermeras.

En China (Wu et al., 2014), los resultados sugieren que el estrés laboral, el desgaste profesional y los recursos de afrontamiento juegan un papel importante en la calidad de vida relacionada con la salud de las enfermeras chinas.

En Arabia Saudí (Almalki, Fitzgerald, & Clark, 2012), revelan la insatisfacción de las enfermeras, relacionado son aspectos como, horarios de trabajo no adecuados, incapacidad de conciliación trabajo familia, falta de personal, escasas vacaciones,

MARCO TEÓRICO

pocas oportunidades de desarrollo profesional, poca seguridad en el trabajo, falta de instalaciones para las enfermeras así como ausencia de áreas de recreo.

Tabla 4: Estudios sobre calidad de vida laboral en entornos sanitarios con otros instrumentos.

Autores y lugar	Objetivos	Metodología	Resultados
(Craigie et al., 2016) Australia	Examinar la naturaleza de las relaciones negativas-afecto y la satisfacción de la empatía y desgaste por empatía y sus componentes de estrés traumático secundario y el agotamiento	273 enfermeras de un hospital agudo terciario metropolitano en Australia Occidental. Los participantes completaron la Escala de Calidad Profesional de la Vida (Stamm, 2010), la Escala de Estrés de Ansiedad por Depresión (Lovibond & Lovibond, 2004) y el Inventario de Ansiedad (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg y Jacobs, 1983)	Los resultados son consistentes con la opinión de que la satisfacción con la compasión puede ser un recurso interno importante que protege contra el agotamiento, pero no influye directamente en la protección contra el estrés traumático secundario para las enfermeras que trabajan en un hospital de agudos. Con la escasez proyectada de mano de obra de enfermería en Australia, es evidente que se justifica una comprensión adicional de cómo tales variables personales pueden funcionar como factores protectores y de riesgo.
(Kelly et al., 2015), EEUU	Examinar fatiga de la compasión y la compasión en la satisfacción de enfermeras de agudos de múltiples especialidades en un entorno hospitalario.	Encuesta de medición de CVP (Burnout, estrés traumático secundario, y la satisfacción de la compasión). El análisis se llevó a cabo para evaluar las diferencias entre los datos demográficos, especialidades, satisfacción en el trabajo, y su intención de dejar su posición actual.	491 enfermeras completaron la encuesta. Los predictores significativos de agotamiento incluyen la falta de reconocimiento significativo, enfermeras con más años de experiencia, y las enfermeras entre 21-33 años, percibieron el reconocimiento significativo, mayor satisfacción en el trabajo, las enfermeras entre 50-65 años, y las enfermeras con menos años de experiencia predijeron significativamente la satisfacción compasión. No se observaron diferencias significativas en cuanto a especialidades, unidades o departamentos. Estos resultados pueden explicar la falta de retención de las enfermeras. El reconocimiento puede aumentar la satisfacción de la compasión, un impacto positivo en la retención, y elevar la satisfacción laboral
(Sacco et al., 2015), EEUU	Establecer la prevalencia de la satisfacción de la empatía y el desgaste por empatía en adultos, pediátricos y neonatales de cuidados intensivos de enfermería	En un diseño transversal, enfermeras fueron encuestados mediante el uso de un cuestionario demográfico y la calidad de vida profesional.	Enfermeras (n = 221) informaron diferencias significativas en la satisfacción de la empatía y el desgaste por empatía sobre la base del sexo, edad, nivel de estudios, la unidad, la agudeza, el cambio en la enfermería de gestión, y cambiar los sistemas principales.
(Amin et al., 2015), India	Estudiar los niveles de estrés percibido en las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UTIN) y su asociación con los ámbitos de la calidad de vida profesional (Satisfacción de la empatía, Burnout y trauma secundario.)	Se recolectaron datos de 129 enfermeras de nueve NICU en seis ciudades de Gujarat, India utilizando cuestionario demográfico, Escala de Estrés Percibido (PSS14) y Escala Profesional de Calidad de Vida (ProQOL5)	El nivel de estrés promedio (SD) fue de 22,19 (7,17) [Rango: 3 a 39]. La alta satisfacción de la empatía, el alto Burnout, y el alto estrés traumático secundario fueron reportados por 25 (19.4%), 30 (23.3%) y 30 (23.3%) enfermeras respectivamente. Se correlacionó negativamente con la satisfacción de la compasión (r = 0,28) y positivamente correlacionada con Burnout (r = 0,43) y el estrés traumático secundario (r = 0,24). La mayoría de las enfermeras (91, 70.5%) fueron identificadas como percepción de estrés moderado a alto. Los dominios profesionales de calidad de vida se correlacionaron con el estrés percibido.

(Hunsaker et al., 2015) EEUU	El propósito es doble: (a) determinar la prevalencia de la satisfacción de la empatía, el desgaste por empatía y el Burnout en enfermeras de urgencias y (b) examinar qué factores demográficos y laborales afectan.	Encuesta formada por un datos demográficos y la escala de calidad de vida profesional versión 5 (ProQOL 5) a 1,000 enfermeras de emergencia	Los resultados revelaron niveles generales bajos o medios de fatiga de compasión y agotamiento y generalmente niveles de satisfacción de compasión entre este grupo de enfermeras del departamento de emergencia. El bajo nivel de apoyo de los gerentes fue un predictor significativo de mayores niveles de cansancio y fatiga de compasión entre las enfermeras del departamento de emergencia, mientras que un alto nivel de apoyo de los gerentes contribuyó a un mayor nivel de satisfacción de la compasión.
(Ping-yi, MacIennan, Hunt, & Cox, 2015), Taiwán	Se relaciona la calidad de vida laboral de las enfermeras con estilos de liderazgo,	Se utilizó un cuestionario con información demográfica, el estilo de liderazgo,(Multifactor Leadership Questionnaire) la calidad de vida se midió mediante diversos cuestionarios: el contenido del trabajo (Karasek's Job Content Questionnaire (JCQ), el bienestar general de la salud (General Health Questionnaire), el compromiso de la organización (Organisational Commitment Questionnaire), y la satisfacción en el trabajo(Scale of the Occupational Stress Indicator)	El liderazgo transformacional contribuye significativamente al apoyo del supervisor. El apoyo al lugar de trabajo, particularmente del supervisor, es una variable mediadora importante que explica la relación entre el liderazgo transformacional y la satisfacción laboral. El compromiso organizacional fue el factor más importante para el bienestar general de la salud de las enfermeras taiwanesas que la satisfacción laboral. Las hipótesis de las relaciones positivas entre el liderazgo transformacional y todas las variables fueron apoyadas por los datos
(Makabe et al., 2015), Japón	Determinar el equilibrio entre la proporción real de trabajo y la vida privada y el impacto del desequilibrio trabajo-vida en la satisfacción laboral y la calidad de vida .	La satisfacción laboral se midió con Job Satisfaction Scale desarrollado por the National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), la calidad de vida y la capacidad para afrontar el estrés (cuestionario Sense of Coherence)	Con una muestra 1.202 enfermeras (81% de la tasa de respuesta) en tres hospitales japoneses de atención aguda. La mayoría de las enfermeras sentían que tenían una mayor proporción de vida laboral que la vida privada, y tenían un desequilibrio trabajo-vida. La mayoría de las enfermeras estaban sobrecargadas de trabajo y en un estado de desequilibrio. El desequilibrio trabajo-vida disminuye la satisfacción laboral y la calidad de vida, y puede afectar tanto la calidad de la atención como la salud general de las enfermeras.
(Kim, Han, Kwak, & Kim, 2015), Corea	Clasificar los tipos de calidad de vida profesional experimentado por las enfermeras y examinar la relación entre las características demográficas y profesionales y la competencia clínica .	Un total de 335 enfermeras completaron cuestionarios evaluando la calidad de vida profesional, la competencia clínica y las características demográficas y profesionales.	Después de identificar los factores subyacentes de la calidad de vida profesional, clasificamos a los participantes en tres grupos. No encontraron diferencias significativas en la edad, estado civil, religión, nivel de educación, y la posición. Se demostró que es posible examinar directamente la relación entre el nivel calidad de vida profesional y competencia clínica entre las enfermeras. Por lo tanto, las intervenciones para aumentar la satisfacción y disminuir el estrés son necesarias, y como la calidad de vida profesional puede afectar a la competencia clínica.

MARCO TEÓRICO

(Wu et al., 2014), China	Se realizó un estudio con el objetivo de evaluar la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) y analizar el efecto del estrés en el trabajo, el agotamiento del trabajo y los recursos para hacer frente la CVRS de los enfermeros	Para medir la CVRS se usó la versión corta de la Encuesta de Salud (Chinese version of Short Form-36 Health Survey) y para medir el burnout se utilizó el inventario general Maslach Burnout (Burnout Inventory-General Survey), para evaluar el trabajo estresante la tensión personal y los recursos de afrontamiento, el inventario ocupacional de estrés (the Occupation Stress Inventory-Revised Edition)..	La muestra fue de 1.012 enfermeros de ocho hospitales de dos provincias. La CVRS en las enfermeras fue menor que en la población general. El estrés ocupacional, la tensión personal y el agotamiento del trabajo se correlacionaron negativamente con la CVRS ($p \leq 0.05$) mientras que los recursos de afrontamiento se relacionan positivamente con la CVRS ($p \leq 0.05$). Entre los factores predictivos de la CVRS están el trabajo estresante, la tensión personal, el desgaste profesional, la longitud o las horas de trabajo (>10 horas), la irregularidad en la dieta y la edad. Por otro lado la recreación del personal y el cuidado personal son los principales factores de protección para la CVRS. Los resultados sugieren que el estrés laboral, el desgaste profesional y los recursos de afrontamiento juegan un papel importante en la CVRS de las enfermeras chinas .
(Almalki, Fitzgerald, & Clark, 2012), Arabia Saudita	Con el objetivo de evaluar la Calidad de Vida en el Trabajo (CVT) de enfermeras de atención primaria de salud en la región de Jazan en Arabia Saudita, se realizó un estudio de diseño descriptivo transversal	Se utiliza la encuesta de CVT de Brooks y unida a los datos demográficos, a una muestra por conveniencia de 134 enfermeras(os).	Los resultados revelan la insatisfacción de las enfermeras, relacionado son aspectos como, horarios de trabajo no adecuados, incapacidad de conciliación trabajo familia, falta de personal, escasas vacaciones, pocas oportunidades de desarrollo profesional, poca seguridad en el trabajo, falta de instalaciones para las enfermeras así como ausencia de áreas de recreo. Se encontraron diferencias significativas en relación a género, edad, estado civil, hijos dependientes, adultos mayores dependientes, nacionalidad y diferencias no significativas en el nivel de educación y localidad.
(Barbosa-Teles et al., 2014), Brasil	Se realizó un estudio sobre calidad de vida en trabajadores de atención primaria, se incluyeron 797 trabajadores: médicos, enfermeras, técnicos de enfermería y auxiliares de enfermería, dentistas, técnicos de salud oral y higienistas orales auxiliares y trabajadores comunitarios de salud.	Los datos fueron recogidos mediante entrevistas. La calidad de vida (CV) se evaluó mediante el WHOQOL-BREF; Calidad general de vida, así como los dominios físico, psicológico, social y ambiental, con puntajes de 0 a 100. Los puntajes más altos indican una mejor calidad de vida. Las condiciones adversas de trabajo psicosocial fueron investigadas por el modelo Effort-Reward Imbalance.	Se observó mala calidad de vida en 117 (15,4%) trabajadores. Los trabajadores con desequilibrio de esfuerzo-recompensa (alto esfuerzo / baja recompensa) tuvieron una mayor probabilidad de mala calidad de vida general (OR = 1,91, 1,07-3,42), y en el físico (OR = 1,62, 1,02-2,66) y ambiental (OR = 2,39; 1,37 - 4,16); Aquellos con bajo esfuerzo / baja recompensa demostraron una mayor probabilidad de mala calidad de vida en el ámbito social (OR = 1,82; 1,00-3,30). Los trabajadores con exceso de compromiso en el trabajo tenían una mayor probabilidad de mala calidad de vida en los dominios físico (OR = 1,55, 1,06-2,26) y ambiental (OR = 1,69; 1,08-2,65). Se concluye con la existencia de una asociación entre condiciones de trabajo psicosociales adversas y mala CV entre trabajadores de Atención Primaria.

(Silli, Fida, Vellone, Gianlorenzi, & Álvaro, 2011), Italia	Con el objetivo de investigar el papel de los factores de salud en la organización que afectan la Calidad Vida y los problemas psicosomáticos de las Enfermeras de las ambulancias.	Muestra de 411 enfermeras de ambulancia. Se les aplicaron dos cuestionarios: The Nursing Organizational Health Questionnaire (NOHQ) es una versión modificada del Cuestionario Multisectorial de Salud Organizacional adaptado al contexto de la enfermería; y la calidad de vida se midió con SF-12.	La escala mide dos índices: <i>Physical Component Summary</i> y <i>Mental Component Summary</i> , que miden respectivamente los niveles de QoL física y psicológica .Se declaró que el lugar de trabajo desempeña un papel central en la causa de estrés, diferentes síndromes y enfermedades. En términos más generales, los procedimientos y prácticas de organización podrían tener un impacto en la calidad de vida de las Enfermeras, considerando a las que trabajan en el área pre-hospitalaria de atención a emergencias
(An, Yom, & Ruggiero, 2011), Corea	Con el objetivo de relacionar los predictores de eficacia de la organización, centrándose en la cultura organizacional y la calidad de vida laboral .	Una muestra de conveniencia de 145 enfermeras que trabajan en los hospitales universitarios coreanos respondió a un cuestionario auto-administrado	de encontraron correlaciones significativas entre la cultura organizacional, la calidad de vida laboral y la eficacia de la organización. Concluyeron con que la cultura organizacional intacta y la CVL de Enfermeras, sin duda dará lugar a una mejor eficacia de la organización
(Milosevic et al., 2011), Croacia	Estudio de corte transversal, en el 2007-2008 en seis hospitales seleccionados al azar Para examinar los determinantes de la calidad vida entre las Enfermeras clínicas.	Los cuestionarios incluyen el Índice de Capacidad para el Trabajo, desarrollado por el Instituto Finlandés de Salud Ocupacional, el cuestionario de calidad de vida (WHOQL-BREF) elaborados por la OMS y preguntas	Un total de 1212 enfermeras, con una tasa de respuesta del 67.3% Los resultados mostraron que una buena puntuación del índice de capacidad para el trabajo, fue significativamente el más importante predictor de un mejor puntaje en las relaciones físicas, psicosociales, sociales y de dominio del medioambiente de la calidad de vida de la enfermeras.
(Wu, 2011), China	Se realizó un estudio con el objetivo de comparar el efecto del estrés en el trabajo sobre Burnout y Calidad de Vida entre Enfermeras y Médicos.	Para medir la CV se usó La versión china de la Encuesta de forma corta 36 salud, para evaluar agotamiento en el trabajo, el inventario de la edición de estrés ocupacional revisado.	Las participantes fueron 947 enfermeras y 685 médicos de las provincias de Fujian, utilizando el método de muestreo estratificado clúster. El estrés laboral juega un papel importante en el agotamiento del trabajo y la calidad de vida de Enfermeras y Médicos al tener en cuenta otros posibles factores que incluyen de forma simultánea.
(Narali & Rashmi, 2010), India	Se realizó un estudio comparativo para conocer los factores que afectan la CVL de las Enfermeras y el impacto de la CVL en el nivel individual de la satisfacción en el trabajo en los hospitales privados y públicos de Gujarat (India)	Se tomó una muestra de 200 enfermeras (100 de hospitales públicos y 100 de hospitales privados). Se usaron 10 variables para la calidad de la vida laboral,(relacionadas con la política de salud y seguridad de la empresa, la provisión de almuerzos de trabajo gratuitos, de servicios de transporte, disponibilidad de licencia materna con salario, residencia en una casa de alquiler, vivienda de trabajo sana e higiénica) y 7 que refleja la satisfacción en el trabajo, (seguridad en el trabajo, confianza en poder mantener el trabajo , satisfacción con la Compañía, el apoyo del supervisor, la satisfacción organizacional / orientación / capacitación , derecho a transmitir la voz a la dirección y la satisfacción con la tecnología	El análisis de la comparación nos dice que las probabilidades de que una enfermera de un hospital público tiene nivel de satisfacción baja / media son 0,178 en comparación con la de un hospital privado. Los resultados mostraron que algunos factores de CVL juegan un papel determinante en el balance del trabajo y vida en Enfermeras y tienen un efecto positivo en la satisfacción laboral individual. La comparación entre hospitales públicos y privados muestra diferencia entre la satisfacción laboral, lo que depende de la antigüedad y las mejoras en las instalaciones proporcionadas por los hospitales. Los factores de CVP que tienen un impacto en el nivel de satisfacción laboral de las enfermeras en los hospitales públicos son el suministro de almuerzo de trabajo gratis, el programa de capacitación relacionada con el trabajo, alojamiento familiar contratado y una adecuada política de salud y seguridad. En los hospitales privados

MARCO TEÓRICO

		relacionada con el trabajo.	son el almuerzo de trabajo gratis, el programa de capacitación relacionada con el trabajo y la disponibilidad de alojamiento familiar contratado. Por lo tanto, no existe una gran diferencia en los factores de CVP y su impacto en la satisfacción laboral de las enfermeras en los hospitales privados y públicos. Los únicos factores CVL que demuestran la diferencia es la política de salud y seguridad de la empresa que está bien provista en hospitales privados pero no en hospitales públicos.
(Mohammed, Khani, Parvic, & Jalili, 2010), Irán	Se realizó un estudio para evaluar la Calidad de Vida en el Trabajo y su relación con el desempeño laboral de las Enfermeras,	Con diseño descriptivo y correlacional, en una muestra de 120 enfermeras de los hospitales de enseñanza afiliados a la Universidad de Ciencias Médicas	Los resultados mostraron que la Calidad de Vida en el Trabajo del personal de Enfermería en su mayoría fue moderada. Se objetivó una relación directa y significativa entre el desempeño del trabajo y la CVT en todos los aspectos, las autoras sugieren tener en cuenta el entorno laboral y la CVT para mejorar la productividad y el rendimiento de las Enfermeras.
(Garzón, Chacón, Rodrigo, Alemany, & Domínguez, 2010), España	Se realizó un análisis de la calidad de vida laboral y de los factores relacionados con ella, en un área de atención primaria.	Estudio observacional, transversal con la aplicación de la encuesta Q-Labors 56 en 883 profesionales de diversas categorías	El porcentaje de respuestas fue de 58%, la proporción de la calidad de vida reportada por los autores fue de 3 puntos en una escala de 1 a 5, la variable más determinante fue la categoría profesional, los factores peor evaluados fueron el salario, la sobrecarga y la promoción mientras que en las relaciones con compañeros y usuarios fueron los mejores evaluados
(Jian-An, Hsu, Hin-Yeung, & Jhn-Long, 2009), Taiwán	Evaluar trastorno psiquiátrico menor, depresión y Calidad de Vida en personal sanitario.	Se evaluó a todo el personal utilizando cuestionarios auto administrados para evaluar trastorno psiquiátrico menor, depresión y Calidad Vida	Los resultados mostraron que casi la mitad del personal tenía un trastorno psiquiátrico menor o depresivo. Las Enfermeras y los Farmacéuticos tuvieron la mayor prevalencia. La CV para el personal del hospital fue pobre y fue aún peor en Enfermeras y Farmacéutico
(Mesa-Melgarejo, Romero-Bailen, & Galindo, 2008), Colombia	Con el objetivo de describir e interpretar las condiciones familiares y laborales que configuran la calidad de vida de las y los profesionales de Enfermería que inciden en el ejercicio del cuidado, realizaron un estudio descriptivo de corte transversal, en una muestra de 218 enfermeras	Cuestionario de diseño propio. las principales variables que se consideraron asociativas en la relación: calidad de vida-condiciones laborales, como eje central de la investigación. El instrumento consta de 51 ítems, con diferentes opciones de respuesta; con 4 dominios (características personales, familiares, laborales y del ejercicio profesional)	Los resultados reportados mencionan que 73% de las enfermeras perciben que la calidad del cuidado ha empeorado, 49% refiere agotamiento o cansancio psíquico, 85% considera que con su salario satisface las necesidades básicas de ellas y sus familias, sin embargo, la posibilidad de realizar otras necesidades, como la del entretenimiento, se da solo en un 22%; el ocio, en un 14%, y el afecto, en un escaso 5%, concluyen que la calidad de vida de las y los profesionales de Enfermería demuestra que la relación entre carencias y potencialidades presenta un desbalance hacia el empobrecimiento en la realización de las necesidades humanas, relacionado con la escasez de satisfactores positivos en el tener, el estar y el hacer, debido a que los profesionales son vistos como meros recursos y no se trasciende la perspectiva de persona-objeto-sujeto de desarrollo

(Andrades-Barrientos & Valenzuela-Suazo, 2007), Chile	Se realizó un estudio descriptivo y transversal, titulado Factores asociados a Calidad de Vida de Enfermeras Hospitalarias Chilenas, con el objetivo de conocer la CV de enfermeras hospitalarias y los factores asociados,	La muestra incluyó a 100 enfermeras. Instrumento: escala de calidad de vida WHOQOL-46 BREF, validada en población chilena y cuestionario de otras variables sociodemográficas	La Calidad de Vida Global fue considerada como buena, las variables predictores para la CV fueron edad, situación de pareja y realizar turnos de noche.
(Herrera-Sánchez & Cassals-Villa, 2005), Cuba	Estudiaron algunos factores influyentes en la calidad de vida laboral de enfermería	Cuestionario auto administrado desarrollado por las autoras con las recomendaciones de Goldberg (1988) y la Escala de Estrés de Enfermería (Nursing Stress Scale)	Se midió su vulnerabilidad, satisfacción y autoestima, las autoras encontraron una buena calidad de vida en el personal de enfermería basada en bajos índices de estrés laboral, elevada autoestima y satisfacción, contrario a los resultados encontrados en otras investigaciones realizadas en otras partes del mundo.

2.11.3. Estudios sobre CVL realizados desde una perspectiva metodológica cualitativa.

Aunque en menor medida, a partir de la revisión bibliográfica, se han podido consultar diversos estudios cualitativos que guardan relación con el tema de estudio. Se han localizado estudios sobre estresores enfermeros, satisfacción, motivación y calidad de vida profesional, pasemos a repasarlos.

Se han realizado estudios cualitativos en diferentes países como España, Taiwán, Venezuela, Chile, Colombia, Argentina y Pakistán. En cuanto a las aportaciones de estos estudios aunque siguiendo diferentes técnicas de recogida de datos, se han encontrado los siguientes resultados:

En España en cuanto a estresores para enfermería se han considerado los factores: falta de personal, sobrecarga trabajo, falta de material, vivencia del sufrimiento y muerte del paciente, infravaloración del trabajo, relaciones con otros profesionales, pacientes y familias, ambiente físico, falta de tiempo para desarrollar las tareas, falta de tiempo de dedicación a los pacientes, errores con los pacientes, interrupciones frecuentes. En Chile se identificaron los protectores de estrés que tienen que ver con la estructura organizacional, el desarrollo del rol, liderazgo y el trabajo en equipo.

En cuanto a motivación se ha encontrado factores como el reconocimiento profesional, la definición de funciones, la disminución de las cargas de trabajo, y la autonomía profesional. En Venezuela además del reconocimiento, se le unen aspectos como el económico, las relaciones humanas, y el trabajo en sí mismo.

En referencia a la satisfacción, en Colombia se detectan aspectos como el paciente recuperado y el cuidado directo a este, como factores que generan insatisfacción aparecen la pérdida de autonomía, la sobrecarga de trabajo y el hecho de no ofrecer cuidado directo a los pacientes. En Argentina satisface la ayuda al paciente y familia, y como elementos insatisfactorios la falta de reconocimiento, la sobrecarga de trabajo, las condiciones laborales y la falta de personal además de la falta de reconocimiento, y el bajo salario. En Pakistán resaltan aspectos organizativos, condiciones de trabajo como incentivos, y seguridad, y el trabajo en equipo como factores satisfactorios.

En cuanto a los elementos identificados los estudios sobre la calidad de vida profesional, aparecen la gestión de turnos, recursos de apoyo, sistema de ascensos y sistema de sueldos en Taiwán. En Colombia emergen las categorías del valor humano en relación a la precarización del trabajo y el desarrollo humano en relación a lo profesional.

Se puede concluir con que la mayoría de las categorías encontradas que pueden contribuir a una mejora de la CVP en enfermería tanto a nivel nacional como internacional, se pueden resumir en reconocimiento, condiciones laborales (como gestión de turnos, salario, carrera profesional), disminución de la sobrecarga de trabajo, apoyo laboral (en forma de incentivos), satisfacción con el cuidado directo al paciente, autonomía profesional y relaciones en el trabajo.

Tabla 5: Estudios con metodología cualitativa

Autores y lugar	Objetivos	Metodología	Resultados
(Más, Escrivá, & Cárdenas, 1999), España	Determinar los estresores laborales percibidos por el personal de enfermería (enfermeras/os y auxiliares de enfermería) que trabajan en el ámbito hospitalario	Realizaron un estudio cualitativo, en el que se han realizado dos grupos de discusión, uno formado por enfermeras/os y otro por auxiliares de enfermería, pertenecientes a diversos servicios y hospitales de la ciudad de Valencia. En ambos casos el grupo estaba compuesto por ocho participantes.	Como principales estresores laborales destacan la falta de personal y la sobrecarga de trabajo, tanto en enfermeras/os como en auxiliares de enfermería. Junto a ello, y sobre todo para auxiliares de enfermería, resulta estresante la falta de material para realizar adecuadamente su trabajo. Un estresor específico del trabajo de enfermería lo constituye la vivencia continua del sufrimiento y la muerte del paciente. Con respecto a las relaciones con el resto del personal existe una jerarquía muy marcada médico-enfermera/o-auxiliar de enfermería que puede crear conflictos. Otros factores estresantes son: las relaciones con los pacientes y familiares, la infravaloración del trabajo realizado y diversos factores relacionados con el ambiente físico del hospital. El personal de enfermería hospitalario está sometido a un gran número de estresores en su trabajo, algunos de ellos específicos del desempeño de las tareas propias de enfermería, y otros, comunes a otras profesiones, relacionados fundamentalmente con la organización del trabajo.
(Sancho et al., 2002), España	Analizar los logros obtenidos por las enfermeras, identificar los problemas que tienen actualmente en atención primaria y proponer líneas de trabajo para el futuro.	Se usa la técnica del grupo focal. Se realizaron ocho grupos segmentados según la categoría profesional y el puesto desempeñado. En atención primaria de Mallorca.	Dimensiones de análisis: rol de la enfermera, oferta y organización de servicios, participación y gestión, marketing y formación. Para los entrevistados, la Reforma de atención Primaria ha supuesto una ampliación de las competencias de las enfermeras. En conclusión se identifican aspectos relacionados con la definición del rol, inadecuados programas de salud, problemas en la comunicación dentro de los equipos, falta de personal en relación al incremento de la población, necesidad de ampliar formación de pregrado.
(Hsu & Kernohan, 2006), Taiwán	Identificar las categorías de la CVL	Un estudio con 16 grupos focales en un centro médico y cinco hospitales regionales. Cada grupo tenía tres a cinco participantes enfermeras, con experiencia enfermera mínima de 2 años.	Participaron un total de 56 enfermeras identificaron las categorías de la Calidad de la vida laboral Se distribuyeron en seis dimensiones: relevancia socio-económica, demografía, aspectos organizativos, aspectos de trabajo, aspectos de relaciones humanas y la auto-actualización. En este trabajo, se centran en los problemas destacados por los participantes de los grupos focales. Fueron la gestión de turnos de trabajo dentro de las exigencias de la vida familiar; alojamiento; recursos de apoyo; y 'sistema de escalera clínica y sistema de sueldos.

(Reyes-Bello, 2008), Venezuela	Estudio sobre motivación en enfermería del servicio de urgencias del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde de Venezuela	Con entrevistas en profundidad a 5 enfermeras de mas de 10 años de experiencia y a 4 agentes externos (supervisoras-pacientes) con una perspectiva fenomenológica.	El Significado de la Motivación para el Profesional de Enfermería permitió descubrir que el profesional de enfermería percibe como elementos motivacionales las Relaciones Humanas, el Trabajo en si mismo, la retroalimentación, el Reconocimiento, y lo Económico como parte esencial pero no primordial. Se identifican atributos en la enfermera motivada como la responsabilidad, la generosidad, humanidad, la amabilidad, disciplina, ser atentas, nobles y con principios y valores.
(López-Ibort, González de la Cuesta, Barrado-Narvi3n, & Bara-Machin, 2011), España	Conocer los elementos que motivan a las enfermeras del Hospital Cl3nico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza, en su trabajo diario	Se utiliz3 la T3cnica de Grupo Nominal. Esta t3cnica permite conocer los factores motivantes y priorizarlos seg3n su importancia para los informantes.	Los principales elementos que llevan a estas enfermeras a desarrollar con motivaci3n su labor son: el reconocimiento profesional, la definici3n de funciones, la reducci3n de cargas de trabajo, el reconocimiento econ3mico, la autonom3a profesional y el trabajo en equipo entre otros. Concluyen con la presencia de la existencia de una motivaci3n extr3nseca, correspondiente a los directivos y los mandos intermedios y otra intr3nseca, de la que s3lo la propia enfermera es responsable
(Astudillo-D3az, Alarc3n-Mu3noz, & Lema-Garc3a, 2009), Chile	Conocer los factores protectores de estr3s presentes en el ambiente laboral, percibidos por el personal de salud que trabaja en centros de atenci3n hospitalaria p3blica y privada de la Regi3n de Araucan3a, Chile	Se realiz3 un estudio cualitativo del personal sanitario, inclu3an varias categor3as profesionales Basado en la teor3a fundamentada de Glaser y Strauss, que contempl3 entrevistas en profundidad a 8 informantes claves: directivos de instituciones de salud, auxiliares de enfermer3a, enfermeros/as y m3dicos.	Se construyeron categor3as de c3digos, se compararon categor3as y se establecieron relaciones entre los comentarios y las categor3as para realizar an3lisis de conjunto. Los relatos revelan 5 temas centrales en el constructo de los protectores de estr3s que se relacionan con la estructura organizacional, desarrollo del rol, liderazgo, trabajo en equipo. Los resultados pretenden ser un primer paso para develar los aspectos positivos del trabajo, 3til para orientar objetivamente las futuras estrategias de promoci3n de salud de los trabajadores.
(Mesa-Melgarejo & Romero-Bailen, 2010), Colombia	Este estudio busc3 interpretar y comprender c3mo las condiciones de trabajo de los profesionales de enfermer3a perturban su calidad de vida y desarrollo humano	Se realiz3 una Investigaci3n de car3cter cualitativo-descriptivo y teor3a fundamentada, que aportaron las herramientas para comprender este fen3meno	Los hallazgos surgen a partir de dos categor3as emergentes: (a) el valor de lo humano, que se desconfigura por la precarizaci3n del trabajo en enfermer3a, y (b) el desarrollo humano y la calidad de vida de los profesionales de enfermer3a, dado entre carencias y potencialidades. As3 se entiende c3mo se vivencia el ejercicio de cuidado en las actuales condiciones laborales, en un contexto socioecon3mico que deslegitima los derechos del trabajador por la flexibilizaci3n laboral y la manera como este contexto recrea o reprime satisfactores y oportunidades para el desarrollo humano y la CVP.

MARCO TEÓRICO

<p>(Cremades-Puerto, Macià-Soler, López-Montesinos, & Orts-cortés, 2011), Alicante, España</p>	<p>El objetivo de ese estudio fue identificar y clasificar factores laborales estresantes que afectan a los profesionales de enfermería en Unidades Hospitalarias</p>	<p>Se realizó un estudio cualitativo sobre estrés siguiendo la metodología Delphi,. Participaron profesionales de enfermería (n=30).</p>	<p>Se identifican los siguientes factores : Sobrecarga de trabajo; no tener tiempo suficiente para realizar todas mis tareas de enfermería; condiciones físicas de trabajo inadecuadas (ruidos, poca luz, poca ventilación, mal olor, higiene, etc.); espacio físico insuficiente o mal distribuido (control de enfermería, habitaciones, etc.); interrupciones frecuentes en la realización de mis tareas; falta de tiempo para algunos pacientes que lo necesiten; consecuencias de mis errores para el enfermo. Se concluye que los factores con mayor consenso y mayor puntuación en el grupo, pueden usarse como herramienta en la gestión clínica de unidad hospitalaria, a fin de mejorar la calidad de vida laboral de los trabajadores, y buscar la excelencia en la línea de gestión.</p>
<p>(Zapata-Herrera & Alcaraz-López, 2012), Colombia</p>	<p>Conocer y comprender la satisfacción laboral de las enfermeras en salas de hospitalización de adultos en instituciones del Área Metropolitana del valle de Aburrá (Colombia).</p>	<p>Para ello realizaron un Estudio cualitativo, enmarcado en el paradigma etnográfico. Durante 2008 se realizaron entrevistas semiestructuradas a 15 enfermeras y 2 enfermeros, además de 30 horas de observación en los lugares de trabajo</p>	<p>Surgieron las categorías: satisfacción, insatisfacción y ambivalencia entre la satisfacción e insatisfacción laboral de las enfermeras; siendo la insatisfacción, el sentimiento que primó entre ellas. Las enfermeras sienten satisfacción cuando el paciente sale recuperado, dan cuidado directo o hay resultados positivos con su gestión. La insatisfacción aparece cuando no pueden dar cuidado directo, pierden autonomía, tienen exceso de trabajo o porque se disminuye la demanda laboral. Concluyen con que la satisfacción laboral es un sentimiento ambivalente, primando la insatisfacción en el grupo estudiado.</p>
<p>(Dushkin, 2014), Argentina.</p>	<p>El objetivo de esta investigación es analizar la percepción de las enfermeras y enfermeros acerca de su profesión, en relación con su práctica laboral, su formación, y su salud en relación con su nivel de formación</p>	<p>El abordaje metodológico es descriptivo y cualitativo. Se realizaron entrevistas con enfermeras de diferentes niveles de formación sobre sus percepciones respecto a la satisfacción laboral, la salud, el género y déficit de enfermeras en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Doce enfermeros/as fueron entrevistados en todo, así como se encuestaron cinco enfermeros/as</p>	<p>Muchos problemas de la enfermería están relacionadas con la falta de reconocimiento de estos trabajadores como un salario bajo. En general, la mayoría de los enfermeros/as realmente disfrutan el trabajo que hacen de ayudar a los pacientes y acompañar a las familias, pero están insatisfechos por las condiciones de trabajo, especialmente la sobrecarga de pacientes, que es causada por la escasez de enfermeros. Los bajos salarios desestiman el ingreso de estudiantes a la carrera, y crean la necesidad en muchas enfermeras de tener más de un trabajo. Debido a la alta tensión y largas horas de trabajo, muchas enfermeras dejan el campo, o desarrollan problemas de salud física o mental. Los problemas de espalda son muy comunes en las enfermeras ya que su trabajo se desarrolla de pie. Además de desarrollan depresión y ansiedad debido a los altos niveles de estrés. Las enfermeras en general pasan poco tiempo para cuidar de su propia salud. Existe una gran variedad en la frecuencia de controles con médicos. El motivo de consulta fue por síntomas, no por la prevención. La enfermería es un campo típicamente dominado por las mujeres, que se refieren a la enfermería los rasgos femeninos.</p>

(Hamid, Malik, Kamran, & Ramzan, 2014) Pakistán	Se realizó un estudio cualitativo en hospitales públicos y privados para examinar y comparar la satisfacción laboral de las enfermeras y comprender los factores que afectan su clima de trabajo.	Se realizaron entrevistas interactivas con enfermeras que trabajaban con pacientes hospitalizados y ambulatorios	Todos los encuestados indicaron que estaban insatisfechos con sus trabajos. Se identificaron tres tipos de narrativas: "Trabajar en el espíritu de servir a la humanidad", "Trabajar contra todas las probabilidades" y "Trabajar en un sistema funcional y hacer frente a presiones de mayor responsabilidad". Las enfermeras que trabajan en un hospital del sector público están representadas en los dos primeros tipos narrativos, mientras que la tercera representa a las que trabajan en un hospital del sector privado. Se muestran 3 narrativas, La primera narrativa representa a las enfermeras que eran nuevas en la profesión ya pesar de las duras condiciones de trabajo estaban desempeñando sus deberes. La segunda narrativa representa a enfermeras que trabajan en el sector público con recursos limitados, y la tercera narrativa es una representación de las enfermeras que estaban trabajando duro y estresado a pesar de un sistema que funciona bien. El estudio demuestra que la presencia de una fuerza de trabajo de salud bien formada es vital, y que ciertos aspectos de su organización son fundamentales, incluidos los números (cantidad disponible), la combinación de habilidades (equilibrio del equipo de salud), la distribución (urbana / rural) Las condiciones de trabajo (compensación, incentivos no financieros y seguridad en el lugar de trabajo).
(Lapeña-Moñux, Cibanal-Juan, Orts-cortés, Macià-Soler, & Palacios-Ceña, 2014) España	Se realiza un estudio que aunque no describe el concepto de calidad de vida laboral sí describe la experiencia de las enfermeras "de apoyo" o también llamadas suplentes en otros entornos, en las diferentes unidades de hospitalización.	Mediante un enfoque fenomenológico cualitativo. Al personal del Hospital Santa Bárbara de Soria (España),. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas en profundidad y diario de campo. Los datos fueron analizados usando la propuesta de Giorgi. Veintiuna enfermeras "de apoyo" con una media de edad de 46 años.	Emergieron tres temas principales que describen la experiencia de los enfermeros: construyendo el primer contacto, buscando un hueco y estableciendo relaciones interprofesionales y interpersonales. Concluimos que la experiencia de acoger dichas enfermeras en entornos clínicos cambiantes esta condicionada por diferentes factores. Concluyen con que es preciso establecer objetivos claros respecto al rol de las mismas en las unidades por enfermeras y gestores.

2.12. La profesión enfermera

La Organización mundial de la Salud (OMS) describe la profesión enfermera como: *“La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración, dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal”* (OMS, 2016).

Según el Consejo Internacional Enfermero (CIE) las funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

Al principio, la enfermería consistía en dar una respuesta intuitiva para proporcionar ciertos cuidados que aseguraban el confort y bienestar del enfermo. Según Colliere, citado por Burgos-Moreno & Paravic-Klijn (2009), durante millares de años los cuidados no fueron propios de un oficio, y mucho menos de una profesión determinada. Los cuidados, históricamente, han estado vinculados a la mujer, que cuidaba la vida y preservaba la especie, reservando al hombre la actividad de defensa y preservación de recursos.

El proceso histórico de la enfermería plantea los puntos claves de su historia en dos ciclos:

- El primero o pre-profesional, que comprende a las culturas antiguas y se extiende hasta finales del siglo XIX. Con el cristianismo, los cuidados de enfermería empiezan a tener cierta visibilidad. El cuidado enfermero no era científico, el papel era religioso y maternal. En la Edad Media, las labores relacionadas con los cuidados eran considerados como una ocupación inferior. Hasta el siglo XIX, con la figura de Florence Nightingale, no se inicia la enfermería como profesión. Sin embargo, se plantea la actuación de la enfermeras desde una perspectiva de total dependencia médica (Domínguez-Alcón, 1979).

- El segundo ciclo o profesional, se inicia entre los siglos XIX y XX con la llamada “revolución intelectual de la enfermería” y continúa hasta la actualidad. Durante estos dos ciclos se produjeron acontecimientos que marcaron la consecución de la enfermería como profesión, pero que también la hicieron entrar “*en el profesionalismo médico dominante, con unas condiciones tradicionales de acatamiento, tecnicismo y burocracia*” (Nowicki, 2015).

En esta última década se han dado cambios, en el estado español, con repercusiones trascendentales para la enfermería, impulsados principalmente por la aprobación de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) y por la reestructuración de los estudios universitarios, con la implantación del grado y el postgrado (máster y doctorado).

Tal y como aseguran Errasti-Ibarrondo, Arantzamendi-Solabarrieta, y Canga-Armayor, (2012) “*Nos encontramos en un periodo de ampliación de funciones, crecimiento y enriquecimiento de la formación académica e investigadora, a través de las cuales vamos a ir desarrollando nuestro propio cuerpo de conocimientos y avanzando como disciplina, aguardándonos un futuro con grandes expectativas y responsabilidad con la sociedad*” (p.270)

Es indiscutible que la Enfermería ha logrado la categoría de profesión, reuniendo las siete características que componen una profesión, según Ellis y Hartley (1997) y Burgos-Moreno & Paravic-Klijn (2009):

1. Respecto a tener un cuerpo definido y organizado de conocimientos intelectuales que puedan ser aplicables a la actividad del grupo.

En 1952, Peplau desarrolla la primera teoría del ejercicio profesional de enfermería. Posteriormente, Orlando, en 1961, aporta una teoría de las comunicaciones y más tarde continúa la necesidad de contar con teorías y poder desarrollarlas. Surgieron, de este modo, varias teorías y modelos conceptuales por parte diversos autores, tales como: King, Roy, Rogers, King, Orem y Newman, entre otros.

2. Respecto a la utilización del método científico.

MARCO TEÓRICO

El proceso de atención de enfermería consiste en la aplicación del método científico, como método sistemático que permite fundamentar la práctica de los cuidados. Primeramente, Hall, en 1955, identifica la enfermería como a un proceso dirigido a cuidar a las personas. En la siguiente década, Orlando propone lo que es considerado una formulación embrionaria del proceso de enfermería. Otras autoras, como Windenbach, definen el propósito de este método. En 1966, Knowles explicita las etapas del proceso, las cuales fueron definidas, finalmente, por la escuela de Enfermería de la Universidad Católica de Colorado, tal y como actualmente las conocemos: valoración, planificación, ejecución y evaluación.

3. Formar los profesionales en instituciones de alto nivel educacional.

Florence Nightingale desarrolló el primer programa organizado de formación para enfermeras, en 1860, en la llamada Nightingale Training School for Nurses, unida al St. Thomas Hospital, con el objetivo de preparar a las enfermeras en la práctica y la capacidad de formar a otras. Esta formación de enfermeras sirvió, posteriormente, de modelo a escuelas de enfermería de todo el mundo.

4. Funcionar con autonomía en la formulación del control profesional de sus actividades profesionales.

La conquista de la autonomía asegura el derecho a la práctica profesional y ha sido considerada como un indicador de la profesionalización de la disciplina. La autonomía se asocia a independencia, asumir riesgos y responsabilidad en el quehacer que, inicialmente, estaba marcada por la dependencia del estamento médico. Con la aplicación del método científico, los modelos y las teorías enfermeras, emerge la autonomía del cuidado enfermero.

5. Desarrollar un código de ética profesional.

Tiene sus inicios con Nightingale. El primer código de ética en enfermería fue publicado por la Association Nursing American (ANA), en 1950. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) adoptó por primera vez un Código internacional de ética para enfermeras, en 1953. El Código deontológico del Colegio Internacional de Enfermeras para la profesión de enfermería tiene cuatro

elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética: enfermería y las personas, enfermería y la práctica, enfermería y la profesión, y enfermería y sus compañeros de trabajo.

6. Reconocer a la profesión como una contribución a la sociedad, por los servicios que presta.

Se reconoce, desde tiempos de Nightingale, la misión humanitaria de las enfermeras. El servicio profesional a la sociedad exige integridad y responsabilidad en la práctica ética y un compromiso social. El compromiso del profesional de enfermería debe ser un compromiso inalienable. La relación de cuidados de enfermería se establece en una relación de confianza, donde el otro deposita su confianza en las competencias del profesional durante la atención. Este compromiso social se ha traducido también en la reconocida participación de enfermeras en problemas que aquejan a la población mundial, como son la salud de pueblos indígenas, salud de migrantes, violencia y drogas, entre muchos otros.

7. Realizar esfuerzos para ofrecer compensación a los profesionales, por medio de autonomía, desarrollo profesional y seguridad económica.

Se desarrolla la carrera profesional sustentada en un sistema de formación y estructuras profesionales reconocidas, y se promueven y establecen remuneraciones adecuadas, ascensos y reconocimientos.

Teniendo en cuenta esto, podemos establecer que la enfermería ha ido evolucionando hasta instaurarse como una profesión, cumpliendo las características definidas por Ellis y Hartley de lo que es una profesión en la sociedad actual.

La enfermería se caracteriza por ser la disciplina que tiene como objetivo fundamental cuidar al ser humano. Tal como recoge la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS, 2003), las enfermeras son las profesionales de la salud que tienen reconocida la responsabilidad social y legal del desarrollo de los cuidados enfermeros.

MARCO TEÓRICO

El concepto “cuidado” tiene un enorme potencial semántico que debe ser empleado para desarrollar de forma epistemológica la disciplina enfermera, dado que, en definitiva, el cuidado acompaña al hombre desde su nacimiento hasta su muerte y constituye, la estructura fundamental de su existencia (Siles-González & Solano-Ruiz, 2007)

A pesar de que los cuidados han sido una actividad inherente a la vida y forman parte de la cotineidad humana, comprender la naturaleza de los cuidados no es una tarea sencilla. Cuidar implica una actitud fundamental, un modo de ser y hacer donde la persona se centra en el otro con solicitud, diligencia, atención y buen trato. Cuidar implica preocupación, responsabilidad y compromiso emocional con los demás (Sánchez-Rueda, 2013).

La enfermería, al ser una profesión con una denominación intrínsecamente femenina, presenta la carga del constructo patriarcal, la cual ha permanecido a lo largo de la historia de la humanidad, por haber de compatibilizar la vida laboral y familiar, extendiendo en el hogar la función del cuidado de los hijos, la casa, la pareja y los familiares de edad avanzada (Seguel-Palma et al., 2015).

En cualquier texto relativo a la génesis de la enfermería, se puede apreciar cómo su historia de va paralela a la historia de la mujer. La enfermera, pues, podría ser el espejo en el que se refleja la situación de la mujer a través de los tiempos. Una muestra de ello queda reflejada en el modo en el que el papel social asignado a las mujeres y a la más antigua de sus tareas, que es el cuidar, ha quedado en el olvido social, o al menos ha carecido del prestigio que merecía (Celma-Vicente, 2007).

La identificación del cuidar con una función natural de la mujer, ha sido, durante siglos, el principal elemento que ha frenado el desarrollo de la ciencia de los cuidados, y ha favorecido la permanencia de valores que han perpetuado la subordinación y marginación de la enfermera en los ámbitos de decisión (Bertran-Noguer, 2005).

Desde la perspectiva de género, se puede afirmar que existe una superficie invisible que aleja a las mujeres de las posiciones de poder, sería el llamado “techo de cristal” (Barragan-Hernández, Hernández-Villa, & Peralata-Peña, 2013). Las

enfermeras, desde su quehacer diario profesional, deben plantear retos de transformación, según Louise Otto-Peters, feminista alemana que escribió en 1849: *“Las enfermeras (mujeres) serán olvidadas si ellas se olvidan de pensar sobre sí mismas”* (Barragan-Hernández et al., 2013).

Según Domínguez-Alcón (1990), la falta de autonomía y reconocimiento, no sólo se debe a la feminización de la profesión, sino que, además, se han unido las circunstancias propias de la profesión y de su relación con la medicina. Celma-Vicente (2009), sin embargo, sí hace referencia a la feminización de la profesión como causa de la falta de autonomía, poder e independencia.

Según describió Carpenito (2002) en el Modelo Bifocal, las enfermeras conviven con dos ejes de intervención, la práctica autónoma de los cuidados y la práctica colaborativa con otros profesionales de la salud. Lo que implica los dos roles de la enfermera, rol autónomo y rol interdependiente. Cada uno de ellos cumple su función siendo el rol independiente el diferenciador de la profesión. No obstante, aún existe distancia entre la teoría enfermera, los aspectos epistemológicos de la profesión y la práctica clínica. Los profesionales de enfermería siguen considerando el rol interdependiente de la enfermera por delante del rol autónomo (Francisco-del Rey, 2008)

Al respecto de este tema, en su tesis, Miró-Bonet identifica seis elementos que constituyen la visión de la propias enfermeras en relación a su profesión: profesionales divididos entre el humanismo y la tecnificación, la profesión como un saber menor y complementario, profesionales ubicados en espacios de subordinación, profesionales para todo, sin especialización, profesionales que reproducen la mirada patológica y tecnológica, y profesionales sin voz propia (Miró-Bonet, 2008 p.162).

Posiblemente y a pesar de que el personal enfermero dentro de las instituciones constituye el núcleo de la práctica sanitaria, éste pasa desapercibido como grupo profesional, ya que se encuentra excluido del poder central médico. El desempeño de sus funciones y condiciones laborales está regulado por normas, convenios de trabajo y leyes diseñadas por las estructuras médicas y de gestión (Nowicki, 2015).

MARCO TEÓRICO

En 1987, la jerarquía dentro de los hospitales públicos españoles fue reestructurada por una serie de decretos que regulaban la Ley de Reforma Sanitaria de 1986, promulgada por el Gobierno Socialista, entonces en el poder. De acuerdo con esta nueva estructura, se promueve la llamada gestión compartida, con lo que no debía haber predominio jerárquico de ninguna de las tres divisiones que componen un centro hospitalario: medicina, enfermería, y admisión y servicios. En un estudio realizado en cuatro hospitales españoles, en 2001, se entrevistó al personal médico, enfermero y administrativo, con el objetivo de evaluar cuál era la visión de los trabajadores al respecto. Se concluyó que en todos los hospitales existía la percepción de que la división médica conserva el más alto grado de poder real e influencia en las decisiones de gestión. Estudios previos a éste llegaban a la misma conclusión (Salvadores, Schneider, & Zubero, 2001).

El Informe sobre los recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea, presentado en el año 2015 por el Consejo General de Enfermería de España, comparó los recursos de enfermería existentes en España con los del resto de países de nuestro entorno cercano. Este informe dejó patente la falta de enfermeras en nuestro entorno (Consejo General de Enfermería, 2015).

Según este informe y los datos del INE, España tiene un total de 546 enfermeros por cada 100.000 habitantes. Esto supone un 33,81% menos que la media europea establecida en 825. Nuestro país ocupa el puesto número 22 (séptimos por la cola) respecto a las ratios de enfermeros de todos los países europeos. Para alcanzar la media de Europa, España necesitaría 129.408 enfermeras más, lo que supone un incremento del 48,98% respecto al número total de profesionales de la enfermería.

La empatía, la escucha activa y la capacidad de gestión emocional son habilidades emocionales que han sido identificadas como básicas en los cuidados enfermeros. Por ello, se podría afirmar que, junto a otras habilidades, determinan la competencia emocional de las enfermeras. (Sánchez-Rueda, 2013)

Los profesionales enfermeros, además de conocimientos, tienen un conjunto de actitudes y valores (Ramió-Jofre, 2005).

Partiendo de que la práctica profesional de las enfermeras es cuidar, Ramió-Jofre

identifica estas actitudes. La conceptualización del cuidar se basa en dos valores fundamentales: el altruismo y la *dignidad humana*.

- En relación *al valor altruista*, las actitudes son: la ayuda a las personas, la compasión, el compromiso y la suplencia.
- En cuanto al valor *dignidad de la persona* receptora de cuidados, siendo el eje en el que se sostiene la práctica profesional, las actitudes relacionadas son: la humanidad, el respeto, la paciencia, la escucha, la privacidad y la confidencialidad.

Estos valores son inherentes a la profesión, sin embargo, podemos intuir que cuando aparece la insatisfacción laboral pueden verse afectadas las actitudes derivadas. No obstante, los valores de estos profesionales son tan fuertes, que aun y sin estar en las mejores condiciones laborales, o con falta de reconocimiento, les permiten continuar con su desempeño laboral. La Directora General de la Organización Mundial de la Salud, en la Conferencia del Consejo Internacional de Enfermeras de 2015, hizo referencia a esta idea: *“Se dice que una persona que salva una vida es un héroe. Una persona que salva cientos de vidas es, obviamente, un enfermero. Es probable que a esa persona se la haga trabajar en exceso, que se le pague menos de lo debido y que, en vastos sectores - especialmente en el nivel de formulación de políticas -, su labor se valore menos de lo que merece. Y, sin embargo, esa persona, pese a todo, sigue salvando vidas”* (Chan, 2015).

Según la OMS, los trabajadores sanitarios deben estar preparados para hacer frente a los nuevos retos de la población en temas de salud, bajo una mala calidad de vida profesional, estos retos pueden resultar complicados de conseguir. Los trabajadores de los sistemas de salud de todo el mundo están sometidos a una amplia y compleja gama de fuerzas que están generando una tensión e inseguridad crecientes. Los trabajadores sanitarios tienen que estar preparados para hacer frente a retos como el envejecimiento de la población, las nuevas enfermedades y el aumento de la carga de las ya existentes, o el aumento de los conflictos y la violencia (OMS, 2016). Por eso, es preciso considerar la calidad de vida de estos profesionales como un hito dentro de los sistemas de salud.

MARCO TEÓRICO

Para que estos profesionales puedan ofrecer esta calidad en los cuidados, debe permitírseles un desarrollo profesional y personal, teniendo en cuenta sus particularidades personales, tanto a nivel laboral como profesional, dado que ya ha quedado patente que la satisfacción de la enfermera es clave en la calidad de los cuidados.

2.13. Teorías que guían la investigación

Una vez analizado el término Calidad de Vida Profesional y presentada la realidad que vive el colectivo enfermero en relación al alto volumen de demandas de trabajo, así como la importancia que tiene la motivación para el rendimiento de los profesionales de enfermería y el apoyo laboral que requieren, es necesario explicar el modelo Demanda-Control –Apoyo introducido por Karasek (1979). Este modelo sirvió de referente para la construcción del cuestionario elegido y, a su vez, servirá de referente para el análisis de los datos.

La presente investigación requiere de la necesidad de hacer uso de referentes teóricos o modelos de enfermería que fundamenten el análisis y la reflexión. Una vez revisadas las Teorías y Modelos de Enfermería existentes, se ha optado por considerar la teoría de Kolcaba. Esta teoría nos permitirá realizar una correlación entre el nivel de confort de la enfermera y los resultados de calidad que se obtienen en su entorno laboral (Kolcaba & Kolcaba, 1991).

Por último, se ha considerado preciso repasar la Teoría Fundamentada Introducida por Glaser y Strauss (1967), para poder explicar el procedimiento utilizado en el análisis cualitativo de esta investigación.

2.13.1 Modelo demanda –control de Karasek

Robert Karasek, en 1979, observó que los efectos del trabajo, tanto en la salud como en el comportamiento, parecían ser resultado de la combinación de las demandas psicológicas laborales y de las características estructurales del trabajo, relacionadas con la posibilidad de tomar decisiones y usar las propias capacidades. Esto le llevó a proponer un modelo bidimensional que integrase estos dos tipos de

conclusiones, y que fuese utilizable para un amplio tipo de efectos psicosociales de las condiciones de trabajo (Vega-Martínez, 2001).

El modelo Demandas-Control (Karasek, 1979), establece que las altas demandas actúan como estresores, facilitando reacciones de estrés, y que los efectos de la tensión mental más adversos para la salud se daban en situaciones de altas demandas y bajo control. Esta combinación de características del trabajo es lo que se denominaba “trabajo altamente estresante”.

De hecho, el modelo se construía a partir de las aportaciones anteriores y contemporáneas, procedentes de diversas disciplinas. En el campo de la sociología, se había investigado sobre cómo las exigencias psicológicas y sociales, y los acontecimientos vitales estresores podían ser causa de enfermedades. Por su parte, la psicología de las organizaciones, en sus teorías sobre satisfacción y motivación laboral, hablaba del control, la autonomía y el uso de habilidades, aunque no desde la perspectiva de la salud, sino desde el punto de vista de la productividad. En la epidemiología, estaba empezando a surgir una necesidad de ampliar el modelo con que se abordaban los riesgos de enfermedad cardiovascular asociados al trabajo, ya que algunas investigaciones demostraban una relación negativa entre la clase social y la enfermedad cardiovascular (Vega-Martínez, 2001).

Según el Modelo Demanda-Control (DC), las principales fuentes de estrés se encuentran en dos características básicas del trabajo (Luceño-Moreno, Martín-García, & Díaz-Ramiro, 2004):

1. Las demandas psicológicas del trabajo

La dimensión Demandas hace referencia a las demandas de trabajo (presión de tiempo, nivel de atención, interrupciones imprevistas, carga mental, conflictos etc.), por lo tanto, se circunscriben a cualquier tipo de tarea. En esta dimensión no se incluye las demandas físicas, aunque éstas puedan dar lugar a demandas psicológicas.

2. El control que se tiene del mismo

MARCO TEÓRICO

En la dimensión de Control se tiene en cuenta tanto el control sobre las tareas, como el control de las capacidades. El control o libertad de decisión consiste en la capacidad del trabajador para responder a las demandas y controlar su entorno de trabajo. Hace referencia a cómo se trabaja, y tiene dos componentes: la autonomía, que se refiere a la posibilidad de tomar decisiones relacionadas con su trabajo, de controlar sus propias actividades, y al desarrollo de habilidades, que se refiere al grado en que el trabajo permite a la persona desarrollar sus propias capacidades, su aprendizaje y creatividad.

El modelo postula que las reacciones de tensión psicológica más negativas (fatiga, ansiedad, depresión y enfermedad física), se producen cuando las exigencias psicológicas del puesto de trabajo son elevadas y el sujeto posee un escaso control en la toma de decisiones.

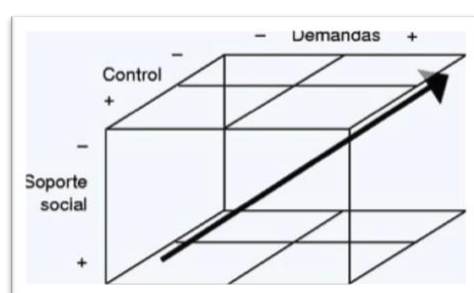
Así, el modelo indica que se producirá un aumento de la productividad en los entornos laborales que promueven el aprendizaje y el crecimiento personal. De igual modo, en situaciones laborales de escasas exigencias y escaso control, se produce un entorno laboral muy poco motivador que puede dar lugar a la pérdida de aprendizajes ya adquiridos, a la falta de motivación o al aprendizaje de conductas negativas, tanto para el trabajador como para la organización.

Este modelo fue ampliado por Jeffrey V. Johnson, introduciendo la dimensión de **apoyo social** (Johnson & Hall, 1988). La función del apoyo social es la de incrementar la habilidad del individuo para hacer frente a una situación de estrés mantenido, por lo que el apoyo constituye un moderador o amortiguador del efecto del estrés en la salud.

El apoyo social hace referencia al clima social en el lugar de trabajo, en relación con los compañeros y con los superiores. Tiene dos componentes: relación emocional que el trabajo comporta y soporte instrumental. Tanto el apoyo social como el control, son factores que suelen verse muy influidos por los cambios en la organización del trabajo y, de hecho, las intervenciones preventivas que modifican en origen los riesgos psicosociales, por lo general, afectan conjuntamente a ambas dimensiones (Vega-Martínez, 2001).

En el esquema de la figura 1, se visualiza que el apoyo social produce su mayor efecto amortiguador donde la demanda es alta y el control es bajo. Se trataría, entonces, de un trabajo de alto estrés. Por eso es importante la incorporación de esta variable en estudios sobre las percepciones del trabajo. Por lo tanto, el mayor riesgo de problemas físicos y psicológicos se daría en grupos aislados, con trabajos caracterizados por altas Demandas, bajo Control y bajo Apoyo social (Montero Simó, Rivera Torres, & Araque Padilla, 2013).

Figura 1: Modelo demanda-control-apoyo social de Karasek.



Fuente: Vega-Martínez (2001)

De esta manera, tal y como se evidencia en una revisión de varios estudios, el modelo DCA postula que existe una asociación entre alteraciones en la salud y estrés laboral, lo cual resulta de la combinación de las altas demandas psicológicas en el trabajo y la escasa capacidad de control sobre el mismo. Ello da lugar a alteraciones de la salud y, en contrapartida, el apoyo social reduce el efecto del estrés, redundando en una mejora de la salud del individuo (Martín-Arribas, 2007).

Este modelo (Karasek & Theorell, 1990), se ha distinguido por su simplicidad y ha tenido una gran repercusión por desarrollar corrientes de estudio hacia rediseño del puestos, teniendo en cuenta variables como son la autonomía, la satisfacción, la motivación, el compromiso y los efectos sobre la salud del trabajador. Ha sido utilizado para dar respuestas a cuestiones de problemas de salud en el trabajo como, la depresión, ansiedad, percepción de estrés, percepción de salud, accidentes laborales y bajas por enfermedad (Montero-Simó et al., 2013).

Se trata de un modelo que se ha constituido como uno de los más influyentes en la investigación sobre el entorno psicosocial de trabajo, estrés y enfermedad, desde principios de los 80, así como el que presenta mayor evidencia científica a la hora

MARCO TEÓRICO

de explicar efectos en la salud (Vega-Martínez, 2001). Este modelo ha sido utilizado para la elaboración del cuestionario de calidad de vida profesional propuesto para este estudio (Cabezas Peña, 2000; García Sanchez, 1993).

2.13.2. La comodidad enfermera. Teoría del Confort

El constructo de comodidad está presente en todas las dimensiones en la cuales se desenvuelve la vida cotidiana de la persona. Es, por lo tanto, un concepto que se encuentra ligado a todas las situaciones vitales. La comodidad está determinada por la percepción del individuo de su estado actual, teniendo como referente la comparación con el pasado y con sus requerimientos futuros. El concepto de comodidad es polimórfico, responde a dimensiones psíquicas, físicas, sociales y culturales, así como a necesidades básicas y de supervivencia, y actividades de la vida cotidiana. La comodidad es un concepto que involucra dimensiones personales, tanto subjetivas, como objetivas y que son difíciles de definir (Ferrer-Ferrandiz, 2007).

Podemos encontrar la utilización de los conceptos confort, comodidad y bienestar como sinónimos, a la hora de definir la acción de cuidado como pensamiento, como proceso de cuidar y como resultado de la acción de cuidar.

Según postula Kolcaba, podríamos afirmar que una enfermera ofrece confort cuando se encuentra confortable. Por lo tanto ofrecerá cuidados de calidad cuando se encuentra confortable en su trabajo. Para poder explicar este concepto es necesario revisar la Teoría del Confort (*Confort Theory*) de Katherine Kolcaba .

Katherine Kolcaba nació en 1944 y educada Cleveland (Ohio). En 1965 obtuvo el título en enfermería, desarrollo su profesión durante 12 años, hasta que en 1987 obtuvo una licenciatura en enfermería con especialidad en gerontología. Mientras estudiaba, compartió el cargo de enfermera jefe de una unidad de demencia. Fue allí donde empezó a teorizar sobre la comodidad o confort. Mientras realizaba un doctorado en enfermería, trabajaba como profesora, y lo aprovechó para desarrollar su teoría y demostrarla (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011c).

Katherine Kolcaba publicó un análisis del concepto del confort junto a su marido filósofo (Kolcaba & Kolcaba, 1991) y elaboró un diagrama, recogiendo los aspectos vinculados a la comodidad. Utilizó la comodidad como objetivo del cuidado en 1992, contextualizó la comodidad en un teoría intermedia (Kolcaba, 1994) y demostró la teoría en un estudio de intervención en 1999 (Kolcaba y Fox, 1999), citado en Raile Alligood & Marriner Tomey, (2011) y por Porter, Kolcaba, McNulty, y Fitzpatrick (2010).

En la descripción teórica plantea la valoración de las necesidades de comodidad, el diseño de medidas de comodidad para satisfacer estas necesidades y su posterior valoración después de la implantación, como esencia del cuidado enfermero. Conceptualiza la comodidad como la experiencia inmediata y holística de fortalecerse, gracias a la satisfacción de tres tipos de comodidad: alivio, tranquilidad y trascendencia. Esta satisfacción debe darse en los cuatro contextos de la experiencia humana: física, psico-espiritual, social y ambiental (Kolcaba, 1994; Kolcaba & Kolcaba, 1991).

Kolcaba partió de la estructura taxonómica del confort (figura 2), como guía para desarrollar el cuestionario general de comodidad y así poder medir el grado de comodidad holística.

Figura 2: Estructura taxonómica del confort.

		Tipos de confort		
		Alivio	Tranquilidad	Trascendencia
Contexto en el que se produce	Físico			
	Psicoespiritual			
	Ambiental			
	Social			

Fuente: Ferrer-Ferrandiz (2007)

MARCO TEÓRICO

Los tres tipos de confort que describe Kolcaba, fueron desarrollados a partir del pensamiento de las tres primeras teorizadoras enfermeras (Ferrer- Ferrándiz 2009; 2007). El concepto de “alivio” fue construido a partir del trabajo de Orlando, quien afirmaba “que las enfermeras satisfacían las necesidades de los pacientes”. Esta autora utiliza el término de necesidad como requerimiento.

Para el concepto de “tranquilidad” utilizó el pensamiento de Henderson, que describe las trece funciones básicas de los seres humanos que debían mantenerse en la homeostasis.

Su concepto de “necesidad” está planteada como requisito para la vida. Para Henderson, el término “necesidad” es anterior al problema, de ello se desprende que la comodidad sería un requisito para alcanzar un nivel óptimo de salud y, por tanto, un grado de independencia. El problema relacionado con el requisito sería la incomodidad y, por ello, la posible pérdida de autonomía.

Kolcaba elaboró el último concepto de “trascendencia” a partir de la obra de Paterson y Zderad. Estas autoras afirman que las personas pueden superar sus necesidades de salud con la ayuda de las enfermeras. A partir del encuentro enfermera-paciente se consigue lograr el bienestar y el desarrollo humano

A partir de su descripción teórica, considerando las necesidades de confort, ha desarrollado cuestionarios para medir el confort holístico entre los enfermos y el personal de enfermería (Kolcaba, 2001). Los 48 ítems del cuestionario pertenecen a los cuatro contextos considerados por Kolcaba (físico, psico-espiritual, sociocultural y ambiental) y se agrupan en tres factores: el alivio, la tranquilidad y la trascendencia. Ferrer-Ferrandiz y Martín-Baena (2015) sometieron el cuestionario al contexto de la enfermería hospitalaria española para proceder al estudio de sus propiedades psicométricas.

Como ya se referenciado anteriormente, existen varios cuestionarios que miden aspectos como el estrés, la ansiedad, la satisfacción, el agotamiento o el ambiente laboral en profesionales sanitarios. Todos ellos contienen aspectos relacionados con el nivel de comodidad de la enfermera.

En la teoría de Kolcaba, los que reciben el confort se conocen como receptores y pueden ser: pacientes, estudiantes, prisioneros, trabajadores, ancianos, comunidades e instituciones (Kolcaba, 2010).

Tomando a los profesionales de enfermería como receptores de confort, se podría establecer una similitud o equivalencia entre la calidad de vida profesional de la enfermera y el confort propio de la enfermera, ya que se podría decir que la enfermera tendría calidad de vida profesional si tiene confort. Si está comfortable en su trabajo sería, por tanto, dadora y receptora de confort. Entendiendo, de este modo, que la enfermera tendrá cubiertas sus necesidades en los cuatro contextos.

La teoría del confort nos brinda tres afirmaciones, que se comprueban por separado o como un todo:

- ✓ La parte I: Afirma que si las intervenciones de confort son eficaces, aumenta el confort tanto de los receptores, como de sus familias; a su vez, el personal de enfermería también puede ser receptor de confort si tiene un ambiente laboral adecuado.
- ✓ La afirmación II: Dice que el paciente evidencia si está satisfecho, es decir, si tiene confort, en la medida en que él mismo ayuda en su proceso de recuperación de la salud. Se hace más fácil negociar con él.
- ✓ La afirmación III: Nos dice que una mayor implicación en las conductas de búsqueda de la salud se traduce en una asistencia de mayor calidad, que beneficia a la institución, y a la capacidad de reunir pruebas para las mejores prácticas y políticas.

Basándonos en la primera afirmación y teniendo en cuenta que la enfermera, además de proporcionar confort puede ser también un receptor del confort, se podría decir que si existe un ambiente laboral adecuado aumenta calidad de vida profesional de la enfermera y su confort.

En la segunda afirmación se constata que si existe satisfacción es más fácil la negociación. Si las enfermeras se sienten satisfechas, es decir si tienen confort, la negociación con las organizaciones mejora, lo cual se traduce en una mejora de

MARCO TEÓRICO

resultados por parte de los trabajadores de la salud. Este aspecto, aplicado a la psicología de las organizaciones, puede ser de utilidad.

En la tercera afirmación también se hace referencia a que las conductas de búsqueda del confort benefician a la institución para poder crear lo que Kolcaba llama “Integridad institucional”, lo que genera satisfacción entre los profesionales.

Según Kolcaba, para que los profesiones puedan ofrecer cuidados de calidad, los contextos de confort físico, psico-espiritual sociocultural y ambiental deben estar cubiertos, por parte de la institución en la que trabajan.

“La comodidad de las enfermeras es un requisito terapéutico tanto para el personal de enfermería como para poder proporcionar comodidad al ’otro’” (Ferrer-Ferrandiz & Martín-Baena, 2015).

Siguiendo esta línea, se podrían relacionar los cuatro contextos de confort que obtuvo Kolcaba de su revisión con las dimensiones establecidas para la Calidad de Vida Profesional que se proponen en el CVP-35.

- Contextos Kolcaba: **físico, psico-espiritual, sociocultural y ambiental.**
- Dimensiones CVP-35: **motivación intrínseca, apoyo laboral y demandas de trabajo.**

Teniendo en cuenta esto, podríamos establecer una conexión entre el contexto psico-espiritual y la motivación intrínseca. Por otro lado, se podría relacionar el contexto sociocultural con el apoyo laboral. Por último, se podría relacionar el contexto ambiental y físico con las cargas de trabajo.

2.12.3. Repaso de la Teoría Fundamentada

En este apartado se realiza un repaso a la Teoría Fundamentada (TF) utilizada en este estudio para el abordaje cualitativo.

La *Grounded Theory* -Teoría Fundamentada - (Glaser & Strauss, 1967) se refiere a la elaboración de una teoría derivada inductivamente del estudio del fenómeno escogido. Esta teoría se desarrolla y legitima durante y por la recogida de datos,

así como por su análisis. Utilizando otros términos, tanto la recogida de datos, su análisis y la teoría subyacente se encuentran recíprocamente enlazados unos con otros. Se trata, pues, de un método de investigación cualitativo que, mediante interpretación y codificación, construye una teorización sobre un fenómeno sometido a estudio. Strauss y Corbin (1990) aseguran que si la metodología se utiliza adecuadamente reúne todos los criterios para ser considerada rigurosa como investigación científica.

La Teoría Fundamentada (TF) asume que la persona investigadora debe introducirse en el campo de acción para conocer cómo se desarrollan las cosas, reconocer cómo influyen activamente las personas en la formación del mundo circundante y otorgar una importancia vital al significado y a la acción de las personas.

Esta metodología tiene su base en el interaccionismo simbólico, citado anteriormente y en la sociología americana de la Escuela de Chicago. Su principal diferencia respecto a otras metodologías cualitativas es que pone un gran interés en el desarrollo de una teoría sustentada en los datos procedentes del trabajo de campo. Glaser y Strauss distinguen dos tipos de teorías, la Teoría Sustantiva y la Teoría Formal. La primera hace referencia al proceso de construcción que surge de los datos que se obtienen sobre el objeto de estudio. Esta teoría se diferencia de otro tipo de teorías en que los datos se extraen con la utilización de estrategias deductivas, más interesadas en la comprobación de hipótesis preliminares.

La teoría sustantiva tiene cierto carácter provisional o transitorio, aunque a su vez, conforma una representación conceptual en la que se sustentará la Teoría Formal, la cual podríamos denominar la “gran teoría” elaborada a partir de las distintas teorías sustantivas (Andreu, García-Nieto y Pérez, 2007).

En base a esto, la recogida de datos y análisis de los mismos se realiza de manera que permita comprobar las hipótesis emergentes, que relacionan los distintos conceptos. Esta cuestión está presente durante toda la investigación, desde su inicio hasta su finalización. Se trata, pues, de realizar una comparación constante (Hernández-Carrera, 2014).

MARCO TEÓRICO

Como ya se ha mencionado, la posición teórica que más se adapta al modelo de investigación centrado en la TF es el interaccionismo simbólico. Este término lo introdujo Herbert Blumer a finales de los años treinta del siglo XX, apoyándose en las ideas de William James y John Dewey, entre otros. Según él, el ser humano dirige sus actos hacia los objetos en función de lo que éstos significan para él. El origen de este significado es un producto social que procede de y a través de las actividades de los individuos, al interactuar. La utilización del significado por parte del individuo se produce a través de un proceso de interpretación propia que supone auto-interacción y manipulación de significados. En este sentido, “las diferentes maneras en que los individuos revisten de significados los objetos, los acontecimientos, las experiencias, etc., forman el punto de partida central para la investigación (Hernández-Carrera, 2014).

Esta teoría se aproxima, en la práctica, al análisis del contenido categorial de entrevistas, de materiales de observación o documentales, utilizando diversas teorías analíticas e interpretativas fundamentadas en la codificación y entendida como una técnica de conceptualización de los datos.

En 1963, Mead, citado por Amezcua sienta las bases del interaccionismo simbólico, término acuñado varias décadas antes por Blumer, que viene a poner énfasis en las significaciones que las personas estudiadas ponen en práctica para construir su mundo social y que se producen gracias a su interacción con los otros. Esta concesión de la sociología hacia el sujeto, como intérprete del mundo que le rodea, va a permitir la utilización de metodologías de investigación que priorizan los puntos de vista de los actores (Amezcua & Gálvez-Toro, 2002).

Este es el caso de la Teoría Fundamentada o Teoría Anclada, utiliza el método inductivo para descubrir teorías, conceptos, hipótesis y proposiciones, partiendo directamente de los datos, y no de supuestos, a priori, de otras investigaciones o de marcos teóricos existentes. Este método no persigue teorizar sobre problemas muy concretos que podrán adquirir categoría superior en la medida en que se le agreguen nuevos estudios de otras áreas sustanciales o, dicho de otro modo, el investigador no pretenderá probar sus ideas al generar teoría fundamentada, sino sólo demostrar que son plausibles.

El proceso de análisis en la TF es sumamente dinámico y creativo y se basa en dos estrategias fundamentales: el método comparativo constante (la recolección de la información, la codificación y el análisis se realizan simultáneamente), y el muestreo teórico (se seleccionan nuevos casos en función de su potencial para ayudar a refinar o expandir los conceptos y teorías ya desarrollados). El investigador está más interesado en generar teoría que en describir los datos y, de esta forma, se logra construir el conocimiento basado en la experiencia de los propios sujetos (Amezcuca & Gálvez-Toro, 2002).

Se podría decir que la Teoría Fundamentada es un método de investigación cualitativa que busca la construcción de una teoría que estará basada en datos empíricos conducidos por un procedimiento inductivo. Este procedimiento de análisis parte del punto de vista del problema del actor, es decir los sujetos participantes en el estudio, de cómo ellos lo perciben y cómo lo conceptualizan o categorizan.

Diversos autores, en sus trabajos, han explicado la Teoría Fundamentada (Amezcuca & Gálvez-Toro, 2002; Carrero, Soriano, & Trinidad, 2006; Flick, 2004; Jones, Manzelli, & Pecheny, 2004; Strauss & Corbin, 2002; Valles, 2001) teniéndolos en cuenta, trataremos de explicar la TF y cómo se aplica a este estudio.

Las herramientas metodológicas más distintivas de este modelo son: el Método Comparativo Constante (MCC) y el Muestreo Teórico.

El método de comparación constante se caracteriza por los aspectos que a continuación se detallan:

- ✓ Se centra en la generación de teoría y orienta el análisis hacia la saturación de información y no hacia su generalización.
- ✓ El foco del análisis no está en la recogida y ordenamiento de datos, sino en la organización de las muchas ideas que emergen de su análisis.
- ✓ La recogida de datos y su análisis son procesos estrechamente entrelazados y deben ocurrir alternativamente, pues es el análisis el que dirige el muestreo

MARCO TEÓRICO

de los datos (muestreo teórico).

- ✓ El análisis se identifica con el proceso y las técnicas de codificación.
- ✓ Este proceso de codificación se sustenta en dos operaciones analíticas básicas: la realización de comparaciones y la formulación de preguntas.

El objetivo es la conceptualización (construcción de teoría) y consta de las siguientes etapas: comparar incidentes aplicables a cada categoría, integrar categorías y sus propiedades, delimitar la teoría y escribir la teoría.

- Comparar incidentes aplicables a cada categoría
Codificar cada acontecimiento o incidente de los datos dentro de tantas categorías de análisis como sea posible (codificación abierta: códigos *in vivo*, códigos teóricos,...).

Escribir memorandos (memos) con las ideas, las aclaraciones y nociones teóricas que van despertando en el pensamiento del investigador.

- Integrar categorías y sus propiedades

En la medida en que la codificación avanza (codificación abierta, axial, selectiva), la comparación entre incidentes va mostrando las propiedades de cada categoría, de manera que se va desarrollando la teoría cuando categorías diferentes y sus propiedades tienden a integrarse a través de la comparación constante. Este proceder guía al investigador a construir el sentido, de forma relacionada teóricamente.

- Delimitar la teoría

Es necesario para evitar caer en la comparación infinita. Esta delimitación se produce tanto a nivel de la teoría, a partir del criterio de *parsimonia* (o economía científica: máxima explicación y comprensión con el mínimo de conceptos y formulaciones) y del criterio de *alcance* (o *scope*: empuje para ampliar el campo de aplicabilidad de la teoría sin desligarse de la base empírica inicial), como a nivel de las categorías en particular (reducción, selección y focalización, hacia la búsqueda deliberada y sistemática de la

categoría central: saturación teórica).

- **Escribir la teoría**

Se va a producir cuando el investigador esté convencido de que el marco que ha desarrollado conforme a una teoría sustantiva sistemática, que expone con una exactitud razonable los temas estudiados, y que puede ser utilizada por otros investigadores que se interesen por el mismo campo de estudio.

Esta escritura se hace a partir de los datos codificados, las anotaciones o memos y la teoría emergente.

Muestreo Teórico

Se refiere a la recolección de datos para generar teoría en la que el investigador selecciona, codifica y analiza su información, y decide qué información escoger luego y dónde encontrarla para desarrollar su teoría.

Marca la diferencia entre el muestreo inicial basado en una perspectiva general sobre un tema y el resto del proceso de recolección, en el que éste está controlado por la teoría emergente.

La pregunta básica del muestreo teórico es cómo selecciona el investigador los múltiples casos y grupos para la comparación. Glaser y Strauss proponen dos criterios para esta selección: el propósito teórico (de la investigación) y la relevancia (capacidad para promover categorías emergentes).

El criterio para establecer cuando cesa ese muestreo es la saturación teórica, ya que no se halla ninguna información adicional a partir de la que el investigador pueda desarrollar más propiedades de esa categoría (Ardila-Suárez & Rueda-Arenas, 2013).

La Teoría Fundamentada representa un gran avance en el campo de la investigación cualitativa y se presenta como una opción metodológica muy completa, en la medida en que su pretensión de rigurosidad y solidez metodológica permite que se hagan explícitos los procedimientos, mediante los cuales se llega a determinados resultados y comprende el significado de diferentes fenómenos,

MARCO TEÓRICO

desde el punto de vista de los actores sociales. Este modelo teórico contiene todos los elementos exigibles a cualquier investigación que se denomine científica. Las herramientas que desarrolla hacen posible trabajar con las subjetividades objetivamente, y es lo suficientemente flexible en su aplicación como para facilitar las adaptaciones y variaciones del método, necesarias según los objetivos y las preguntas de investigación.

Para ello, la TF se vale del Muestreo Teórico como mecanismo de selección de individuos a entrevistar, de la Saturación Teórica como límite al muestreo, y de la Codificación Teórica como proceso de análisis de los datos en los que sustentarse (Hernández-Carrera, 2014).

Las propiedades que destacan en la Teoría Fundamentada (de la Cuesta Benjumea, 2005) son:

- ✓ Inductiva/Abductiva.
- ✓ Comparativa.
- ✓ Emergente.
- ✓ Proceso Interactivo.

III. MARCO CONTEXTUAL

En este capítulo se presenta el contexto del estudio, primero se realiza un breve repaso al sistema sanitario catalán, seguido de una descripción del centro donde se ha llevado a cabo el estudio y para terminar se describen los profesionales objeto de estudio.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN ENFERMERÍA: HACIA LA BÚSQUEDA DEL CONFORT ENFERMERO

Leandra Martín Delgado

3.1. Breve repaso al sistema sanitario catalán

Antes de centrarnos en el Centro, es preciso hacer un repaso por el contexto sanitario en el que se enmarca este trabajo: el Institut Català de la Salut (ICS).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el sistema sanitario español, como Sistema Nacional de Salud, está considerado como uno de los mejores del mundo.

El sistema sanitario de un país lo componen el conjunto de entidades, organismos y recursos, tanto humanos como estructurales, el conjunto de servicios sanitarios e instituciones públicas y privadas encargados de la producción de los servicios sanitarios, y sus interrelaciones entre ellos (Cabo-Salvador, 2010).

Una de las fuentes principales del Estado del Bienestar de un país lo constituye la salud. Es una necesidad básica e ineludible, y también irrenunciable, del ser humano, que constituye un derecho fundamental primario, junto con la educación, la cultura, la defensa y la seguridad. Para su logro, se requiere de la planificación y la asignación de recursos de manera eficiente y eficaz, en base a impuestos, o a través de los presupuestos generales del Estado y de los recursos económicos necesarios (recursos económicos susceptibles de un uso alternativo social) para la obtención de los niveles de salud demandados por la sociedad (Cabo-Salvador, 2010).

A partir del año 1986, se realiza la transformación de un Sistema de Seguridad Social (modelo *Bismarck*) de financiación de los servicios sanitarios, por medio de cuotas de las empresas y trabajadores, a un modelo *Beveridge* con financiación y responsabilidad estatal, a través de los impuestos y de los presupuestos generales del Estado. El proceso de descentralización se completa en el año 2002, quedando configurado el Estado en 17 comunidades autónomas.

El traspaso de funciones y servicios a las comunidades autónomas comenzó en el año 1981 con Cataluña y concluyó en el año 2001. Así, el traspaso de las

MARCO CONTEXTUAL

competencias sanitarias en 1981 supuso la transformación del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) en el *Institut Català de la Salut* (ICS).

La Ley 12/1983, de 14 de julio, de administración institucional de la sanidad y de asistencia y servicios sociales de Cataluña creó el *Institut Català de la Salut*, como entidad gestora de la Seguridad Social para desplegar las competencias que la Constitución y el Estatuto de Autonomía atribuían a la Generalitat de Catalunya, en materia sanitaria, y para ejecutar los servicios que se le habían traspasado (Generalitat de Catalunya, 1983).

Desde sus inicios, el ICS asumió las funciones del antiguo INSALUD que, entre otros, incluían la gestión de los hospitales, y centros de atención primaria y de atención extra-hospitalaria de la Seguridad Social. También asumió la concertación de servicios sanitarios con las entidades que no eran propiedad de la Administración.

Unos años más tarde, la Ley 15/1990, de 9 de julio, Ley de ordenación sanitaria de Cataluña (LOSC) - (Generalitat de Catalunya, 1990), formalizó el modelo sanitario catalán que se caracteriza, básicamente, por la separación de la financiación y la compra de servicios, de la provisión; y por la diversidad de proveedores y de fórmulas de gestión. Se trata de un modelo sanitario mixto, que integra en una sola red de utilización pública, todos los recursos sanitarios, sean o no, de titularidad pública, y que recoge una tradición de entidades históricamente dedicadas a la atención de la salud. De esta manera, nació la *Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública* (XHUP), aprovechando la mayor parte de centros de titularidad pública (Ayuntamientos, Diputaciones, Consejos Comarcales,...) o privada sin ánimo de lucro (Fundaciones vinculadas a la Iglesia o a cajas de ahorro) con los que se establecían conciertos para la realización de actividades asistenciales.

La LOSC creó también el *Servei Català de la Salut* (Cat.Salut) como organismo responsable de garantizar la atención sanitaria pública y una cobertura pública de calidad de los ciudadanos y ciudadanas de Cataluña, a través de una adaptación de la oferta sanitaria a sus necesidades.

Desde ese momento, el Cat.Salut se convierte en la aseguradora pública que asume la concertación de servicios sanitarios con las diferentes entidades proveedoras del territorio. Este funcionamiento iguala los proveedores, con independencia de su titularidad.

Durante casi 30 años, los hospitales de la XHUP y del ICS han ofrecido una asistencia de excelencia y han conformado el núcleo del modelo sanitario mixto específico y característico de Cataluña. Es decir, una red sanitaria con centros íntegramente públicos, ya sean titularidad de la Generalitat (ICS) o con la participación de diferentes instituciones públicas en sus consejos de administración (XHUP). Este modelo, con sus virtudes y sus defectos, constituye la sanidad pública del país, en el que la participación de hospitales con titularidad privada y ánimo de lucro era totalmente marginal.

Con la voluntad de adaptar el marco normativo y la naturaleza jurídica del ICS al modelo sanitario catalán, el Parlamento de Cataluña aprobó, con el consenso de todos los grupos parlamentarios, la Ley 8/2007, de 30 de julio, del ICS (Departament de la Presidència, 2007). Esta Ley transformaba el ICS en empresa pública y daba a sus centros y a los servicios más autonomía en la gestión económica y de los recursos. El Decreto 13/2009, de 3 de febrero, por el que se aprobaban los Estatutos del ICS, regula su organización y su régimen de funcionamiento.

Años más tarde, en octubre de 2013, el Parlamento de Cataluña aprobó una resolución en la que instaba al Gobierno a llevar a cabo las actuaciones necesarias para mantener la titularidad pública del ICS e incluirlo en el epígrafe de entidades de derecho público de los presupuestos de la *Generalitat de Catalunya*, dando cumplimiento a la naturaleza jurídica que le otorga la Ley 8/2007. El objetivo era impulsar el desarrollo de la Ley y permitir que el ICS evolucionara y se configurara como una verdadera empresa pública, más ágil, descentralizada, eficiente, sostenible, competitiva, adaptable a los cambios y cercana a las necesidades asistenciales de la población, disponiendo de los mismos instrumentos de gestión que el resto de empresas públicas del sector.

MARCO CONTEXTUAL

En el marco de lo dispuesto en el artículo 12 de la Ley 8/2007, la resolución del Parlamento también pedía promover la integración territorial del ICS con el resto de proveedores de la red sanitaria de utilización pública, con el fin de facilitar la coordinación asistencial en el marco del *Pla de Salut de Catalunya*.

En 2010 se aprueba la constitución del SISCAT, *Sistema Sanitari Integral d'Utilització pública de Catalunya*, para unir en una sola red los centros de agudos del ICS y de la XHUP, los centros de atención primaria, los sociosanitarios y las entidades de transporte sanitario. El decreto de creación del SISCAT introduce un elemento que modifica las bases mismas del modelo y redefine el carácter puramente público de la nueva red sanitaria (Departament de Salut, 2010).

En el marco de este contexto, consciente de los retos a los que deben dar respuesta los sistemas sanitarios, el 6 de febrero de 2013, en la Comisión de Salud del Parlamento de Cataluña, el Consejero de Salud propuso a los grupos parlamentarios impulsar los trabajos para lograr un acuerdo para la salud en Cataluña, en el marco de un modelo propio.

Mediante este acuerdo, se definirían unas bases del sistema sanitario catalán, estables y consensuadas por todos los agentes implicados (Generalitat de Catalunya, 2014).

Finalmente, la Ley 2/2015, de presupuestos de la *Generalitat de Catalunya* para 2015, (Departament de la Presidència, 2015) situó el ICS dentro del epígrafe de las entidades de derecho público sometidas al ordenamiento jurídico privado y las entidades asimiladas a efectos presupuestarios.

El Centro escogido para el estudio pertenece al grupo de hospitales del SISCAT, siendo un hospital privado de utilización pública.

3.2. Contexto del estudio

La base que ha guiado, tanto la elección del contexto, como de la muestra ha sido la propia metodología cualitativa. El objetivo del muestreo es comprender el fenómeno de interés, por tanto, se trabaja sobre muestras seleccionadas

intencionadamente, de manera que se elige a los individuos y el contexto, según las siguientes preguntas:

¿En qué contexto es posible reunir la mayor y mejor información acerca del objeto de estudio?

¿Quiénes pueden aportar mayor información acerca del fenómeno de estudio?

¿Quiénes están más dispuestos a informar?

¿Quiénes son más capaces de comunicar la información con precisión?

Para ello, se llevará a cabo la recogida de datos de los profesionales de enfermería que trabajan en el centro hospitalario *Fundació Privada Hospital Asil de Granollers* (FPHAG), hospital de referencia de la comarca del Vallés Oriental.

Es importante que el estudio de la calidad de vida profesional sea realizado dentro de un contexto que esté sometido a las mismas características (Segurado & Agulló, 2002), ya que éste no es un concepto global, estable y genérico. El contexto debe analizarse de una forma dinámica, teniendo en cuenta las experiencias cotidianas de trabajo para un grupo de trabajadores concretos y con un entorno socioeconómico particular, es decir en una organización concreta.

La Fundació Privada Hospital Asil de Granollers (FPHAG) («Hospital General de Granollers», 2016), es un centro de atención sanitaria, sociosanitaria y social, integrado en el “*Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya*” (SISCAT).

La Fundación está integrada por el Centro Geriátrico Adolfo Montañá y por el Hospital General de Granollers, que es el Hospital de referencia del Vallés Oriental. Una comarca interior de 851 km² que, actualmente, tiene una población de 399.900 habitantes. El Hospital tiene una línea asistencial para enfermos agudos y una línea de atención sociosanitaria. El Centro Geriátrico cuenta con una residencia para personas mayores con capacidad para 52 personas.

Paralelamente, y desde finales del año 2003, la Entidad, a través de la Fundación Bertran de Seva, para la Gestión de Servicios Sanitarios y Sociales, se encarga de la gestión del Hospital de día Sant Jordi, un centro para el tratamiento de enfermos

MARCO CONTEXTUAL

con demencias y trastornos cognitivos (enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencias), con capacidad para 40 personas.

La Fundación está gobernada por un Patronato, que actualmente se rige por los estatutos aprobados en 1993. La misión de la Institución es servir a la población, ofreciendo los servicios sanitarios y sociosanitarios que contribuyan de forma integral y personalizada a la mejora de su salud y de su calidad de vida, con rigor, compromiso, excelencia y con el reto de la mejora continua.

La vertiente docente de la Fundación es un punto muy importante en la vida de la Institución, en lo referente a la formación de grado, postgrado y pregrado. Desde el año 2011, se ofrece formación a estudiantes del grado de Medicina de la Universidad Internacional de Cataluña (UIC), realizando prácticas en el centro de las especialidades de los Aparatos Cardiovascular y Respiratorio, Neurología y Urgencias. También se forman, por el sistema MIR, médicos de diversas especialidades, así como especialistas en farmacia hospitalaria y comadronas. En cuanto a la formación de pregrado, la institución colabora con varias universidades y escuelas universitarias («Hospital General de Granollers», 2016).

El origen del Hospital General de Granollers se sitúa hacia el 1328, cuando Bertran de Seva, abogado y ciudadano de Barcelona, creó una institución de acogida para pobres peregrinos y enfermos. Situado en un edificio gótico, del que ha perdurado la nave gótica, conocida hoy como sala Francesc Tarafa, el hospital dependió durante dos siglos de la familia fundadora, que designaba un clérigo como administrador del centro. En 1521 el establecimiento pasó a depender del municipio.

En 1844, el hospital se trasladó al antiguo convento de Capuchinos, que a principios del siglo XX ya se mostró insuficiente y afectado por el cambio del trazado de la vía del ferrocarril. Entonces, se inició una campaña -encabezada por Francesc Ribas- para construir un nuevo hospital, que se financió gracias a las aportaciones de numerosos ciudadanos y entidades. El nuevo hospital se inauguró al pie de la carretera de Cardedeu, el 25 de julio de 1923, con una capacidad para 80 camas.

En 1971 se inauguraba un nuevo pabellón de tres plantas, que se ampliaría en altura con cuatro plantas más en 1978. En el mismo recinto, en 1984 entró en funcionamiento el Centro geriátrico Adolfo Montañá, que sustituía el antiguo asilo. En 1995 el centro renovó y amplió una vez más sus instalaciones, con el fin de adaptarlo a las necesidades de una población creciente y a los avances tecnológicos: nuevas plantas de hospitalización, una unidad de cuidados intensivos, nuevos quirófanos, salas de parto y central de esterilización (Barbany i Ciurans, 1999).

El 20 de noviembre de 2009 se inauguró el nuevo edificio de Consultas Externas, la última ampliación del Hospital. Esta nueva construcción de 13.000 metros cuadrados, consta de 76 consultorios, 21 gabinetes de exploración, 38 plazas de hospital de día y 2 quirófanos de cirugía menor ambulatoria. El nuevo equipamiento está diseñado para ofrecer el máximo confort, accesibilidad y comodidad para los usuarios, con unas instalaciones modernas, amplias y luminosas, y un sistema de gestión de colas automatizado que facilita la organización y gestión de las consultas.

La FPHAG es un centro sanitario vivo y dinámico que trabaja intensamente en la mejora continua del servicio que presta a los ciudadanos. Con esta premisa, el año 2010 se hicieron las últimas reformas que introdujeron mejoras estructurales y funcionales en el Servicio de Urgencias. Las medidas adoptadas han facilitado la información a los usuarios, se ha reducido el tiempo de espera, se ha aumentado la capacidad de atención asistencial y se han ampliado y mejorado las instalaciones haciéndolas más cómodas, tanto para los profesionales como para los ciudadanos.

Actualmente están contratadas un total de 1583 personas, de las cuales, 851 son profesionales de enfermería, entendiéndolo como Enfermeras y Auxiliares de enfermería. («Hospital General de Granollers», 2016)

3.3. Profesionales objeto de estudio

Como ya se ha mencionado los profesionales estudiados son enfermeras y auxiliares de enfermería. Dentro del centro estudiado en las unidades de hospitalización se encuentra una proporción similar de enfermeras y de auxiliares

MARCO CONTEXTUAL

de enfermería. Cada equipo está formado por las dos categorías profesionales y tienen asignado un número de pacientes. En otras áreas como urgencias, unidad de cuidados intensivos o quirófano están presentes también ambas categorías pero en estos casos la proporción de enfermeras es superior y los auxiliares tienen asignadas otras tareas. En el área ambulatoria ocurre al contrario, la proporción es más alta para auxiliares de enfermería, las cuales se ubican en las consultas médicas realizando funciones como auxiliares del médico.

La Enfermera

En las últimas décadas las funciones y responsabilidades de las enfermeras se han ido concretando. Según el Consejo General de Enfermería, en el artículo 54 de sus estatutos (Real Decreto, 1231/2001), estas funciones y responsabilidades son:

- Las funciones del enfermero/a derivan directamente de la misión de la enfermería en la sociedad, se llevan a cabo de conformidad con el Código Deontológico de la Enfermería española, de acuerdo con los criterios de calidad y excelencia profesional, y se mantienen constantes independientemente del lugar o del momento en que son prestados los cuidados de enfermería, el estado de salud del individuo o del grupo que vaya a ser atendido o de los recursos disponibles.
- Incumbe a la profesión de enfermería la responsabilidad de proporcionar de forma individual o, en su caso, de forma coordinada dentro de un equipo de salud, los cuidados propios de su competencia al individuo, a la familia y a la comunidad, de modo directo, continuo, integral e individualizado, mediante una formación y una práctica basada en principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad de la atención.
- Los cuidados de enfermería comprenden la ayuda prestada por el enfermero en el ámbito de su competencia profesional a personas, enfermas o sanas, y a comunidades, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y establecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna (Consejo General de Enfermería, 2016).

Por su parte, el artículo 7.1 de la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesionales Sanitarias (LOPS, 2003) establece las competencias de las enfermeras:

- La prestación personal de cuidados o servicios propios de su competencia profesional en las diferentes fases del proceso de atención de salud, sin detrimento de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los diferentes profesionales que intervienen en el proceso.
- La dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a promover, mantener y recuperar la salud, como también prevenir las enfermedades y discapacidades.

Como ya se ha mencionado en el marco teórico, y teniendo en cuenta el modelo de bifocal (Carpenito, 2002), las enfermeras son responsables de tratar dos tipos de juicios clínicos: los que se derivan de la práctica autónoma de los cuidados y los relacionados con los problemas interdisciplinarios (problemas que presentan las personas, familias y/o comunidades que son abordados en su conjunto por los miembros del equipo de salud).

Auxiliares de Enfermería

Los enfermeros auxiliares son conocidos como *técnicos en cuidados auxiliares de enfermería* (TCAE), *técnicos auxiliares de enfermería* o *auxiliares de enfermería*. Se encuentran integrados en el Área de Enfermería, generalmente están presentes en los mismos lugares de trabajo que los enfermeros y médicos, complementando su labor. Desarrollan su actividad profesional en el sector sanitario, como integrantes de un equipo interdisciplinar, en organismos e instituciones del ámbito público y en empresas privadas, en todos los niveles del Sistema Nacional, en centros sanitarios de Atención Especializada, Atención Primaria, residencias geriátricas, centros de día y centros socio sanitarios, viviendas tuteladas o centros privados con servicios a personas mayores, centros de salud mental públicos o privados o, en su caso, como integrantes de un Equipo de Salud en la asistencia sanitaria (Calvo-Fernandez, García-Fernandez, & Martín del Burgo, 2013).

MARCO CONTEXTUAL

Forman parte del equipo de enfermería y proporcionan asistencia al paciente bajo la supervisión de las enfermeras. Realizan funciones tales como la alimentación, higiene, vestido, cuidado, o movilización (Generalitat de Catalunya, 2003).

Teniendo en cuenta la evolución del TCAE, haremos un breve repaso de ésta a lo largo de su historia.

- 1960: aparición de los primeros Auxiliares de Clínica, sin formación académica alguna exigida. Bajo la dependencia funcional y supervisión de los ATS., se dedican a cubrir las necesidades más básicas de los pacientes.
- 1973: aprobación del Estatuto de Personal Sanitario No Facultativo de la Seguridad Social (Orden del Ministerio de Trabajo de 26 de Abril de 1973) en el que por primera vez, legislativamente, se recoge la figura del Auxiliar de Clínica.
- 1975: inicio de la formación profesional del Auxiliar de Clínica con la puesta en marcha del Título de Formación Profesional, Rama Sanitaria (FP I).
- 1984: exigencia del título de FP, Rama Sanitaria (FP I) a todos aquellos trabajadores Auxiliares de Clínica que pretendan trabajar en instituciones sanitarias de la Seguridad Social.
- 1986: la Orden de 26 de Diciembre de 1986 del Ministerio de Sanidad y Consumo crea la categoría profesional del Auxiliar de Enfermería sustituyendo a la de Auxiliar de Clínica, produciéndose, así, la plena integración en los equipos de enfermería.
- 1990: la Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) produce cambios importantes en la enseñanza reglada de la FP en España. Mediante los Decretos 546/1995 y 558/1995 se establece el currículo formativo y la nueva denominación del título: Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

En el estudio “Libro Blanco de la profesión de Técnico de enfermería”, se describe la profesión, las competencias, funciones y estructura de estos profesionales (Calvo-Fernandez et al., 2013).

1. De conformidad con el artículo 35.1 de la Constitución *“son profesionales del área sanitaria de Formación Profesional quienes ostentan los títulos de Formación*

Profesional de la familia profesional sanidad, o los títulos o certificados equivalentes a los mismos”.

2. Los profesionales del área sanitaria de Formación Profesional se estructuran en los siguientes grupos:

- De grado superior: quienes ostentan los títulos de Técnico Superior en Anatomía Patológica y Citología, en Dietética, en Documentación Sanitaria, en Higiene Bucodental, en Imagen para el Diagnóstico, en Laboratorio de Diagnóstico Clínico, en Ortoprotésica, en Prótesis Dentales, en Radioterapia, en Salud Ambiental y en Audio prótesis.
- De Grado Medio: quienes ostentan los títulos de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y en Farmacia.

Los TCAE son titulados de Formación Profesional de Grado Medio con una formación a realizar durante dos cursos académicos. Asumen competencias y funciones propias, además de las delegadas, como otros profesionales sanitarios, por distintos tipos de profesionales: en unos casos por el personal enfermero, bajo supervisión, y en otros casos por los médicos, bajo prescripción.

Los Técnicos de Enfermería, al igual que hoy día otros profesionales, se encuentran sometidos a la definición, evaluación y certificación de su competencia profesional, de cara a mejorar su formación y cualificación.

Las técnicas y conocimientos tecnológicos que abarca su profesión incluyen la administración y organización de los recursos en su área de competencia, las técnicas asistenciales y de cuidados al paciente, la higiene y cuidado del medio en que se encuentra el paciente, las técnicas instrumentales de limpieza y esterilización del material, las ciencias psicosociales aplicadas y las técnicas especiales de salud bucodental.

En general, se agrupan en:

- a) Actividades derivadas de las tareas asistenciales propias.

MARCO CONTEXTUAL

- b) Actividades derivadas de actividades organizativas (como archivo de documentos y registros, reposición de material, ordenación de almacenes, etc.).
- c) Actividades derivadas de la relación con el trabajo en equipo (información a otros profesionales sanitarios de todo lo relevante, reuniones, participación en comités y comisiones, etc.).

A pesar de no poder ser considerada una profesión, ya que no cumple todos los requisitos necesarios, las competencias asociadas a estos trabajadores están relacionadas, por una parte, con los contenidos de textos legales que regulan la titulación y la formación y que determinan competencias no excluyentes en la realidad asistencial de estos profesionales sanitarios. Por otra parte, están relacionadas con normas de las Administraciones Públicas/Privadas, como empleadoras de los Técnicos de Enfermería.

A este profesional, en el marco de las funciones y objetivos asignados por profesionales de nivel superior al suyo, se le requerirá capacidad de autonomía en su campo de actuación, concretamente en lo que se refiere a:

- Mantenimiento, conservación y limpieza del material sanitario requerido para la asistencia en una consulta, unidad o servicio.
- Mantenimiento del orden, limpieza y condiciones higiénico-sanitarias del paciente y su entorno.
- Citación y registro de los datos de los pacientes.
- Aplicación de cuidados auxiliares de enfermería.
- Aplicación de técnicas de primeros auxilios.
- Administración de medicación por vía oral, rectal y tópica.
- Participación en la preparación de la medicación (dispensación de unidosis, preparación de parenterales) bajo la supervisión del Diplomado o Grado de Enfermería.
- Manejo, calibración, mantenimiento de uso y control del equipo, y material a su cargo.

Su trabajo está íntimamente ligado a la enfermera. En el caso de la atención asistencial en centros hospitalarios, estos profesionales forman parte del equipo de enfermería, por lo que podemos considerar que persiguen objetivos comunes, aunque sus tareas sean delegadas por la enfermera, que es quien ostenta la responsabilidad.

IV. METODOLOGÍA

En este capítulo se describe la metodología utilizada en el estudio, se inicia con un apartado común en el que se muestran las preguntas de investigación y los objetivos planteados. A continuación se divide en dos secciones: la primera, correspondiente a la metodología del estudio cuantitativo y la segunda, acerca de la perspectiva cualitativa. Dentro de este marco metodológico se definen las consideraciones éticas tenidas en cuenta.

4.1. Preguntas de investigación

- ¿Cuál es la situación actual de calidad de vida laboral de los profesionales de enfermería del Hospital General de Granollers?

Con esta pregunta se determinará el grado de calidad de vida profesional de los profesionales de enfermería para dimensionar el problema y determinar que factores influyen. Determinaremos de forma inicial como se comporta el fenómeno de estudio dentro de la población estudiada.

- ¿Qué entienden los profesionales por calidad de vida profesional? ¿Qué satisface profesionalmente al personal de enfermería asistencial? ¿Cuáles son los factores que estresan profesionalmente el personal de enfermería asistencial? ¿La institución en la que prestan sus servicios es partícipe de motivación profesional? ¿Se siente el personal de enfermería apoyado por la institución? ¿El personal de enfermería asistencial ejerce con gusto su profesión?

Con este grupo de preguntas nos acercaremos a los sentimientos, experiencias y actitudes de los profesionales en cuanto a los factores que tienen que ver con la calidad de vida profesional. Identificando los elementos que producen satisfacción, situaciones que provocan estrés, y el apoyo laboral que perciben los profesionales en el ejercicio diario de su profesión.

- Teniendo en cuenta lo anterior ¿cuál sería el modelo de calidad de vida profesional para los profesionales de enfermería?

Con esta pregunta se ofrecerá un modelo de confort profesional obtenido a partir del análisis de el fenómeno de la calidad de vida profesional de los profesionales de enfermería.

METODOLOGÍA

4.2. Objetivos

4.2.1. Objetivos principales

1. Describir los factores que intervienen en la calidad de vida profesional percibida, de los profesionales de enfermería .
2. Describir y analizar la percepción acerca de la calidad de vida profesional de la enfermería del hospital.
3. Conocer sus propuestas sobre los componentes clave de un modelo de Confort laboral para este colectivo profesional.

4.2.2. Objetivos secundarios

Vinculado al primer objetivo se han establecido:

- Describir las características socio-laborales de los profesionales de enfermería que trabajan la Fundació Privada Hospital Asil de Granollers.
- Determinar el nivel de motivación intrínseca, apoyo laboral y demandas de trabajo, con respecto al trabajo que perciben los profesionales de enfermería según sus características socio-laborales.
- Determinar el grado calidad de vida profesional de los profesionales de enfermería según sus características sociolaborales.

Vinculado al segundo objetivo:

- Conocer los conocimientos, actitudes, sentimientos, creencias y experiencias respecto a la calidad de vida laboral, de los profesionales de enfermería
- Identificar los elementos que generan satisfacción en los profesionales de enfermería.
- Identificar los elementos que provocan estrés en los profesionales de enfermería.
- Conocer cómo repercute su situación laboral en su vida personal y su vida personal en la laboral.

Vinculado al tercer objetivo:

- Determinar los factores que influyen en la calidad de vida laboral de la enfermera.
- Establecer un modelo de mejora que favorezca el confort del profesional de enfermería de la Fundació Privada Hospital Asil de Granollers.

4.3. Diseño de la Investigación.

La realidad estudiada es muy compleja, por sus múltiples relaciones e interacciones con el contexto, con la familia, con la profesión y con el mundo propio de los participantes en el estudio; por ello se necesitó una metodología que permitiera comprender las múltiples interacciones de estos profesionales en su calidad de vida, y se escogió trabajar con la investigación cualitativa-descriptiva, utilizando como método la Teoría Fundamentada, propuesta por Glaser y Strauss (1967), cuyo referente epistemológico está en el interaccionismo simbólico.

Es preciso estudiar el fenómeno de la calidad de vida profesional enfermera y su implicación en la praxis de enfermería desde una perspectiva cualitativa para construir una teoría fundamentada de forma empírica, a partir de las opiniones, de los sentimientos y puntos de vista de los actores, se resalta con ello la percepción del trabajador. Los alcances de esta investigación son amplios en cuanto a la aplicación del método (exploratorio, descriptivo, fenomenológico), y se consideran igualmente utilizables por cualquier empresa.

No obstante, teniendo en cuenta el objeto de estudio, la multitud de cuestionarios y estudios cuantitativos realizados al respecto, se ha investigado esta cuestión conociendo de forma cuantitativa cual era la situación en cuanto a calidad de vida profesional de los profesionales sometidos a estudio, por este motivo se ha realizado un estudio cuantitativo, basado en el cuestionario de Calidad de Vida profesional (CVP- 35), ya citado anteriormente, para determinar la calidad de vida profesional del equipo de enfermería. Se trata una estrategia para conocer como se comporta el fenómeno dentro de la población estudiada para luego realizar un análisis en profundidad del mismo.

METODOLOGÍA

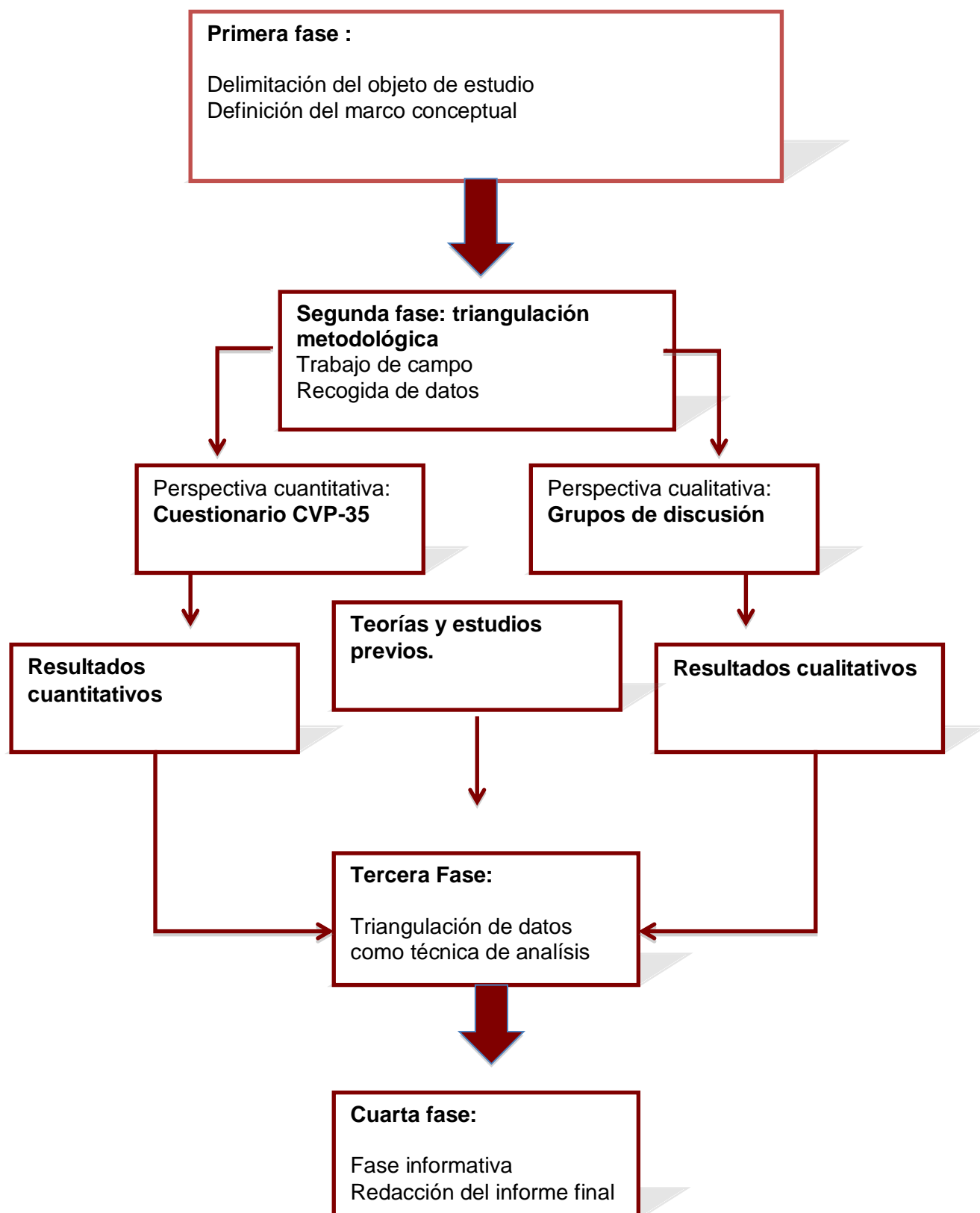
En coherencia con los objetivos, se obtuvo, inicialmente de forma cuantitativa, la percepción de los profesionales de enfermería en cuanto a la calidad de vida laboral, obteniendo así datos objetivos que ofrecieron elementos que contextualizaron el tema y permitieron así, a partir de unos datos cuantitativos sobre la calidad de vida profesional, los factores y variables influyentes, realizar un posterior análisis con metodología cualitativa para explorar y profundizar en la percepción del fenómeno de Calidad de vida profesional (March-Cerdà, Prieto-Rodríguez, Hernán-García, & Solas-Gaspar, 1999).

La fase inicial, cuantitativa recoge los datos acerca del grado calidad de vida profesional, los factores que influyen y su relación con la variables sometidas a estudio de una muestra de los profesionales del centro estudiado.

La investigación cualitativa permite hacer el análisis en profundidad que se enfoca desde el interaccionismo simbólico, que pone énfasis en las significaciones que las personas estudiadas ponen en práctica para construir su mundo social. El método elegido es la Teoría Fundamentada, a través del método inductivo se descubre y comprenden procesos sociales, conceptos, proposiciones emergidas de los datos basados en la realidad laboral de los participantes, y no de supuestos de otras investigaciones o marcos teóricos. Se trata de una conceptualización con base empírica. Es un proceso abierto y flexible, la validez del mismo se evalúa con respecto al objeto analizado.

La investigación se llevó a cabo siguiendo el esquema de la Figura 3.

Figura 3: Diseño de la investigación



METODOLOGÍA

4.4. ¿Porqué un estudio con triangulación metodológica?

La triangulación hace referencia al uso de varios métodos (tanto cuantitativos como cualitativos), de fuentes de datos, de teorías, de investigadores o de ambientes en el estudio de un fenómeno.

Al utilizar en la triangulación diferentes métodos se busca analizar un mismo fenómeno a través de diversos acercamientos. Aunque generalmente se utilizan distintas técnicas cualitativas, se pueden utilizar tanto cuantitativos como cualitativas en conjunto (García-González, 2010; Okuda-Benadives & Gómez-Restrepo, 2005).

Las técnicas cuantitativas y cualitativas son, en consecuencia, complementarias según Jick (1979), y la habilidad de combinar estas técnicas permite aprovechar los puntos fuertes de cada una de ellas y cruzar datos. Por lo tanto, cuanto mayor sea la variedad de metodologías empleadas para la investigación mayor será la fiabilidad de los resultados finales (Rodríguez-Ruiz, 2005).

Se ha decidido, teniendo en cuenta lo anterior, realizar un estudio con triangulación metodológica, considerando que la investigación cualitativa, da respuesta al fenómeno sometido a éste estudio, reconoce la existencia de múltiples realidades y busca los significados y la aproximación holística al objeto de estudio mediante la utilización de un proceso inductivo, estudiando a los sujetos en su contexto natural (Vázquez et al, 2006), describe e interpreta un fenómeno para conocerlo de manera compleja y profunda, y no mide resultados (de la Cuesta-Benjumea, 2005). Por este motivo, y para obtener una medida sobre el fenómeno de estudio se ha optado también por la opción cuantitativa, que nos permitirá medir los resultados del objeto de estudio dentro de la población estudiada.

Se trata entonces de un tipo de triangulación metodológica denominada la triangulación intermétodos (Rodríguez-Ruiz, 2005), que permite medir el grado de validez externa de los datos. Trata de comprobar que los resultados no son consecuencia de la utilización de un método particular, para ello estudia el fenómeno mediante el empleo de métodos cuantitativos y cualitativos. Así mismo,

la utilización de múltiples métodos permite desarrollar un programa de investigación sistemático. De este modo cada uno de los métodos utilizados en el presente estudio, generará un estudio completo y los resultados obtenidos nos facilitarán un entendimiento global del objeto de estudio, el fenómeno de calidad de vida profesional.

4.5. Aspectos éticos

El estudio se desarrollará según la legislación vigente sobre los principios éticos de toda práctica científica.

Se solicitó el consentimiento y se obtuvo la aprobación del proyecto por parte del comité de Investigación del Centro (Anexo 1).

Se solicitó el consentimiento a los participantes en la fase cuantitativa mediante una carta de presentación del estudio unida al cuestionario (Anexo 2).

La investigación científica y la utilización del conocimiento obtenido a raíz de las búsquedas efectuadas demandan conductas éticas en el investigador. Una investigación con componentes humanos y con procesos interactivos, exige una responsabilidad ética que ningún investigador puede eludir. La investigación cualitativa incluye todas las consideraciones éticas que son pertinentes para la ciencia en general, pero tiene unos retos concretos relacionados con las características de las personas como individuos y seres sociales (González-Ávila, 2002).

En su esencia, la investigación interpretativa es más penetrante, más sensible, y más cercana que la investigación experimental, y por este motivo, puede llegar a exponer las personas y hacerlas más vulnerables. Por lo tanto exige una conciencia ética clara por parte del investigador respecto a las relaciones, los procedimientos

Según González-Ávila (2002), velar por la ética en investigación implica tener en cuenta:

- *El valor social o científico. El problema de investigación debe plantear una*

METODOLOGÍA

mejora del bienestar de la ciudadanía, o bien que el conocimiento obtenido aporte soluciones aunque no sea de forma inmediata. El valor social o científico de la investigación es un requisito ético, que permite hacer un uso responsable de los recursos y garantizar a las personas de exponerlas a un riesgo sin la posibilidad de beneficio personal o social. Esta investigación se ha planteado con el fin de obtener una mejora para los profesionales del equipo de enfermería y aportar conocimiento sobre la Calidad de vida profesional.

- *La selección de la muestra. Los informantes deben ser escogidos por motivos vinculados a la finalidad del problema científico en estudio.* La selección de la muestra ha sido escogida de forma intencionada en función del fenómeno en estudio, considerando los profesionales que nos podían ofrecer más información acerca del fenómeno, tal y como se ha indicado en el apartado correspondiente.
- *El riesgo-beneficio. Se refiere a maximizar los beneficios y disminuir al máximo cualquier daño que pueda suceder.* Es responsabilidad de los investigadores la distribución equitativa de los riesgos y los beneficios que ocasiona la participación en la investigación. Los intereses de las personas deben prevalecer por encima de los beneficios de la ciencia y de la sociedad. Para ello se ha pedido la colaboración de los participantes de forma voluntaria teniendo en cuenta su disponibilidad.
- *El discurso libre. Dado que el carácter de la metodología se fundamenta mayoritariamente en el discurso y narración de los informantes, los investigadores deben comprometerse a asegurar la libre expresión sin coerción orientada por los intereses de la investigación.* En este estudio se ofrece la posibilidad de la libre expresión de los participantes y la investigadora se compromete a utilizar la información recibida sólo con la finalidad propuesta por esta investigación
- *El consentimiento informado. La finalidad del consentimiento informado es asegurar que las personas participan en la búsqueda sólo cuando es compatible con sus valores e intereses, y participan de forma voluntaria y con*

el conocimiento necesario y suficiente para decidir con criterio la aceptación en la colaboración en el proyecto. Se debe garantizar su anonimato y la confidencialidad de la información proporcionada, es decir, garantizar el derecho a preservar su privacidad. El consentimiento informado se justifica por la necesidad del respeto a las personas y sus decisiones autónomas. Estos requerimientos se garantizan por el documento de consentimiento informado que se presenta a los participantes de la investigación, respetando la posibilidad de que la persona decida abandonar el estudio en el momento que lo crea conveniente . Durante la investigación se ha tenido especial cuidado en preservar la identidad de los profesionales informantes. Se ha asignado un código a cada uno de ellos a la hora de hacer el análisis de los datos y emitir los resultados. Mediante la firma de un protocolo de consentimiento informado, elaborado específicamente para esta investigación, se ha obtenido el permiso de los participantes para registrar y transcribir sus conversaciones, y al mismo tiempo se ha garantizado la confidencialidad y su anonimato (documento consentimiento informado en Anexo 3). Los datos personales serán tratados con confidencialidad siguiendo la disposición de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (15/1999 del 13 de diciembre, LOPD).

- *La presencia de testigos idóneos.* La presencia de observadores expertos y el uso de aparatos que registren en soporte reproducible los discursos obtenidos en los grupos de discusión, es una medida que puede complementar, o sustituir en algunos casos, el consentimiento informado firmado por escrito. Durante las sesiones de grupo de discusión hemos disfrutado de un observador experto y se ha utilizado como elemento logístico una grabadora de voz.

METODOLOGÍA CUANTITATIVA

4.6. Metodología del estudio cuantitativo.

Se realizó un estudio observacional transversal.

4.6.1. Objetivos

Describir los factores que intervienen en la calidad de vida profesional percibida, de los profesionales de enfermería .

Objetivos secundarios

- Describir las características socio-laborales de los profesionales de enfermería que trabajan la Fundació Privada Hospital Asil de Granollers.
- Determinar el nivel de motivación intrínseca, apoyo laboral y demandas de trabajo, con respecto al trabajo que perciben los profesionales de enfermería según sus características socio-laborales.
- Determinar el grado calidad de vida profesional de los profesionales de enfermería según sus características socio-laborales

4.6.2. Población de estudio

La población objetivo de este estudio comprende los profesionales del equipo de enfermería que trabajan en la FPHAG. Se incluyen las categorías profesionales de enfermeras y auxiliares de enfermería, con un total de 851 profesionales, de los cuales 514 son enfermeras y 337 Auxiliares de enfermería.

4.6.3. Muestra

Para la distribución del cuestionario se ha escogido el formato on-line, para llegar a todos los profesionales de la institución y poder alcanzar un tamaño muestral suficiente. El tamaño muestral se calculó según la fórmula para poblaciones finitas $[NZc^2 PQ / n= d^2 (N - 1) + Zc^2 PQ]$. Teniendo en cuenta los antecedentes identificados en la literatura, se utilizó una p de 0,35 (q: 0,65), con un nivel de confianza de 95% y unas pérdidas del 10%, con lo que la muestra estimada para el estudio es de 212 sujetos.

Criterios de inclusión/exclusión:

Para formar parte de la muestra de estudio, los sujetos deberán cumplir los siguientes criterios:

- **Inclusión:**
 - Que acepten participar voluntariamente en el estudio.
 - Que actualmente estén contratados.
 - Que tengan un mínimo de un año de antigüedad en el centro.
- **Exclusión:**
 - Que no dependan de la dirección de enfermería.³

Se obtuvieron inicialmente 262 respuestas, de las cuales se eliminaron 18 por no estar completas, o presentar errores. Finalmente, la muestra de estudio estuvo formada por 244 cuestionarios, lo que representa un 28,67 % del total de la población.

4.6.4. Instrumentos

Se utilizó un **cuestionario** (anexo 1) que recogía información laboral, datos sociodemográficos, carga familiar y calidad de vida profesional. Las variables sociodemográficas recogidas fueron edad, sexo, y situación familiar. Se obtuvo información sobre el número de hijos (y su edad), la situación laboral de la pareja y el número de familiares dependientes e institucionalizados, como indicadores de la carga familiar. La información sobre la situación laboral incluía la categoría profesional, antigüedad, área de trabajo, turno, situación contractual y jornada laboral.

La calidad de vida profesional se evaluó mediante el Cuestionario de Calidad de Vida profesional (CVP-35). El CVP-35 constituye uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la calidad de vida en el trabajo. Propuesto por García-Sánchez (1993) y construido bajo el marco teórico del modelo de Karasek

CXXIII_____

³Existen profesionales de enfermería en el centro que perteneciendo al colectivo enfermero, tanto auxiliares de enfermería como enfermeras que realizan actividades pertenecientes a otras direcciones o departamentos, como dirección de calidad, de recursos humanos, documentación clínica etc.. Se ha considerado excluir a estos profesionales ya que no desarrollan funciones asistenciales o relacionadas con la asistencia a pacientes.

METODOLOGÍA CUANTITATIVA

(demandas-control-apoyo social), fue validado por Cabezas-Peña (2000). La escala, ha sido ampliamente utilizado en el contexto sanitario, especialmente en Atención Primaria (Cortés-Rubio et al., 2003), probando su validez de constructo y fiabilidad (Martín et al., 2004). Presenta unas excelentes propiedades métricas que garantizan su utilidad como una herramienta adecuada para la medición de la calidad de vida en enfermería. (Cabezas-Peña, 2000; Casas, Repullo, Lorenzo, et al., 2002a; Martín et al., 2008; Tomás-Sábado et al., 2011). El CVP-35 consta de 35 ítems, con un formato de respuesta tipo Likert, de 1 a 10, que incluye 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). Los ítems se agrupan en tres dimensiones o factores que han sido denominados: apoyo laboral, carga de trabajo y motivación intrínseca. Además se considera la pregunta “*calidad de vida de mi trabajo*” como indicador de la calidad de vida global.

En la tabla 6 se muestran los ítems del cuestionario para cada una de las dimensiones.

Tabla 6: Distribución de los ítems de la escala CVP-35 según la estructura trifactorial

Variable	Dimensión	Indicador
Calidad de Vida Profesional	Apoyo directivo	Satisfacción con el tipo de trabajo Satisfacción con el sueldo. Posibilidad de promoción. Reconocimiento de mi esfuerzo. Apoyo de mis jefes. Apoyo de mis compañeros. Posibilidad de ser creativo. Recibo información de los resultados de mi trabajo. Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito. Mi empresa trata de mejorar la CV de mi puesto. Tengo autonomía o libertad de decisión. Variedad en mi trabajo. Es posible que mis respuestas sean escuchadas y aplicadas.
	Carga de trabajo	Calidad de trabajo que tengo. Presión que recibo para mantener la cantidad de mi trabajo. Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo. Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo. Conflicto con otras personas de mi trabajo. Falta de tiempo para mi vida personal. Incomodidad física en el trabajo. Carga de responsabilidad. Interrupciones molestas. Estrés esfuerzo emocional. Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud
	Motivación intrínseca	Motivación. Apoyo de mi familia. Ganas de ser creativo. Desconecto al acabar la jornada laboral. Capacitación necesaria para hacer mi trabajo. Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual. Mi trabajo es importante para la vida de otras personas. Lo que tengo que hacer queda claro. Me siento orgulloso de mi trabajo. Apoyo de mis compañeros.
	Calidad de vida global	Calidad de vida de mi trabajo.

4.6.5. Procedimiento de recogida de datos.

El cuestionario se administró de forma *online*, mediante la plataforma *e-encuesta*, a todos los profesionales de enfermería de la institución en el mes de junio de 2016. Los participantes dispusieron de 30 días para contestar el cuestionario. Pasado este plazo se realizaron recordatorios para la cumplimentación del mismo.

METODOLOGÍA CUANTITATIVA

Finalmente, se recogieron los datos definitivos en julio de 2016 para proceder al análisis de los mismos.

4.6.6. Metodología estadística.

Los datos obtenidos de los cuestionarios fueron tabulados y analizados mediante el software estadístico R-Project (The R Project for Statistical Computing).

Se describió globalmente mediante la media y desviación típica para las variables numéricas, y mediante la frecuencia absoluta y relativa (porcentaje) de cada categoría de las variables categóricas. Se calcularon las puntuaciones en cada una de las dimensiones del CVP-35 para los distintos subgrupos, según características sociodemográficas, de carga familiar, y laborales. Para cada subgrupo se muestra la media y desviación típica.

Dado que según la prueba de Shapiro-Wilk no se podía aceptar la normalidad de las distribuciones, las comparaciones de puntuaciones se realizaron mediante pruebas no paramétricas (test de Wilcoxon o Kruskal-Wallis). La representación gráfica de las subescalas según subgrupos se hizo mediante diagramas de caja (*boxplots*)

Se describió la muestra según la respuesta a la pregunta única de calidad de vida (ítem 34 del cuestionario CVP-35) mediante los mismos índices de descripción global de la muestra (descritos en el primer párrafo de esta sección). Se comparó cada una de las características de estudio según la respuesta a la pregunta única de calidad de vida mediante el t-test y ANOVA para las variables numéricas y mediante el test exacto de Fischer para las variables categóricas. Se calcularon los estadísticos, para los cruces de variables numéricas con variables dicotómicas la T del t-test y para las que cruzan variables numéricas con variables categóricas de más de dos categorías, la F del ANOVA. Para el resto de cruce de variables categóricas se calculó de forma exacta e inmediata el p-valor. Finalmente, se realizaron gráficos de barras agregadas para representar el patrón de respuesta al ítem según las características de estudio.

En todas las pruebas de contraste de hipótesis, el nivel de significación exigido fue de un alfa igual o menor a 0,05.

4.7. Metodología estudio cualitativo.

4.7.1. Objetivos

Objetivos principales

- Describir y analizar la percepción acerca de la calidad de vida profesional de la enfermería del hospital.
- Conocer sus propuestas sobre los componentes clave de un modelo de Confort laboral para este colectivo profesional

Objetivos secundarios:

- Conocer los conocimientos, actitudes, sentimientos, creencias y experiencias respecto a la calidad de vida laboral, de los profesionales de enfermería
- Identificar los elementos que generan satisfacción y que provocan estrés en los profesionales de enfermería.
- Conocer cómo repercute su situación laboral en su vida personal y su vida personal en la laboral.
- Determinar los factores que influyen positivamente en la calidad de vida laboral de la enfermera.
- Establecer un modelo de mejora que favorezca el confort del profesional de enfermería de la *Fundació Privada Hospital Asil de Granollers*.

4.7.2. Metodología cualitativa

Tal y como indica Martínez-Miguélez (2006), la investigación cualitativa nos va a ayudar en profundizar sobre el fenómeno de estudio y integrar los conceptos estudiados. *“De esta manera, la investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones. De aquí, que lo cualitativo (que es el todo integrado) no se opone a lo cuantitativo (que es sólo un aspecto), sino que lo implica e integra, especialmente donde sea importante”*(p.127).

METODOLOGÍA CUALITATIVA

El estudio cualitativo, nos va permitir entrar en el detalle de las dimensiones propuestas por el cuestionario (March-Cerdà et al., 1999).

Flick (2004), a partir de una perspectiva actualizada de los enfoques cualitativos, redefine las características de la perspectiva cualitativa del siguiente modo:

- Es una estrategia de investigación para estudiar la realidad compleja en su entorno social, con diversidad y pluralidad de estilos de vida y maneras de vivir.
- Su objetivo es diseñar métodos abiertos que permitan la complejidad del objeto en estudio.
- Los objetos de estudio no se reducen a variables individuales, sino que se estudian en su complejidad y contexto cotidiano.
- No se estudian situaciones artificiales en el laboratorio, sino prácticas e interacciones de los sujetos en la vida cotidiana.
- La finalidad de la investigación no es tanto examinar lo que ya se conoce bien, como descubrir lo nuevo y desarrollar teorías fundamentadas empíricamente.
- La validez del estudio se evalúa con respecto al objeto analizado.

Los criterios centrales en la investigación cualitativa son:

- Los hallazgos se fundamentan en material empírico.
- Los métodos se seleccionan y aplican en función del objeto en estudio.

El enfoque del diseño de estudio es flexible y abierto, se rige por el trabajo de campo y se va adaptando a sus condiciones, de esta manera se guía el proceso de investigación (González-Gil, 2009). En toda investigación se siguen de forma esquemática los siguientes pasos: primero recoger datos y segundo categorizarlos e interpretarlos, aunque no se realizan siempre en tiempos sucesivos, sino que se entrelazan de forma continua. En nuestro caso la observación y la interpretación son inseparables (Martínez-Miguélez, 2006).

El investigador cualitativo utiliza como instrumentos de investigación sus propias capacidades de percepción e interpretación, elementos propiamente humanos, y,

por tanto, subjetivos. Se reconoce, así, que el investigador constituye en sí mismo una herramienta de investigación (González-Gil, 2009).

Tal y como indica Íñiguez-Rueda (1999), escoger una metodología cualitativa no corresponde a una elección casual, el fenómeno de estudio que nos ocupa nos obliga a conocer las realidades laborales que afectan a los profesionales por lo que resulta necesario integrarse en ellos y dar una visión desde dentro. *“La opción por una metodología cualitativa no es arbitraria o fruto de una preferencia casual. Las ciencias humanas y sociales se ven implicadas siempre en procesos de comprensión e intervención de realidades que afectan a las personas, por lo que están obligadas a conocer exhaustivamente el contexto en el que actúan. Además, el hecho de estar orientadas hacia la intervención formando parte de la realidad social sobre la que operan hace imposible que puedan situarse en posición de exterioridad. En efecto, analistas, investigadores e investigadoras, agentes de todo tipo de intervención, personas, grupos, comunidades o instituciones, están incluidos conjuntamente en la realidad que estudian, por lo que únicamente desde «dentro», metiéndose en la piel de quienes viven la situación”* (p.496)

Flick (2004) destaca el valor que aporta el contexto, *“La investigación cualitativa se orienta a analizar casos concretos en su particularidad temporal y local, y a partir de las expresiones y actividades de las personas en sus contextos locales”* (p.27).

Existen diversos tipos de diseños cualitativos como la teoría fundamentada, diseños etnográficos y narrativos, los fenomenológicos y la investigación-acción (Hernández, Fernández, Baptista, 1997). Para este estudio se ha escogido la **Teoría fundamentada** como metodología de investigación, ha sido descrita en el apartado teorías que guían la investigación (pág. 85)

Se siguieron las indicaciones para la realización de estudios cualitativos establecidas por la Consolidated Criteria for reporting qualitative Research (COREQ) (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007)

Se identifican tres etapas en el proceso de investigación, en primer lugar la delimitación del objeto de estudio descrito en el marco teórico, la segunda etapa en la que se llevó a cabo el trabajo de campo, la técnica que se utilizó para la

METODOLOGÍA CUALITATIVA

consecución de los objetivos propuestos para la investigación cualitativa fue el grupo de discusión, en la tercera etapa se realiza el proceso de codificación y se delimita la teoría.

4.7.3. Instrumento de recogida de datos. Grupo de discusión.

En la investigación cualitativa resulta relevante la importancia del discurso y del significado. La información puede ser obtenida por una variedad de técnicas, como la observación participante, la entrevista en profundidad, la entrevista semiestructurada, las discusiones en grupos focalizados, etc. Además, dentro de este marco, el análisis del discurso tanto en textos escritos como orales y, en menor medida, el uso de material fotográfico y de video, son elementos valorados para llevar a cabo las investigaciones (Pedone, 2000).

La aproximación a las cogniciones sociales encuentra espacios metodológicos más allá del laboratorio o de la escalas, considerando más bien, las conversaciones y los intercambios verbales interpersonales y grupales en contextos naturales como material válido de estudio. Es aquí donde encuentra cabida el grupo de discusión (Pérez-Sánchez & Víquez-Calderón, 2010).

Los grupos de discusión (GD) tienen como objetivo el estudio de la producción discursiva de un grupo de personas, pudiendo indagarse tanto en el contenido de lo producido, en las interacciones que conducen a esta producción discursiva, como en el estudio de las secuencias de acción que posibilitaron el tipo de interacciones y los discursos producidos (Pérez-Sánchez & Víquez-Calderón, 2010). Se diferencia de los métodos de entrevista que pretenden indagar en una interpretación individual del mundo social o de la propia historia vital, los grupos de discusión obtienen la información de la producción del grupo ligado a los sentidos sociales. Se diferencian también de la entrevista grupal, en donde no se promueve la interacción entre los participantes, sino que los participantes discutan entre ellos sobre el tema de interés con una participación definida del moderador o la moderadora. Por lo que ha sido la técnica elegida para la recolección de los datos de este estudio.

Según Morgan (1998b) citado por Martínez Miguélez (2004), y Arboleda (2008), los grupos de discusión se desarrollaron en tres fases: primero, en la década de 1920-30, los científicos sociales los usaron con una gran variedad de propósitos, entre los cuales sobresalía el desarrollo de cuestionarios panorámicos. En segundo lugar, entre la segunda guerra mundial y la década de los 70, los grupos focales fueron utilizados principalmente por los investigadores del mercado para comprender los deseos y necesidades de la gente centrados en la mercadotecnia. Finalmente, desde 1980 en adelante, han sido usados por diferentes profesionales en estudios relacionados con la salud, la familia, la educación, la conducta sexual y otros tópicos sociales. En los últimos años, los científicos sociales han comenzado a considerar que, efectivamente, el GD es una importante técnica de investigación cualitativa y su uso se ha incrementado considerablemente en todos los campos de las ciencias humanas.

Los GD también han sido llamados grupos focales o *focus groups*. No obstante existen diferencias, en cuanto a origen y pretensiones. Los GD surgen de un interés científico social por la comprensión de temas en pequeños grupos, de acuerdo a una característica sociodemográfica que puede representar una población, o bien grupos naturales. Los grupos focales se asocian al estudio de actitudes y emociones asociadas a temas de interés, a productos o marcas, la investigación de mercadotecnia es una de las áreas que mas ha usado esta técnica (Arboleda, 2008; Pérez-Sánchez & Víquez-Calderón, 2010).

No obstante pese a esta distinción, Martínez-Miguélez (2004), integra los dos conceptos *discusión* y *focal* y lo describe así:

“El grupo focal de discusión es “focal” porque focaliza su atención e interés en un tema específico de estudio e investigación que le es propio, por estar cercano a su pensar y sentir; y es de “discusión” porque realiza su principal trabajo de búsqueda por medio de la interacción discursiva y la contrastación de las opiniones de sus miembros. El grupo focal es un método de investigación colectivista, más que individualista, y se centra en la pluralidad y variedad de las actitudes, experiencias y creencias de los participantes, y lo hace en un espacio de tiempo relativamente corto ” (p.2).

METODOLOGÍA CUALITATIVA

Por lo tanto los grupos de discusión poseen los elementos de la metodología cualitativa como la observación participativa y la entrevista en profundidad, son como *“un modo de oír a la gente y aprender de ella”* (Martínez-Miguélez, 2004 p.7). Los participantes en los mismos encuentran la experiencia más gratificante y estimulante que las entrevistas individuales.

Como instrumento cualitativo de recogida de datos, el GD presenta numerosas ventajas: ya que es un medio económico en cuanto a la disponibilidad de tiempo que requiere, los recursos financieros y los recursos tecnológicos (Pérez-Sánchez & Viquez-Calderón, 2010). Promueve la interacción grupal, ofrece información de primera mano, estimula la participación, posee un carácter flexible y abierto, y ofrece resultados relevantes (Vijier-Moreno & Huertas-Barros, 2010).

4.7.4. Participantes

Para la investigación cualitativa, la muestra se ha construido de forma intencional y de forma razonada (Pérez, 2004). El poder de la muestra no depende del tamaño de la misma, sino de la medida en que las unidades de muestreo aportan una información rica, profunda y completa. Por lo tanto lo que se persigue es una representación tipológica y no la representación estadística.

El objetivo principal del muestreo cualitativo reside en comprender un determinado hecho social al que cada investigador otorga un interés concreto, y donde en ninguno de los casos la intención es la de realizar generalizaciones en base a la muestra elegida. Por lo tanto esta muestra se escogió de manera intencionada.

Para dar respuesta a los objetivos marcados en esta investigación, la muestra está formada por tres tipologías de participantes: enfermeras, auxiliares de enfermería y enfermeras coordinadoras asistenciales.

La muestra debía ser rica en información, por eso fue necesario seleccionar los participantes que pudiesen ejemplificar las características de mayor interés, se utilizó un muestreo de conveniencia basado en la máxima variedad (Carrero et al., 2006) y consistió en seleccionar de forma deliberada una muestra heterogénea que

pudiese permitir observar los aspectos comunes de sus experiencias y identificar así la regularidad y la particularidad de todos los casos.

Para captar a los participantes se realizaron sesiones por todos los servicios del hospital para dar a conocer el estudio y pedir la colaboración de los profesionales para la participación en los grupos de discusión. Las sesiones tuvieron lugar durante los meses de marzo y abril de 2016, se informó a través del correo electrónico institucional para informar a todos los participantes de las sesiones de los horarios y lugares donde tendrían lugar (Anexo 3).

Los grupos de discusión estuvieron constituidos entre 6 y 9 personas, siguiendo las recomendaciones encontradas en la bibliografía (Pérez-Sánchez & Viquez-Calderón, 2010), que incluyeron enfermeras y auxiliares de enfermería teniendo en cuenta la proporción de estos colectivos dentro de la plantilla dependiente de la dirección de enfermería. Fueron grupos heterogéneos, formados por el personal de las diversas áreas del hospital, diferentes turnos, de distintas edades y con diferentes años de experiencia.

Se decidió realizar grupos heterogéneos, en cuanto a edad, servicio, experiencia o turno pero pertenecientes a una misma categoría profesional ya que se consideró que los profesionales de las tres categorías podían tener objetivos diferentes en su trabajo diario y los discursos podían ir por vías distintas, a la vez que resultaría más sencilla la expresión de sus sentimientos e inquietudes entre profesionales pertenecientes a la misma categoría profesional. La obtención de estos códigos en los distintos grupos, podían dar lugar a categorías comunes a todos los profesionales.

Se realizó también, un grupo de discusión formado por las enfermeras coordinadoras asistenciales de cada unidad. Fue necesario este grupo porque podrían ofrecer la visión de la enfermera, desde otro punto de vista, dado que su función es la de coordinar el equipo asistencial, siendo a su vez enfermeras que realizan tareas asistenciales. Se ha determinado que las enfermeras coordinadoras son las indicadas para formar parte de los GD ya que se trata de enfermeras expertas que poseen una visión directa de la enfermera asistencial, parte de su trabajo está destinado a la asistencia directa con el paciente y a su vez realizan

METODOLOGÍA CUALITATIVA

tareas de gestión y recogen muchas de las inquietudes y necesidades de las enfermeras asistenciales.

Las Variables consideradas de los participantes fueron : edad, sexo, categoría profesional (Enfermera/ Auxiliar Enfermería/ Coordinadora), unidad, turno, años de experiencia, situación contractual, situación familiar, hijos a su cargo y familiares a su cargo

Los informantes fueron, mujeres en su mayoría, siendo la proporción en la que se encuentran dentro del colectivo, aunque se consideró necesario disponer también de algunos informantes hombres que pudiesen ofrecer posibles distintos puntos de vista en relación a su género.

En cuanto a la edad, es necesario disponer de profesionales que posean suficiente experiencia, esta idea tiene que ver con el concepto de experiencia que describe Benner (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011b), aunque la aportación de las profesionales con pocos años de experiencia podía ofrecer unos puntos de vista que las expertas no pueden ofrecer. Por este motivo los años de experiencia de las participantes fueron variados teniendo en cuenta que debían poseer de tres años como mínimo de experiencia laboral en el centro para que pudiesen disponer de la suficiente experiencia para poder ofrecer su opinión.

La unidad o servicio al que pertenecen podía dar lugar a diferentes percepciones, ya que en cada servicio o unidad existe una cultura propia, una manera de hacer diferente por lo que se intuía que sus opiniones podían diferir según si pertenecían a un servicio u otro.

La situación contractual de los informantes es necesario tenerla en cuenta ya que los profesionales que disponen de un contrato con un horario planificado tendrán una percepción distinta de su vida laboral, de los que deben realizar un horario flexible en distintos turnos diversos horarios y con falta de planificación de la jornada laboral.

Teniendo en cuenta el trabajo de Girbau-García (2010), en el que se determina la influencia de la conciliación familiar –laboral en la satisfacción laboral de las

enfermeras, igual que en su estudio, se han considerado variables de situación y carga familiar para analizar nuestra muestra, a pesar de no encontrar significación estadística para éstas variables en la muestra analizada para ese estudio en la fase cuantitativa.

4.7.4.1. Perfil de los profesionales informantes

Se constituyeron y llevaron a cabo un total de 7 grupos de discusión:

1. **Primer grupo Enfermeras** : formado por 8 enfermeras, todas ellas mujeres de los turnos diurnos, de diferentes servicios, edades, y años de experiencia profesional.
2. **Segundo grupo Enfermeras**: formado por 9 enfermeras , tres hombres y 6 mujeres de los tres turnos, de diferentes servicios, edades, y años de experiencia profesional.
3. **Tercer grupo Enfermeras**: formado por 8 auxiliares de enfermería, 2 hombres y 6 mujeres, del turno de noche de diferentes servicios, edades, y años de experiencia profesional
4. **Primer grupo Auxiliares** : formado por 7 enfermeras, 6 mujeres y un hombre, del turno de noche, diferentes servicios, edades, y años de experiencia profesional.
5. **Segundo grupo Auxiliares** : formado por 6 auxiliares de enfermería, todas mujeres, de los turnos diurnos, diferentes servicios, edades, y años de experiencia profesional.
6. **Tercer grupo Auxiliares** : formado por 6 auxiliares de enfermería de los tres turnos, diferentes servicios, edades, y años de experiencia profesional.
7. **Grupo coordinadoras**: formado por 7 enfermeras coordinadoras, todas mujeres del mismo turno, diferentes servicios, edades, todas con un mínimo de 25 años de experiencia profesional.

Los informantes fueron 51 participantes, de los cuales 43 fueron mujeres y 8 hombres, con una media de 43,76 años de edad (edad mínima 22 años y máxima

METODOLOGÍA CUALITATIVA

60 años). Las categorías profesionales correspondieron a 25 enfermeras, 20 auxiliares de enfermería y 7 coordinadoras asistenciales (Tabla 7).

En cuanto a experiencia laboral tienen una media 21,09 años (mínimo de 3 años y máximo 38 años) pertenecientes a los servicios de Medicina Interna, Cirugía, traumatología, Unidad de geriatría, maternidad, pediatría, unidad polivalente, unidad de cuidados intensivos, Urgencias, Residencia geriátrica, Unidad de cuidados paliativos, Consultas externas, Hospital de día Oncohematológico. 27 participantes tenían hijos a su cargo, frente a 24 que ya no los tenían a su cargo o bien no tenían hijos. Tan solo 9 de los 51 participantes tenían algún familiar dependiente a su cargo en todos los casos padres y/o suegros (Tabla 7).

En cuanto a la situación familiar se ha considerado si vivían en pareja, solos o con familia, 36 de ellos viven en pareja, 8 viven solos y 7 de ellos viven en familia con algún hijo o con los padres.

Con respecto a la situación contractual 33 participantes eran fijos con un horario planificado, frente a 18 participantes que tienen una condición de suplentes, aunque todos ellos disponen de un contrato indefinido en el que una parte de su jornada laboral está planificada en calendario, para el resto de horas para completar su calendario, no disponen de horario fijo, en algunos casos ni turno definido, ni lugar de trabajo definido en otros.

En la tabla 7 se refleja el perfil de los participantes distribuidos por grupos.

Tabla 7: Tabla del perfil de los participantes en el estudio.

Nº	Cód.	E	Sexo	Cat.	Unidad	Turno	Años exp.	Contrato	Sit. Fam	Hijos	Fam. Cargo	GD
1	E1	40	M	Enf.	UCI	M	12	Suplente	P	0	0	Primer grupo Enfermeras
2	E2	40	M	Enf.	UCP	M	24	Fija	P	1	0	
3	E3	28	M	Enf.	CIR/COT	T	10	Suplente	P	0	0	
4	E4	43	M	Enf.	COT	M	22	Fija	F	2	0	
5	E5	31	M	Enf.	CIR/COT	T	10	Suplente	S	0	0	
6	E6	60	M	Enf.	H.dia Onco	M	40	Fija	P	0	1	
7	E7	55	M	Enf.	Pediatría	T	32	Fija	P	1	0	
8	E8	42	M	Enf.	Materno	T	22	Fija	P	2	0	
9	E9	43	H	Enf.	Varios	Varios	20	Suplente	P	1	0	Segundo grupo enfermeras
10	E10	56	M	Enf.	MI	N	38	Fija	P	2	1	
11	E11	33	M	Enf.	MI	N	9	Suplente	P	0	0	
12	E12	49	M	Enf.	Urgencias	N	24	Fija	P	2	0	
13	E13	43	H	Enf.	UCI	N	22	Fija	P	2	0	
14	E14	37	M	Enf.	Varios	Varios	13	Suplente	F	1	0	
15	E15	48	M	Enf.	UCP/UME	N	13	Suplente	F	1	0	
16	E16	28	H	Enf.	UGA	N	11	Suplente	S	0	0	
17	E17	49	M	Enf.	CIR	N	24	Fija	P	0	0	Tercer grupo enfermeras
18	E19	32	M	Enf.	CIR/COT	N	12	Suplente	P	0	0	
19	E20	59	H	Enf.	Urgencias	N	25	Fija	P	2	0	
20	E21	40	M	Enf.	POLI	N	18	Fija	P	2	0	
21	E22	43	M	Enf.	Materno	Varios	21	Fija	S	0	0	
22	E23	47	M	Enf.	CIR	N	25	Fija	P	2	0	
23	E24	56	M	Enf.	CIR	N	36	Fija	S	0	0	
24	E25	35	M	Enf.	COT	N	14	Fija	F	2	0	
25	AUX 1	22	M	Aux.	MI	Varios	5	Suplente	F	0	0	Primer grupo auxiliares
26	AUX 2	33	M	Aux.	MI	N	15	Suplente	S	0	0	
27	AUX 3	43	H	Aux.	Esteri.	N	28	Fija	F	0	2	
28	AUX 4	58	M	Aux.	CIR	N	29	Fija	S	0	2	
29	AUX 5	46	M	Aux.	CIR/COT	Varios	7	Suplente	P	2	0	
30	AUX 6	29	M	Aux.	CIR/COT	Varios	11	Suplente	P	2	0	
31	AUX 7	44	M	Aux.	UCI	N	7	Suplente	P	2	0	
32	AUX 8	56	H	Aux.	Urgencias	N	33	Fija	P	1	0	

METODOLOGÍA CUALITATIVA

33	AUX 9	48	M	Aux.	COT	M	25	Fija	F	1	0	Segundo grupo auxiliares
34	AUX 10	24	M	Aux.	Varios	M	6	Suplente	P	0	0	
35	AUX 11	57	M	Aux.	UGA	M	21	Fija	P	0	0	
36	AUX 12	53	M	Aux.	MI	M	30	Fija	P	1	0	
37	AUX 13	22	M	Aux.	Varios	T	3	Suplente	S	0	0	
38	AUX 14	40	M	Aux.	Materno	T	20	Fija	P	2	0	Tercer grupo Auxiliares
39	AUX 15	56	M	Aux.	COT	M	38	Fija	P	1	2	
40	AUX 16	44	M	Aux.	CIR	T	28	Fija	P	2	0	
41	AUX 17	42	M	Aux.	MI	M	20	Fija	P	1	0	
42	AUX 18	32	M	Aux.	Urgencias	T	11	Suplente	P	0	0	
43	AUX 19	33	H	Aux.	Urgencias	T	15	Fija	P	0	0	Grupo coordinadoras
44	AUX 20	28	H	Aux.	Pediatría	M	10	Suplente	S	0	0	
45	COOR 1	56	M	Coord	Materno	Partido	33	Fija	P	2	3	
46	COOR 2	56	M	Coord	Residencia	Partido	32	Fija	P	1	2	
47	COOR 3	49	M	Coord	Urgencias	Partido	27	Fija	P	0	0	
48	COOR 4	54	M	Coord	UCI	Partido	31	Fija	P	2	0	
49	COOR 5	57	M	Coord	CCEE	Partido	34	Fija	P	0	1	
50	COOR 6	56	M	Coord	CCEE	Partido	25	Fija	P	0	0	
51	COOR 7	57	M	Coord	H.día Onco	Partido	34	Fija	P	0	2	

Fuente: Creación propia⁴

CXXXVIII

⁴ La leyenda de las abreviaturas representadas en la tabla corresponden a :

- Número de participante (Nº) • Código Participante (Cód.)
- Edad (E)
- Sexo (Sexo): Mujer (M), Hombre (H)
- Categoría profesional (Cat.): Enfermera/o (Enf.), Auxiliar de enfermería (Aux.), Enfermera coordinadora asistencial (Coord)
- Unidad o Servicio (Unidad) Unidad de cuidados Intensivos (UCI), unidad de cuidados Paliativos (UCP), Unidad de Cirugía general y especialidades (CIR), Unidad de cirugía traumatológica y Ortopedia (COT), Medicina Interna(MI), Unidad de Media Estancia (UME), Unidad de ginecología y obstetricia (MAT), Servicio de urgencias (Urgencias), Unidad de Pediatría (Pediatría), Residencia Geriátrica (RESI), Consultas Externas (CCEE), Hospital de día Oncohematológico (H.DIA), Unidades varias, sin unidad determinada (Varios)
- Turno (Turno): Mañana (M), Tarde (T), Noche (N) o Partido
- Años experiencia profesional (Años exp.): Numero de años
- Situación contractual (Contrato): Contrato fijo con horario planificado (Fijo), Contrato sin horario planificado (Suplente)
- Situación familiar (Sit Fam.): se consideró si vivían en Pareja (P), si vivían con otros familiares como padres o familias monoparentales (F), o vivían solos (S)
- Hijos a su cargo (Hijos): Número de hijos a su cargo
- Familiares dependientes a su cargo (Fam. cargo) : número de familiares a su cargo
- Grupo de discusión (GD)

4.7.5. Trabajo de Campo

Las referencias sobre trabajo de campo que se encuentran en la literatura suelen estar relacionadas con la antropología, la etnografía y la observación participante. Un ejemplo de ello es la definición de trabajo de campo de Stocking (1993) citado por Monistrol-Ruano (2007) :

“El trabajo de campo es la experiencia constitutiva de la antropología, porque distingue a la disciplina, cualifica a sus investigadores y crea el cuerpo primario de sus datos empíricos” (...)“es una situación metodológica y también en sí un proceso, una secuencia de acciones, de comportamientos y de acontecimientos, no todos controlados por el investigador (...)” (p.1).

Sin embargo, en ciencias sociales, “trabajo de campo” suele referirse al periodo y el modo que la investigación cualitativa dedica a la generación y registro de información. Se refiere a la fase posterior a la elaboración del proyecto, Monistrol Ruano (2007), incluye las siguientes fases o momentos:

- Preparación del investigador para la entrada en el campo
- Identificación de temas, escenarios y elaboración de las guías para la generación de información.
- Acceso al campo: informantes clave, selección participantes
- Convocatoria de los informantes
- Planificación y realización de las técnicas de generación de información: observaciones, entrevistas en profundidad, grupos de discusión.

Para la selección de los participantes, tal y como se ha mencionado, se realizaron en primer lugar, sesiones informativas en las que procedió a la captación de los posibles participantes. Mediante correo electrónico se informó de los horarios y se convocó a los informantes y finalmente se procedió a la realización de la técnica del GD.

Para la realización del GD, se escogió un lugar dentro de la institución para facilitar el acceso de los participantes ya que se trata de su centro de trabajo, donde se llevó a cabo la realización de la sesión. El lugar fue una sala de reuniones que

METODOLOGÍA CUALITATIVA

disponía de una mesa ovalada, las sesiones tuvieron una duración de entre 50-80 minutos .

Se partieron de tres conceptos generales o categorías principales analizadas previamente en el cuestionario de calidad de vida profesional: las demandas de trabajo o factores estresantes, la motivación y satisfacción de los profesionales y el apoyo de los jefes según la definición de calidad de vida profesional escogida y teniendo en cuenta el modelo de la demanda-control-apoyo. Por lo que a lo largo del transcurso de los grupos se hicieron preguntas referentes a los factores que estresaban a nuestros participantes, los que les satisfacían, si sentían el apoyo de sus superiores o se sentían motivados y por último como les afectaba el trabajo a su vida personal o viceversa. Este último elemento no se correspondía a ninguna de las dimensiones del modelo citado pero según la revisión de la literatura era un elemento influyente en la CVP, por lo que se consideró su inclusión en las preguntas.

Las sesiones se llevaron acabo siguiendo la estructura definida en un guión de preguntas de la figura 4

Figura 4: Guión de preguntas para los grupos de discusión:

¿Qué entendéis por una buena calidad de vida profesional?
¿Qué os satisface profesionalmente?
¿Qué desencadena la satisfacción profesional en Enfermería asistencial?
¿Qué os satisface en vuestro trabajo diario?
¿Cuáles son los factores que te estresan?
¿Percibís que la institución a la que pertenecéis participa en la motivación profesional?
¿Os sentís apoyados por la institución?
¿Cómo influye la relación con los compañeros en su trabajo diario?
¿Ejercéis con gusto su profesión?
¿Está motivados con su trabajo diario?
¿Qué experiencias personales ha vivido en relación a la calidad de vida profesional?

¿Cómo repercute su vida profesional en la vida personal?
¿Y la personal en la profesional?
¿Qué cosas necesitaríais para tener una buena calidad de vida profesional?

Las sesiones de los grupos de discusión fueron grabadas (audio) íntegramente mediante un dispositivo electrónico para su posterior análisis.

Al inicio o final de cada uno de los grupos se procedió a la recolección de los datos sociolaborales de los participantes mediante una hoja de recogida de datos que incluía la edad, sexo, profesión, Unidad de trabajo, turno, Años de experiencia, situación contractual, situación familiar, hijos a su cargo y familiares a su cargo (anexo 6).

Los grupos de discusión según expresaron los participantes, resultaron unas reuniones que a priori fueron consideradas como unas reuniones formales, ya que conocían el propósito académico del estudio, pero finalmente, sirvió los participantes para reunirse, intercambiar opiniones, sensaciones y sentimientos acerca de su vida laboral, situaciones que en ocasiones resultan difíciles de poderse dar, haciendo coincidir a trabajadores de los diferentes servicios que a menudo no tienen la posibilidad de conocerse y coincidir en una tertulia. Es preciso considerar que muchos de los participantes se conocían previamente ya que forman parte de la misma empresa y en ocasiones habían trabajado de forma conjunta, no obstante, esta premisa sirvió para poder establecer un clima de confianza e intimidad dando lugar a la expresión de sentimientos.

En todos los grupos aparecieron uno o dos participantes que llevaron el hilo de la discusión habitualmente porque se trataba de personas con facilidad de discurso frente a algún participantes menos hablador, son los llamados “líderes y tímidos“(Pérez-Sánchez & Viquez-Calderón, 2010 p 98). En algunos casos se pudo observar como algunos de los participantes asentían ante algunas de las afirmaciones de alguno de los participantes, con lo que se deduce que son argumentos que muchos de ellos comparten pero que no repiten en su discurso

METODOLOGÍA CUALITATIVA

porque es algo de lo que ya se ha hablado. En las transcripciones literales se recogen estas percepciones.

En todas las sesiones empezaron las aportaciones de forma ordenada y tímida correspondiente a la *fase de extrañamiento* definida por Lamnek en 1998, a medida que la sesión se iba desarrollando y empezaban a interactuar entre ellos se correspondían con las fases de *confianza y conformidad* (Las fases diferenciadas por Lamnek para los GD en 1998 fueron: *extrañamiento, orientación, adaptación, confianza, conformidad y finalización del discurso*)-(Pérez Sánchez & Víquez Calderón, 2010).

La transcripción ha constituido un proceso largo y tedioso en muchas ocasiones, debido a esta interacción entre los participantes y la dificultad para la identificación de los mismos con un dispositivo de audio.

Ha sido un reto constante mantener una distancia crítica, teniendo en cuenta mi profesión y el entorno en el que se ha realizado la investigación, Tal y como cita Celma-Vicente (2007) a Sanmartín (2003) *“Aprender a mirar desde la relación de valor si queremos ver algo significativo”. “Querer saber, crea una distancia crítica entre lo que observamos y comparamos, incluso cuando estudiamos nuestra propia sociedad y cultura”*.

En este caso el investigador se encuentra familiarizado con los datos y los escenarios estudiados y por este motivo es necesario controlar lo que se llama *“ilusión de transparencia”* (Minayo, 1995).

4.7.6. Metodología para interpretación cualitativa de los datos.

Para realizar el proceso de análisis e interpretación de los datos, se ha usado un software específico, el programa *Atlas-ti* versión 1.5.1 basado en el enfoque de la Teoría Fundamentada y considerado dentro del grupo *“de los constructores de teorías basadas en códigos”*. Es un soporte de ayuda en operaciones en el *nivel organizativo, textual y conceptual del análisis*.

Se procede comenzando con la preparación de los documentos primarios, sería el

trabajo organizativo, en nuestro caso la transcripción del contenido de los grupos de discusión y se crea una *Unidad Hermenéutica*, cada unidad hermenéutica, corresponde al documento de la transcripción de cada uno de los GD.

Se continúa con la generación de citas en los documentos primarios y la codificación de las mismas. Es un *trabajo textual* donde se relaciona cada una de las citas con el código correspondiente.

Finalmente se establecen relaciones entre los códigos y se crean redes que nos conducen a la confección del informe final esto sería el *trabajo conceptual* (Flick, 2004).

“La mayoría de los investigadores manifiestan dificultades en describir qué es lo que hacen cuando teorizan; pero un análisis cuidadoso de sus actividades mentales hará ver que son similares a las actividades cotidianas de una persona normal: las actividades formales del trabajo teorizador consisten en percibir, comparar, contrastar, añadir, ordenar, establecer nexos y relaciones y especular, es decir, que el proceso cognitivo de la teorización consiste en descubrir y manipular categorías y las relaciones entre ellas. Precisamente, para ayudarnos en esa tarea fue construido el programa computacional Atlas.ti” (Martínez-Miguélez, 2011).

Atlas.ti es el principal soporte informático para desarrollar Teoría Fundamentada (TF), este programa fue diseñado a finales de los ochenta por el alemán Thomas Murh, quien recurriendo a la tecnología hizo un intento por aplicar los planteamientos metodológicos de Glaser y Strauss.

Este software permite expresar el sentido circular del análisis cualitativo, por cuanto otorga la posibilidad de incorporar secuencialmente los datos, sin la necesidad de recoger todo el material en un mismo tiempo. Por esta razón, permite llevar a cabo el muestreo teórico necesario para realizar el análisis constructor de teoría.

METODOLOGÍA CUALITATIVA

Asimismo, Atlas.ti permite identificar aquellos códigos⁵ que requieren ser saturados, esto es posible a través de la función *code-primary-documents-table* (códigos-documentos primarios-tablas), que muestra la cantidad de citas que cada código tiene.

Por tanto, esta función del software facilita la aplicación de la saturación de contenido de cada código y categoría, tal como se propone en la TF.

Al igual que la generalidad de los programas informáticos, Atlas.ti es un programa de recuperación de texto, sin embargo está dirigido a un trabajo conceptual, en donde cada paso de la codificación teórica (codificación abierta, axial y selectiva) tiene un espacio en el programa. Por ejemplo, la codificación abierta se realiza en el nivel de codificación de segmentos, ya sea de texto, audio, video o imágenes (Vasilachis de Gialdino, 2006).

En tanto, la codificación axial tiene su espacio con la función de creación redes de relaciones conceptuales.

En cuanto, a la codificación selectiva propuesta en la TF, Atlas.ti, posee la función súper código, que permite elaborar una categoría central que integra los códigos y categorías construidos en las fases de codificación abierta y axial.

Es importante comprender el uso metodológico de Atlas.ti en relación a la Teoría Fundamentada, por esta razón en la siguiente tabla se sintetiza la coherencia entre software y método. La finalidad de las principales funciones del programa es acoger los procedimientos constructores de teoría. En este sentido facilita la organización del análisis a través de funciones que permiten: segmentar citas, conceptualizar, registrar reflexiones, categorizar, relacionar procesos y mostrar la teoría que se construye a través de diagramas. Todos estos procedimientos de primer y segundo orden, otorgan al análisis mayor poder explicativo para la investigación (San Martín-Cantero, 2014). En la tabla 8 se muestran las correspondencias entre atlas.ti y TF.

Tabla 8: Correspondencia entre funciones de Atlas.ti y procedimientos de la TF.

CXLIV _____

⁵ El código es la expresión descriptiva del fenómeno que se estudia, representa el nivel conceptual que permite la emergencia de categorías y subcategorías.

Funciones	Descripción	Presentación en la TF
Unidad Hermenéutica	Contenedor electrónico que alberga y organiza todos los datos, códigos, memorandos y diagramas pertenecientes al análisis	En la TF esta opción permite abordar el caso en estudio desde distintas fuentes documentales.
Documentos primarios	Fuentes de datos representadas en textos, fotografías, audio, video, etc.	En la codificación abierta, cada documento primario se muestra y recorre en la pantalla. Se señalan los trozos pertinentes y se les asignan códigos y memorandos.
Citas	Segmentos significativos que contienen el fenómeno que se estudia	Los testimonios contienen las relaciones que los participantes realizan respecto del tema de investigación. Permite fundamentar la construcción teórica en las evidencias textuales.
Código	Expresión descriptiva del fenómeno que se estudia	El código representa el nivel conceptual que permite la emergencia de categorías y subcategorías
Anotaciones	Comentarios teóricos, metodológicos o empíricos que surgen a partir de análisis de los datos	Registros escritos especializados que contienen ideas analíticas y conceptuales más que descripciones detalladas.
Familias	Son categorías de códigos que expresan un nivel conceptual del fenómeno en estudio.	Conceptos abstractos que agrupan códigos descriptivos de acuerdo a sus propiedades y dimensiones.
Link (relación)	Representan conectores que sintetizan las relaciones entre códigos, categorías o subcategorías	Los vínculos permiten explicitar las conexiones sutiles que emergen entre códigos y categorías. También facilitan la integración de la teoría en los datos.
Network (red)	Redes que grafican las relaciones entre códigos y categorías, expresan: condiciones, contextos y dimensiones en que ocurre el fenómeno.	Los diagramas son visuales más que escritos, dibujan las relaciones entre los conceptos. Representan la organización de ideas analíticas

Fuente: San Martín-Cantero (2014)

El tipo de codificación utilizada es la *codificación temática*, “procedimiento desarrollado a partir de los principios básicos de Strauss (1987) para los estudios comparativos, en los que los grupos que se estudian se derivan de la pregunta de investigación y, así, se definen *a priori*” .

METODOLOGÍA CUALITATIVA

El análisis textual inductivo se hizo siguiendo la propuesta de la codificación (Morse, 2003), que contiene en su proceso el microanálisis párrafo a párrafo u oración a oración, siempre buscando los segmentos significativos o unidades analizables para “examinar e interpretar datos de manera cuidadosa” (Strauss & Corbin, 2002), aplicando codificación abierta y haciendo comparación constante hasta llegar a la codificación axial; es decir, en esta investigación se alcanza un “momento analítico”(Galeano, 2004) de las categorías emergentes llegando así a la categoría central.

El análisis incluyó las siguientes fases:

- a) Lectura cuidadosa de la información recogida, plantear preguntas y hacer relaciones.
- b) Documentar los significados de los conceptos que van surgiendo de forma espontánea y seguirles la pista.
- c) Identificar los conceptos y clasificarlos hasta adoptar unas categorías analíticas y concretas para la organización de los datos, y trabajar con las categorías fundamentales para el análisis, buscar relaciones con otras categorías y subcategorías, comparar categorías, hasta llegar a la categoría central.

Todo el proceso se realizó de manera cuidadosa y minuciosa al examinar, interpretar y organizar los datos de los grupos de discusión, notas de campo y observaciones, se parte de lo particular para ir a lo general, realizando de forma simultánea la recogida de datos y el análisis de los mismos hasta conseguir la saturación informativa (Morse, 2003).

Se realizó en pequeños pasos, iniciando con datos de un grupo de discusión que luego se compararon con otros similares y así sucesivamente, hasta obtener información valiosa que permitirá el ordenamiento conceptual hasta llegar a la depuración de los códigos y categorías principales y a la saturación de los datos.

La finalización de un grupo dio paso, de manera constante a una nueva codificación. Las opiniones de los profesionales de enfermería, sus perspectivas y

sus experiencias se fueron comparando incidente a incidente, concepto a concepto hasta llegar a la saturación de los códigos. Este proceso facilitó la codificación selectiva y permitió ir reduciendo hasta el encuentro con la categoría central, que es el elemento básico en la articulación de la teoría fundamentada (Carrero et al., 2006).

Este proceso no fue lineal, el análisis y codificación de los de los datos se produjo de forma cíclica en un constante ir y venir de datos hasta que se obtuvo la saturación de los mismos. La búsqueda fue constante buscando regularidades y diferencias entre los discursos y comentarios de los informantes, que permitieran identificar los elementos con los que poder dibujar la teoría emergente.

Damos la palabra a los profesionales enfermeros y auxiliares de enfermería, a cada uno desde su función, desde su responsabilidad, y en el hospital, para construir la realidad que nos ocupa.

V. RESULTADOS

Esta parte de la ruta de investigación que apoya este trabajo reúne los resultados de los dos enfoques utilizados: cuantitativo y cualitativo. Se inicia con un primer apartado donde se presentan los resultados cuantitativos con el análisis según las dimensiones del instrumento de medida. En el segundo apartado, se presentan los resultados de los datos cualitativos para cada metacategoría y cada categoría. Para terminar se incluye en este capítulo un apartado que incluye los resultados cualitativos sobre la concepción general de calidad de vida profesional propuesta por los participantes.

5.1. Resultados estudio cuantitativo:

5.1.1. Características sociodemográficas y de carga familiar.

La muestra de estudio estaba formada por 244 sujetos, 209 mujeres y 35 hombres, con una edad media de 42,05 (DT = 9,51) años. La tabla 9 contiene las características sociodemográficas y de carga familiar

El 64,34% de los participantes vivía en pareja, y el 56,56% tenía algún hijo, aunque sólo un 4,1% tenía más de dos. En cuanto a la situación laboral de las parejas, 149 tenían pareja con trabajo, lo que representa un 87,13% de la muestra con pareja; un 7% de los participantes con pareja tenía la pareja en paro (un 4,92% del total de la muestra).

Respecto a familiares dependientes, un 14,75% presentaba algún familiar dependiente (hasta 3 familiares dependientes, en un 2,46% de la muestra), y 6 participantes (un 2,46%) declararon tener familiares institucionalizados.

Tabla 9: Características sociodemográficas y de carga familiar de la muestra.

	Descriptivos
Edad	42.05 (9.51)
Edad (en categorías)	
	[20,30] 40 (16.39%)
	(30,40] 56 (22.95%)
	(40,50] 105 (43.03%)
	(50,60] 43 (17.62%)
Sexo	
	Mujer 209 (85.66%)
	Hombre 35 (14.34%)
Situación familiar	
	vive solo 23 (9.43%)
	vive en pareja 157 (64.34%)
	otros 64 (26.23%)
Numero hijos	0.94 (0.96)
Numero hijos	
	0 106 (43.44%)
	1 59 (24.18%)

RESULTADOS CUANTITATIVOS

	2	69 (28.28%)
	3	8 (3.28%)
	4	2 (0.82%)
Situación laboral pareja		
	No procede	73 (29.92%)
	Trabaja fuera de casa	145 (59.43%)
	Trabaja desde casa	4 (1.64%)
	En paro	12 (4.92%)
	Jubilado	10 (4.10%)
Familiares dependientes		
	0	208 (85.25%)
	1	17 (6.97%)
	2	13 (5.33%)
	3	6 (2.46%)
Familiares institucionalizados		
	0	238 (97.54%)
	1	4 (1.64%)
	2	1 (0.41%)
	4	1 (0.41%)

5.1.2. Características laborales.

Por lo que respecta a las características laborales de la muestra, el 43,44% eran auxiliares de enfermería, el 52,87% enfermeras, y un 3,69% eran enfermeras que desempeñaban cargos de gestión (Tabla 10).

El 36,48% de la muestra tenía una antigüedad superior a los 25 años, y el 58,2% más de 15, mientras que el 15,16% tenían entre cinco y diez años de antigüedad.

Las cinco áreas de trabajo más prevalentes en la muestra fueron Urgencias y SEM (16,8%), Medicina Interna y 2ª C (14,34%), Área quirúrgica (11,07%), Socio-sanitario y residencia (11,07%) y Gestión (5,33%).

En relación a los turnos, un 15,98% declaró una distribución irregular de la jornada, y un 17,21% turno partido. El contrato era temporal para un 27,05% de la muestra, y el 31,97% presentaba jornada variable.

La tabla 10 contiene la relación de las características laborales de los participantes.

Tabla 10: Características laborales de la muestra.

		Descriptivos
Categoría profesional	<i>Auxiliar de Enfermería</i>	106 (43.44%)
	<i>Enfermera</i>	129 (52.87%)
	<i>Cargo de gestión</i>	9 (3.69%)
Antigüedad	<i><4 años</i>	36 (14.75%)
	<i>de 5 a 10 años</i>	37 (15.16%)
	<i>de 11 a 15 años</i>	29 (11.89%)
	<i>de 16 a 20 años</i>	22 (9.02%)
	<i>de 21 a 25 años</i>	31 (12.70%)
	<i>>26 años</i>	89 (36.48%)
Área de trabajo	<i>Medicina Interna y 2a C</i>	35 (14.34%)
	<i>Cirugía general y especialidades</i>	10 (4.10%)
	<i>Traumatología</i>	8 (3.28%)
	<i>Geriatría</i>	12 (4.92%)
	<i>Maternidad</i>	6 (2.46%)
	<i>Pediatría</i>	12 (4.92%)
	<i>Sala de partos</i>	2 (0.82%)
	<i>Unidad de cuidados intensivos UCI</i>	9 (3.69%)
	<i>Área quirúrgica</i>	27 (11.07%)
	<i>Urgencias y SEM</i>	41 (16.80%)
	<i>Socio-sanitario y residencia</i>	20 (8.20%)
	<i>Perfil correturnos</i>	11 (4.51%)
	<i>Otros</i>	38 (15.57%)
<i>Gestión</i>	13 (5.33%)	
Turno	<i>Mañana</i>	68 (27.87%)
	<i>Tarde</i>	40 (16.39%)
	<i>Noche</i>	53 (21.72%)
	<i>Partido (mañana tarde o tarde noche)</i>	42 (17.21%)
	<i>Distribución irregular de la jornada</i>	39 (15.98%)
	<i>Guardias</i>	2 (0.82%)
Contrato	<i>Indefinido</i>	178 (72.95%)
	<i>Temporal</i>	66 (27.05%)
Jornada	<i>Planificada</i>	166 (68.03%)
	<i>Variable</i>	78 (31.97%)

RESULTADOS CUANTITATIVOS

El análisis de la calidad de vida profesional se realizó teniendo en cuenta las subescalas de Apoyo laboral, Cargas de trabajo y Motivación intrínseca, que constituyen las tres dimensiones del cuestionario CVP-35. Asimismo, se consideró la *calidad de vida profesional global*, evaluada mediante el ítem 34 del mismo cuestionario.

La Tabla 11 contiene los resultados de la CVP-35 en los 244 participantes, en las tres dimensiones y en cada uno de los ítems de la CVP-35. Concretamente, las medias y desviaciones típicas fueron de 65,26 (DT=18,28) para la subescala de apoyo, 71,46 (DT=13,85) para la subescala de demanda, y 72,7 (DT=9,00) para la subescala de motivación.

Tabla 11: Estadísticos descriptivos de las tres dimensiones y cada uno de los ítems de la CVP-35 (n = 244)

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Apoyo laboral	21	112	65,26	18,28
2. Satisfacción con el tipo de trabajo	1	10	7,40	1,86
3. Satisfacción con el sueldo.	1	10	4,38	2,45
4. Posibilidad de promoción.	1	10	4,24	2,13
5. Reconocimiento de mi esfuerzo.	1	10	4,45	2,29
10. Apoyo de mis jefes	1	10	5,61	2,60
11. Apoyo de mis compañeros	1	10	7,48	1,89
14. Posibilidad de ser creativo.	1	10	4,84	2,26
16. Recibo información de los resultados de mi trabajo	1	10	4,39	2,54
20. Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito.	1	10	5,33	2,48
22. Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto	1	5	2,25	1,64
23. Tengo autonomía o libertad de decisión.	1	10	5,50	2,26
28. Variedad en mi trabajo	1	10	6,64	2,40
30. Es posible que mis respuestas sean escuchadas y aplicadas.	1	10	5,01	2,31
Cargas de trabajo	22	103	71,46	13,85
1. Cantidad de trabajo que tengo	2	10	8,36	1,23
6. Presión que recibo para mantener la cantidad de trabajo.	1	10	7,32	1,91
7. Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo.	1	10	7,22	1,96

RESULTADOS CUANTITATIVOS

8. Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo.	1	10	7,60	1,89
17. Conflicto con otras personas de mi trabajo.	1	10	3,14	2,10
18. Falta de tiempo de mi vida personal.	1	10	5,23	2,56
19. Incomodidad física en el trabajo.	1	10	5,16	2,66
21. Carga de responsabilidad.	2	10	7,77	1,78
24. Interrupciones molestas.	1	10	6,39	2,61
25. Estrés esfuerzo emocional.	1	10	7,43	2,04
33. Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud	1	10	5,82	2,53
Motivación intrínseca	36	89	72,70	9,00
9. Motivación (ganas de esforzarme)	1	10	7,56	2,25
12. Apoyo de mi familia.	1	10	8,77	1,72
13. Ganas de ser creativo.	1	10	7,30	2,22
15. Desconecto al acabar la jornada laboral.	1	10	7,14	2,30
26. Capacitación necesaria para hacer mi trabajo.	2	10	8,15	1,52
27. Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual.	4	10	8,91	1,08
29. Mi trabajo es importante para la vida de otras personas.	1	10	8,77	1,51
31. Lo que tengo que hacer queda claro.	1	10	7,39	2,09
32. Me siento orgulloso de mi trabajo.	1	10	8,70	1,58
34. Calidad de vida de mi trabajo	1	10	5,59	2,04

En el ítem 34, que corresponde a la pregunta de nivel global de calidad de vida profesional, 22 (9,02%) respondieron que nada, 80 (32,79%) respondieron "algo", 129 (52,87%) "bastante", y 13 (5,33%) respondieron "mucho".

5.1.3. Subescala de Apoyo laboral del CVP-35

En la tabla 12 se muestran las puntuaciones en la subescala de Apoyo Laboral del CVP-35, según características sociodemográficas y de carga familiar. No se observan diferencias significativas de Apoyo Laboral en ninguna de las variables consideradas. No obstante, puede observarse que los participantes con pareja jubilada tuvieron puntuaciones más altas que el resto, con una media de 78,40, siendo los que tenían pareja con trabajo fuera de casa los que presentaron una media más baja (63,99). Asimismo, se observa una tendencia a una menor

RESULTADOS CUANTITATIVOS

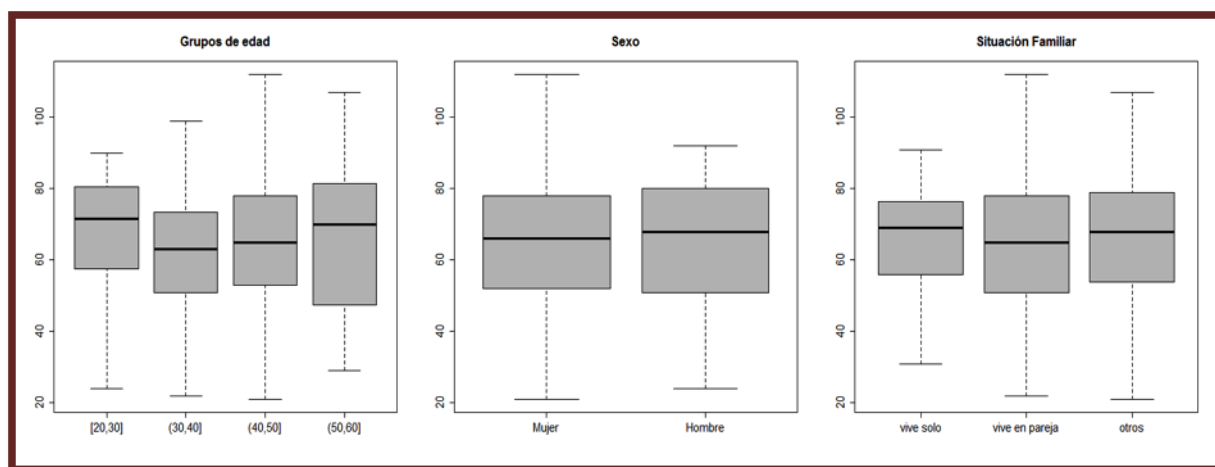
puntuación en apoyo a mayor número de hijos; mayor puntuación en aquellos sin hijos menores de cinco años y sin familiares dependientes.

Tabla 12: Puntuaciones en la subescala de Apoyo del cuestionario CVP-35 según características sociodemográficas y de carga familiar.

	Media (DT)	p-valor	Estadístico
Edad		0,395	1,0
	<i>[20,30] (n=40)</i>	68.10 (16.24)	
	<i>(30,40] (n=56)</i>	61.96 (19.01)	
	<i>(40,50] (n=105)</i>	65.44 (17.36)	
	<i>(50,60] (n=43)</i>	66.49 (21.11)	
Sexo		0,808	0,24
	<i>Mujer (n=209)</i>	65.39 (18.07)	
	<i>Hombre (n=35)</i>	64.51 (19.76)	
Situación Familiar		0,988	0,0
	<i>vive solo (n=23)</i>	65.43 (17.41)	
	<i>vive en pareja (n=157)</i>	65.36 (18.22)	
	<i>otros (n=64)</i>	64.95 (19.00)	
Numero hijos		0,121	2,0
	<i>0 (n=106)</i>	67.28 (18.78)	
	<i>1 (n=59)</i>	66.49 (18.46)	
	<i>2 (n=69)</i>	60.80 (16.29)	
	<i>3-4 (n=10)</i>	67.40 (22.24)	
Hijos menores de 5 años		0.293	1,06
	<i>Sin hijos<5 años (n=211)</i>	65.65 (18.89)	
	<i>Con hijos<5 años (n=33)</i>	62.76 (13.78)	
Familiares Autónomos		0.142	1,8
	<i>0 (n=171)</i>	65.91 (17.61)	
	<i>1 (n=42)</i>	59.83 (19.22)	
	<i>2 (n=21)</i>	70.05 (20.97)	
	<i>3 (n=10)</i>	67.00 (17.52)	
Familiares Dependientes		0.137	1,9
	<i>0 (n=208)</i>	66.39 (17.90)	
	<i>1 (n=17)</i>	58.71 (17.02)	
	<i>2 (n=13)</i>	57.77 (17.77)	
	<i>3 (n=6)</i>	60.83 (30.52)	
Familiares Institucionalizados		0.843	0,21
	<i>Alguno (n=6)</i>	67.33 (24.78)	
	<i>Ninguno (n=238)</i>	65.21 (18.16)	
Situación laboral pareja		0.059	2,3
	<i>No procede (n=73)</i>	64.53 (19.50)	
	<i>Trabaja fuera de casa (n=145)</i>	63.99 (17.10)	
	<i>Trabaja desde casa (n=4)</i>	79.50 (11.33)	
	<i>En paro (n=12)</i>	69.42 (16.59)	
	<i>Jubilado (n=10)</i>	78.40 (24.24)	

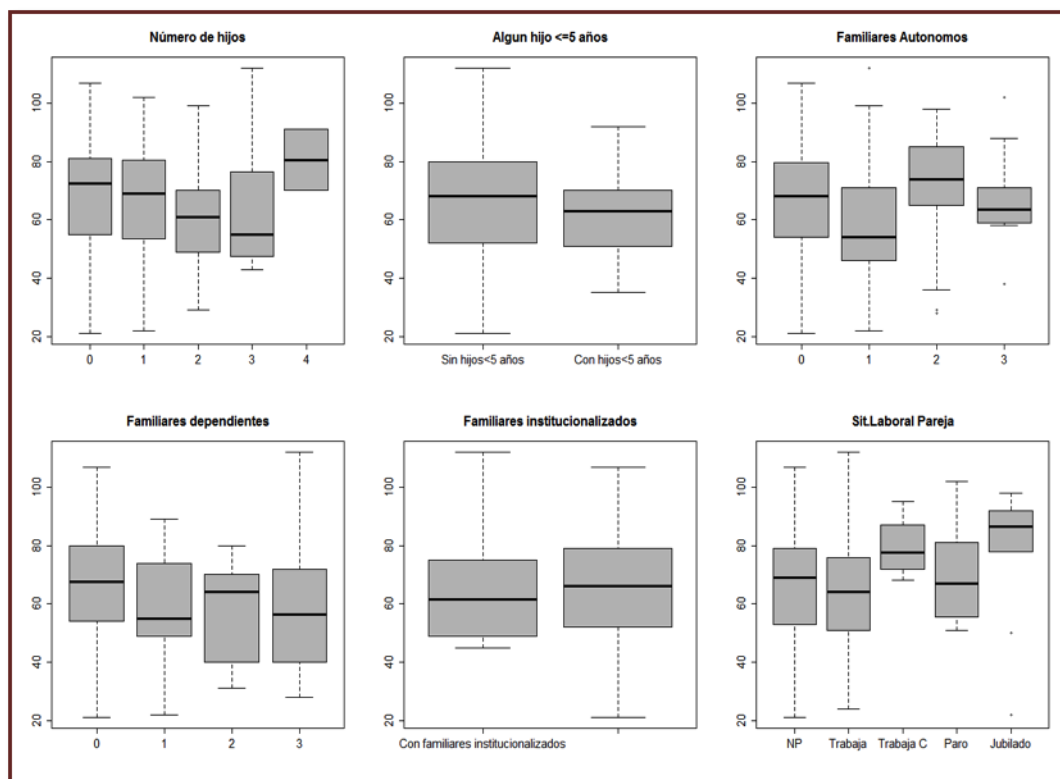
En la figura 5 puede observarse la distribución de las puntuaciones de apoyo laboral según las variables grupo de edad, sexo y situación familiar. Como puede observarse, en todas ellas, las medianas de las puntuaciones presentan considerable homogeneidad.

Figura 5: Diagramas de caja de las puntuaciones en la subescala de Apoyo del CVP-35 según características sociodemográficas.



En la figura 6 figuran los diagramas de cajas correspondientes a las puntuaciones de apoyo laboral según la carga familiar. Evidentemente, la interpretación de los diagramas debe efectuarse con cautela, debido al reducido número de casos que figuran en algunas categorías-

Figura 6. Diagramas de caja de las puntuaciones en la subescala de Apoyo del CVP-35 según carga familiar



La tabla 14 contiene las puntuaciones de apoyo laboral según las características laborales. Aparecen diferencias estadísticamente significativas en categoría profesional ($p<0,01$), área de trabajo ($p<0,01$) y turno ($p<0,05$). En el resto de las variables las diferencias no alcanzan significación estadística.

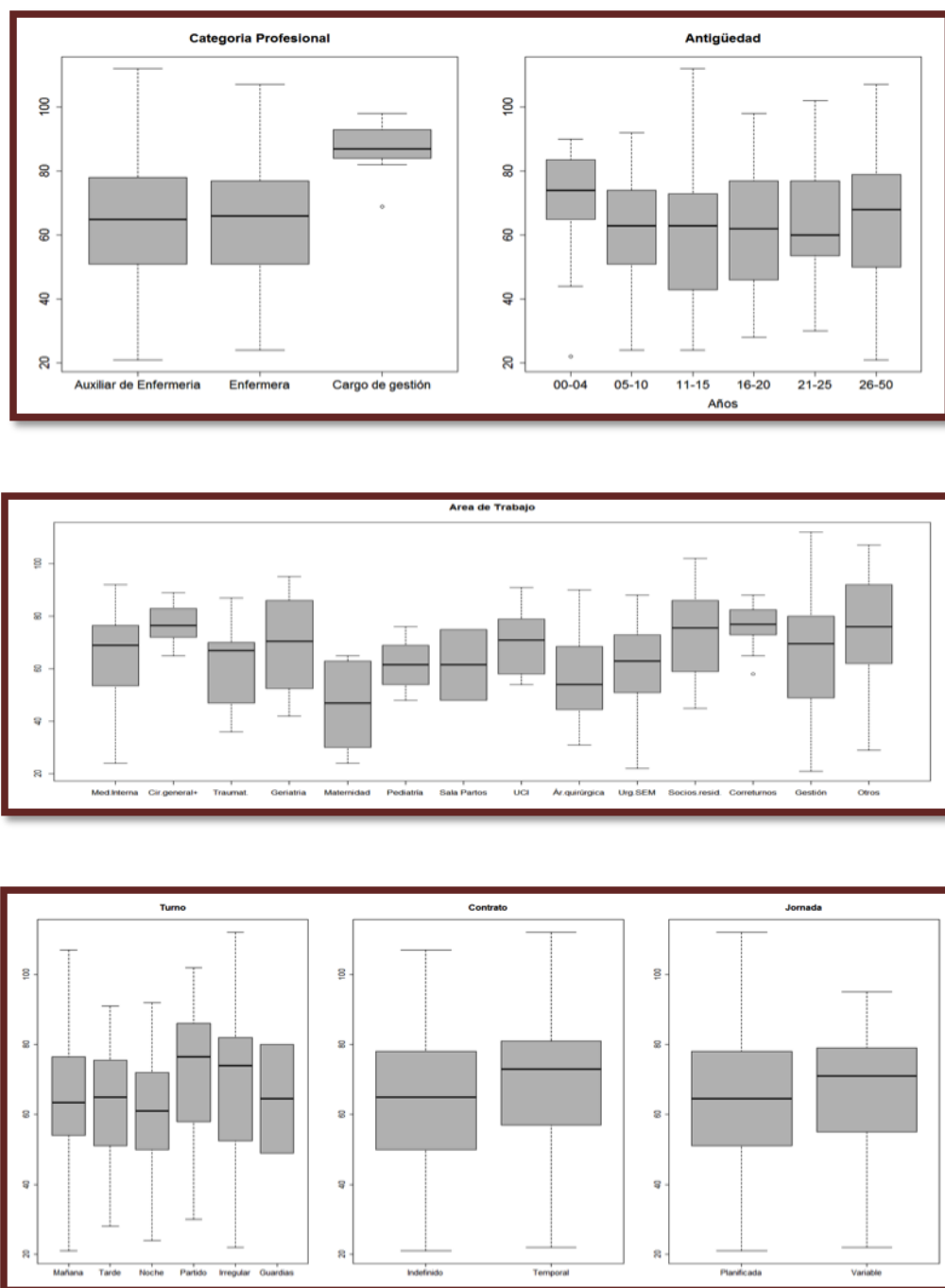
Tabla 13: Puntuación en la subescala de Apoyo del cuestionario CVP-35 según características laborales.

	Media (DT)	p-valor	Estadístico
Categoría Profesional		<0.01	1,0
<i>Auxiliar de Enfermería (n=106)</i>	63.26 (18.16)		
<i>Enfermera (n=129)</i>	65.36 (17.94)		
<i>Cargo de gestión (n=9)</i>	87.33 (8.69)		
Antigüedad		0.213	1,4
<4 años (n=36)	71.83 (14.32)		
de 5 a 10 años (n=37)	64.00 (15.81)		
de 11 a 15 años (n=29)	61.59 (21.69)		
de 16 a 20 años (n=22)	61.32 (20.58)		
de 21 a 25 años (n=31)	64.48 (17.15)		
>26 años (n=89)	65.57 (19.01)		
Área de Trabajo		0.002	2,6
<i>Medicina Interna y 2a C (n=35)</i>	65.46 (16.85)		
<i>Cirugía general y especialidades (n=10)</i>	77.00 (7.21)		
<i>Traumatología (n=8)</i>	61.38 (16.77)		
<i>Geriatría (n=12)</i>	69.58 (18.17)		
<i>Maternidad (n=6)</i>	46.00 (17.26)		
<i>Pediatría (n=12)</i>	61.67 (9.46)		
<i>Sala de partos (n=2)</i>	61.50 (19.09)		
<i>Unidad de cuidados intensivos UCI (n=9)</i>	69.67 (13.29)		
<i>Área quirúrgica (n=27)</i>	57.41 (17.59)		
<i>Urgencias y SEM (n=41)</i>	60.32 (17.13)		
<i>Socio-sanitario y residencia (n=20)</i>	73.15 (16.46)		
<i>Perfil correturnos (n=11)</i>	76.45 (9.13)		
<i>Otros (n=38)</i>	65.79 (22.00)		
<i>Gestión (n=13)</i>	72.62 (24.62)		
Turno		0.047	2,3
<i>Mañana (n=68)</i>	64.07 (17.50)		
<i>Tarde (n=40)</i>	63.40 (17.55)		
<i>Noche (n=53)</i>	60.55 (15.87)		
<i>Partido(mañana tarde o tarde noche (n=42)</i>	72.02 (19.87)		
<i>Distribución irregular de la jornada (n=39)</i>	68.41 (20.00)		
<i>Guardias (n=2)</i>	64.50 (21.92)		
Contrato		0.095	-1,68
<i>Indefinido (n=178)</i>	64.11 (18.61)		
<i>Temporal (n=66)</i>	68.36 (17.12)		
Jornada		0.411	-0,82
<i>Planificada (n=166)</i>	64.63 (18.89)		
<i>Variable (n=78)</i>	66.62 (16.95)		

RESULTADOS CUANTITATIVOS

En la figura 7 podemos observar las medidas de posición de apoyo laboral según las variables de categoría profesional, antigüedad, área de trabajo, turno, contrato y jornada. Destacan la alta puntuación mediana en cargos de gestión y la baja puntuación en maternidad

Figura 7. Diagramas de caja de las puntuaciones en la subescala de Apoyo del CVP-35 según características laborales



5.1.4. Subescala de Cargas de trabajo del CVP-35

La tabla 14 contiene las puntuaciones de la subescala de demanda laboral del CVP-35 según las características sociodemográficas y carga familiar de los participantes. En general, las diferencias entre las distintas categorías de las variables son escasas y en ninguna de ellas se observan diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$, en todos los casos).

Tabla 14: Puntuación en la subescala Carga de Trabajo del cuestionario CVP-35 según características sociodemográficas y de carga familiar.

	Media (DT)	p- valor	Estadístico
Edad		0,418	0,9
	<i>[20,30] (n=40)</i>		
	<i>(30,40] (n=56)</i>		
	<i>(40,50] (n=105)</i>		
	<i>(50,60] (n=43)</i>		
Sexo		0,127	1,56
	<i>Mujer (n=209)</i>		
	<i>Hombre (n=35)</i>		
Situación Familiar		0,711	0,3
	<i>vive solo (n=23)</i>		
	<i>vive en pareja (n=157)</i>		
	<i>otros (n=64)</i>		
Numero hijos		0,212	1,5
	<i>0 (n=106)</i>		
	<i>1 (n=59)</i>		
	<i>2 (n=69)</i>		
	<i>3-4 (n=10)</i>		
Hijos menores de 5 años		0,846	-0,20
	<i>Sin hijos < 5 años (n=211)</i>		
	<i>Con hijos < 5 años (n=33)</i>		
Familiares Autónomos		0,727	0,4
	<i>0 (n=171)</i>		
	<i>1 (n=42)</i>		
	<i>2 (n=21)</i>		
	<i>3 (n=10)</i>		
Familiares Dependientes		0,836	0,3
	<i>0 (n=208)</i>		
	<i>1 (n=17)</i>		
	<i>2 (n=13)</i>		
	<i>3 (n=6)</i>		
Familiares Institucionalizados		0,696	-0,41

RESULTADOS CUANTITATIVOS

	Alguno (n=6)	68.33 (18.86)		
	Ninguno (n=238)	71.54 (13.75)		
Situación laboral pareja			0,729	0,5
	No procede (n=73)	69.89 (15.65)		
	Trabaja fuera de casa (n=145)	72.30 (13.43)		
	Trabaja desde casa (n=4)	76.00 (6.98)		
	En paro (n=12)	70.58 (12.42)		
	Jubilado (n=10)	70.00 (9.32)		

Como puede observarse en las figuras 8 y 9, las medidas de posición nos indican también una considerable uniformidad en los patrones de respuesta a los ítems de la subescala de cargas de trabajo, en las distintas categorías de las variables correspondientes a las características sociodemográficas y de carga familiar.

Figura 8: Diagramas de caja de las puntuaciones en la subescala de Carga de trabajo del CVP-35 según características sociodemográficas.

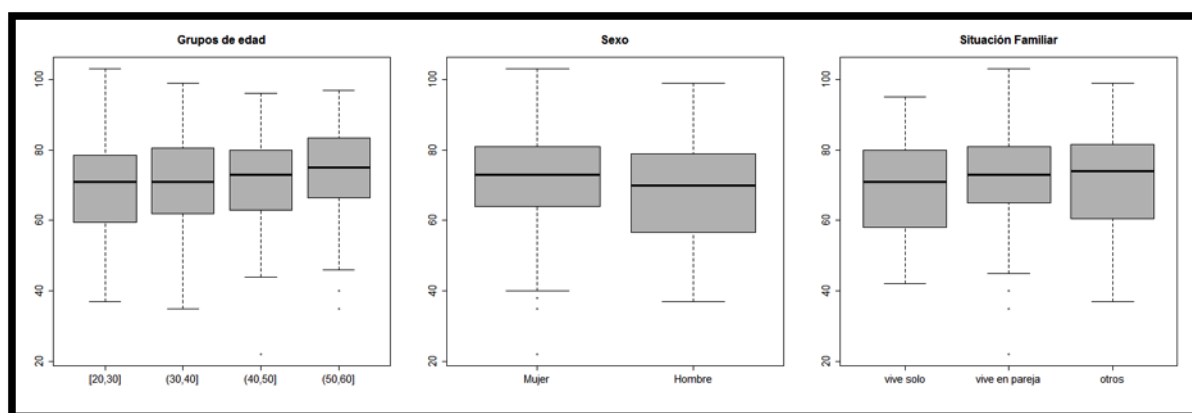
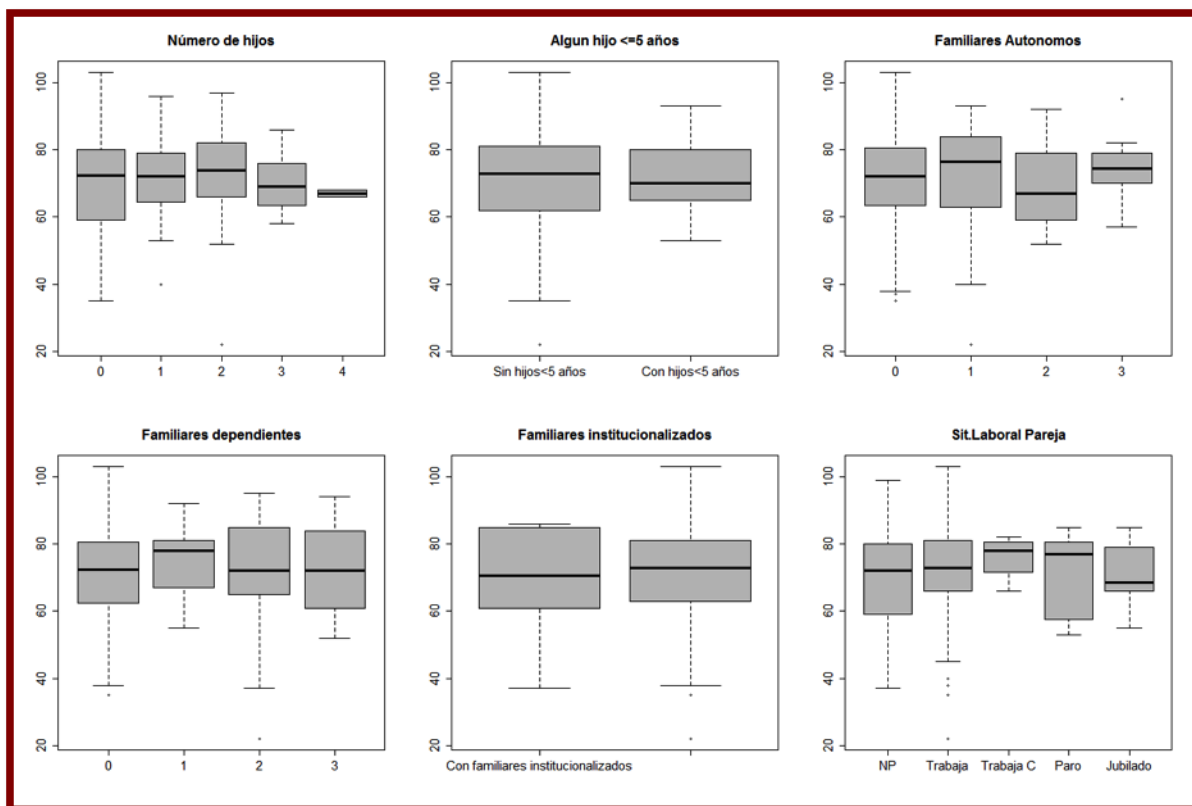


Figura 9: Diagramas de caja de las puntuaciones en la subescala de Carga de trabajo del CVP-35 según carga familiar.



La tabla 15 contiene las puntuaciones de carga de trabajo de las categorías de las características laborales. Se observan diferencias significativas en categoría profesional ($p<0,01$), antigüedad ($p<0,01$), área de trabajo ($p<0,01$) y tipo de contrato ($p<0,05$).

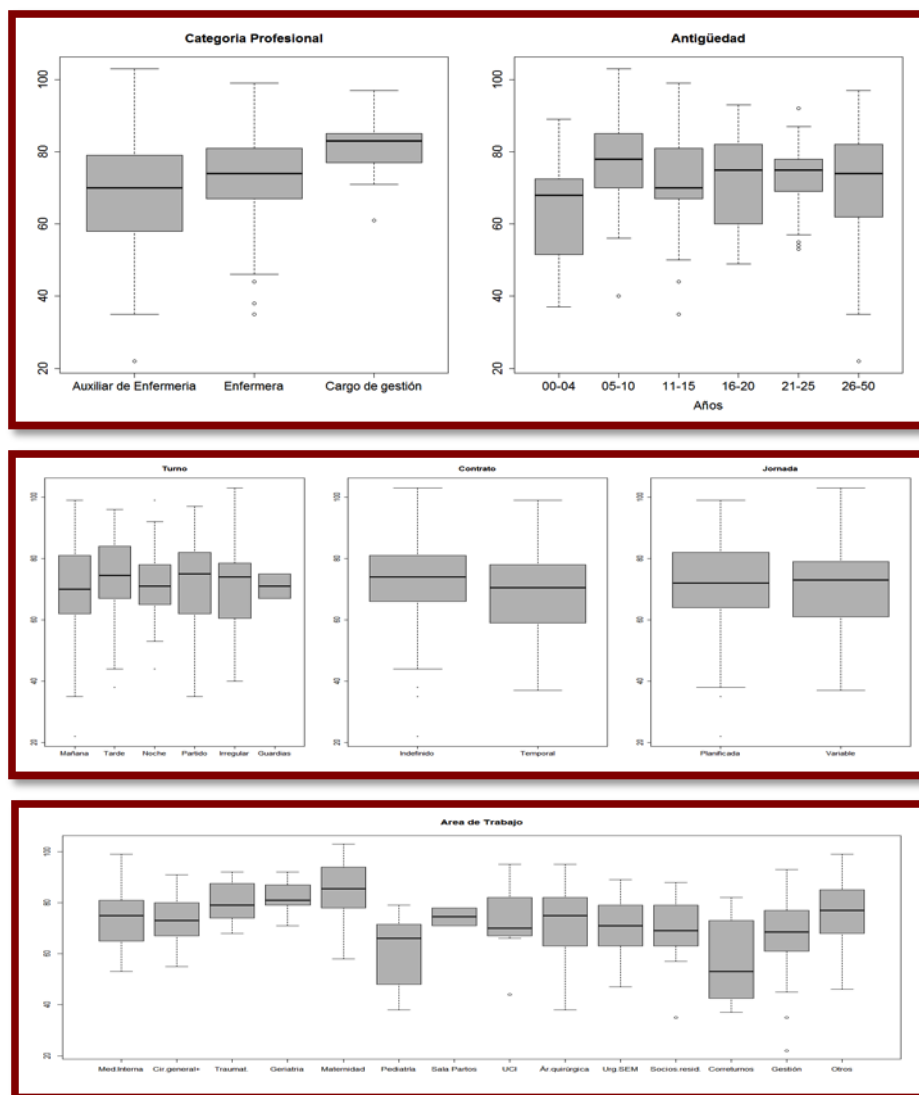
En la figura 10 pueden verse los diagramas de cajas de las puntuaciones de carga de trabajo según las características laborales.

RESULTADOS CUANTITATIVOS

Tabla 15: Puntuación en la subescala de Carga de Trabajo del cuestionario CVP-35 según características laborales.

	Media (DT)	p-valor	Estadístico
Categoría Profesional		0.002	0,9
<i>Auxiliar de Enfermería (n=106)</i>	68.31 (15.66)		
<i>Enfermera (n=129)</i>	73.37 (11.73)		
<i>Cargo de gestión (n=9)</i>	81.11 (10.61)		
Antigüedad		0.004	3,6
<i><=4 años (n=36)</i>	63.33 (14.39)		
<i>de 5 a 10 años (n=37)</i>	76.05 (12.26)		
<i>de 11 a 15 años (n=29)</i>	72.34 (15.59)		
<i>de 16 a 20 años (n=22)</i>	71.64 (13.02)		
<i>de 21 a 25 años (n=31)</i>	72.39 (9.70)		
<i>>26 años (n=89)</i>	72.18 (14.11)		
Área de Trabajo		<0.01	3,6
<i>Medicina Interna y 2a C (n=35)</i>	74.06 (12.24)		
<i>Cirugía general y especialidades (n=10)</i>	72.90 (10.87)		
<i>Traumatología (n=8)</i>	80.12 (8.46)		
<i>Geriatría (n=12)</i>	82.42 (6.17)		
<i>Maternidad (n=6)</i>	84.00 (15.89)		
<i>Pediatría (n=12)</i>	60.92 (14.18)		
<i>Sala de partos (n=2)</i>	74.50 (4.95)		
<i>Unidad de cuidados intensivos UCI (n=9)</i>	74.00 (15.56)		
<i>Área quirúrgica (n=27)</i>	71.96 (13.77)		
<i>Urgencias y SEM (n=41)</i>	70.78 (11.55)		
<i>Socio-sanitario y residencia (n=20)</i>	69.55 (12.54)		
<i>Perfil correturnos (n=11)</i>	57.64 (16.54)		
<i>Otros (n=38)</i>	67.47 (14.49)		
<i>Gestión (n=13)</i>	77.00 (14.43)		
Turno		0.941	0,2
<i>Mañana (n=68)</i>	71.01 (14.81)		
<i>Tarde (n=40)</i>	73.25 (14.18)		
<i>Noche (n=53)</i>	71.53 (11.51)		
<i>Partido(mañana tarde o tarde noche (n=42)</i>	71.83 (14.79)		
<i>Distribución irregular de la jornada (n=39)</i>	69.92 (14.47)		
<i>Guardias (n=2)</i>	71.00 (5.66)		
Contrato		0.044	2,04
<i>Indefinido (n=178)</i>	72.61 (13.34)		
<i>Temporal (n=66)</i>	68.36 (14.81)		
Jornada		0.228	1,21
<i>Planificada (n=166)</i>	72.20 (13.67)		
<i>Variable (n=78)</i>	69.87 (14.20)		

Figura 10: Diagramas de caja de las puntuaciones en la subescala de Carga de trabajo del CVP-35 según características laborales.



5.1.5. Subescala de Motivación del CVP-35

La tabla 16 contiene las puntuación de la subescala de motivación, según características sociodemográficas y carga familiar. Se observan diferencias significativas respecto al grupo de edad ($p < 0,01$) y en familiares dependientes ($p < 0,01$). En el resto de variables las diferencias no alcanzan significación estadística.

RESULTADOS CUANTITATIVOS

Tabla 16: Puntuación en la subescala de Motivación del cuestionario CVP-35 según características sociodemográficas y de carga familiar.

	Media (DT)	p-valor	Estadístico
Edad		0.005	4,4
	<i>[20,30] (n=40)</i>		
	<i>(30,40] (n=56)</i>		
	<i>(40,50] (n=105)</i>		
	<i>(50,60] (n=43)</i>		
Sexo		0.103	1,67
	<i>Mujer (n=209)</i>		
	<i>Hombre (n=35)</i>		
Situación Familiar		0.691	0,4
	<i>vive solo (n=23)</i>		
	<i>vive en pareja (n=157)</i>		
	<i>otros (n=64)</i>		
Numero hijos		0.451	0,9
	<i>0 (n=106)</i>		
	<i>1 (n=59)</i>		
	<i>2 (n=69)</i>		
	<i>3-4 (n=10)</i>		
Hijos menores de 5 años		0.585	0,55
	<i>Sin hijos<5 años (n=211)</i>		
	<i>Con hijos<5 años (n=33)</i>		
Familiares Autónomos		0.641	0,6
	<i>0 (n=171)</i>		
	<i>1 (n=42)</i>		
	<i>2 (n=21)</i>		
	<i>3 (n=10)</i>		
Familiares Dependientes		0.009	4,0
	<i>0 (n=208)</i>		
	<i>1 (n=17)</i>		
	<i>2 (n=13)</i>		
	<i>3 (n=6)</i>		
Familiares Institucionalizados		0.706	0,40
	<i>Alguno (n=6)</i>		
	<i>Ninguno (n=238)</i>		
Situación laboral pareja		0.733	0,5
	<i>No procede (n=73)</i>		
	<i>Trabaja fuera de casa (n=145)</i>		
	<i>Trabaja desde casa (n=4)</i>		
	<i>En paro (n=12)</i>		
	<i>Jubilado (n=10)</i>		

Tabla 17: Puntuación en la subescala de Motivación del cuestionario CVP-35 según características laborales.

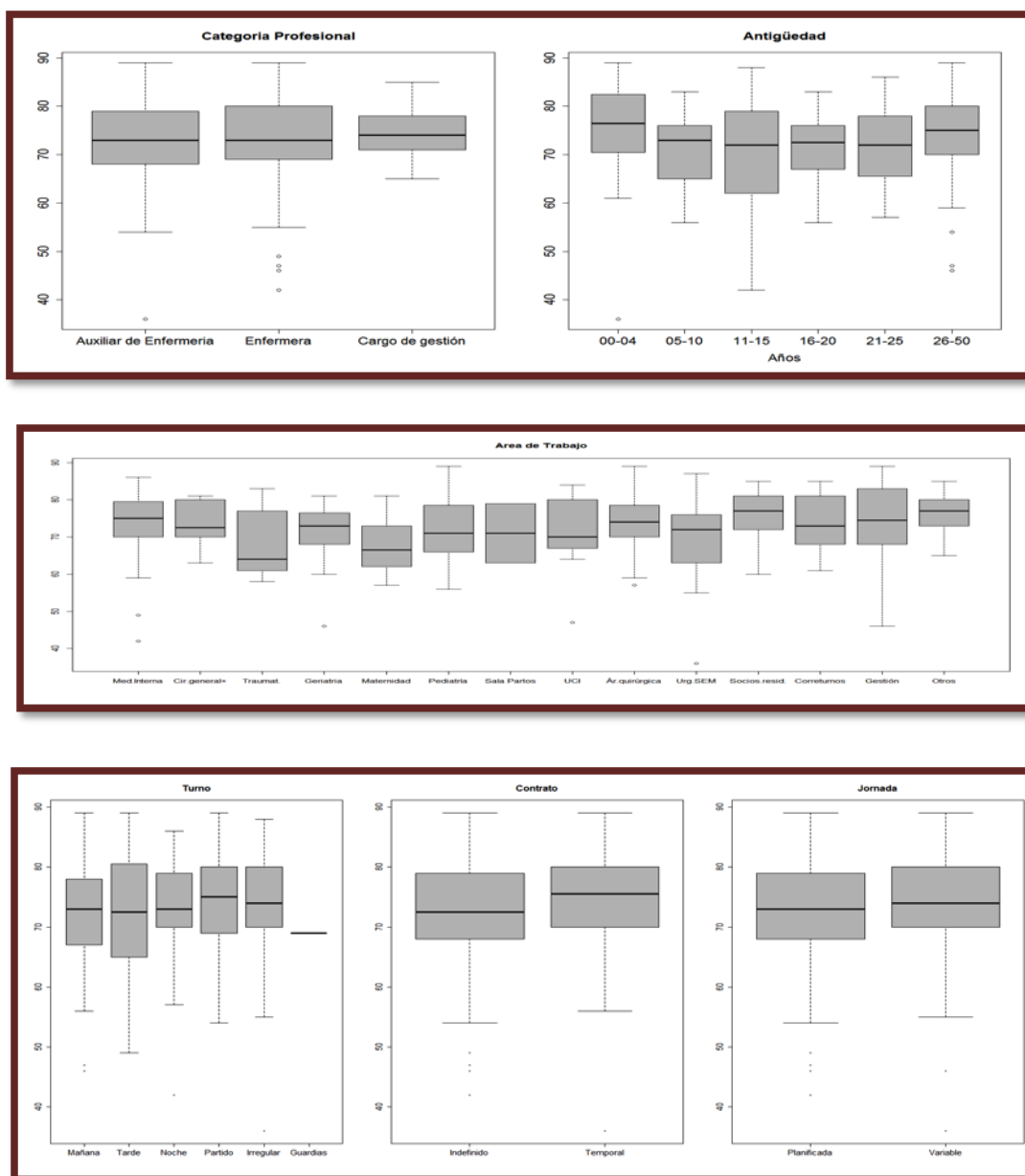
	Media (DT)	p-valor	Estadístico
Categoría Profesional		0.742	4,4
<i>Auxiliar de Enfermería (n=106)</i>	72.83 (8.84)		
<i>Enfermera (n=129)</i>	72.45 (9.34)		
<i>Cargo de gestión (n=9)</i>	74.78 (6.04)		
Antigüedad		0.096	1,9
<4 años (n=36)	75.33 (10.04)		
de 5 a 10 años (n=37)	70.95 (6.99)		
de 11 a 15 años (n=29)	70.48 (10.98)		
de 16 a 20 años (n=22)	71.27 (7.03)		
de 21 a 25 años (n=31)	71.26 (7.91)		
>26 años (n=89)	73.94 (9.15)		
Área de Trabajo		0.275	1,2
<i>Medicina Interna y 2a C (n=35)</i>	73.09 (9.52)		
<i>Cirugía general y especialidades (n=10)</i>	73.00 (6.38)		
<i>Traumatología (n=8)</i>	68.12 (9.64)		
<i>Geriatría (n=12)</i>	70.67 (9.64)		
<i>Maternidad (n=6)</i>	67.67 (8.57)		
<i>Pediatría (n=12)</i>	72.17 (9.41)		
<i>Sala de partos (n=2)</i>	71.00 (11.31)		
<i>Unidad de cuidados intensivos UCI (n=9)</i>	70.56 (11.42)		
<i>Área quirúrgica (n=27)</i>	74.07 (7.63)		
<i>Urgencias y SEM (n=41)</i>	70.05 (9.33)		
<i>Socio-sanitario y residencia (n=20)</i>	76.45 (6.30)		
<i>Perfil correturnos (n=11)</i>	74.27 (8.28)		
<i>Otros (n=38)</i>	73.76 (10.37)		
<i>Gestión (n=13)</i>	76.00 (5.72)		
Turno		0.667	0,6
<i>Mañana (n=68)</i>	71.47 (9.34)		
<i>Tarde (n=40)</i>	72.97 (9.15)		
<i>Noche (n=53)</i>	72.57 (8.83)		
<i>Partido(mañana tarde o tarde noche) (n=42)</i>	74.40 (7.83)		
<i>Distribución irregular de la jornada (n=39)</i>	73.10 (9.95)		
<i>Guardias (n=2)</i>	69.00 (0.00)		
Contrato		0.052	-1,96
<i>Indefinido (n=178)</i>	72.02 (9.01)		
<i>Temporal (n=66)</i>	74.53 (8.80)		
Jornada		0.526	-0,64
<i>Planificada (n=166)</i>	72.45 (8.90)		
<i>Variable (n=78)</i>	73.24 (9.25)		

RESULTADOS CUANTITATIVOS

En la tabla 17 se incluyen los resultados de motivación según características laborales. En ninguna de las variables se observan diferencias significativas.

En la figura 11 figuran los diagramas de cajas de las puntuaciones de *motivación* según las características laborales.

Figura 11. Diagramas de caja de las puntuaciones en la subescala de Motivación del CVP-35 según características laborales.



5.1.6. Ítem 34 de calidad de vida profesional general del CVP-35

Por lo que respecta a la pregunta única de *calidad de vida profesional* (ítem 34 del CVP-35), según se observa en la tabla 18, no aparecen diferencias significativas en su puntuación en función de las diferentes características sociodemográficas o de carga familiar, a excepción de la variable de *familiares dependientes* ($p=0.05$).

En cuanto a las características laborales (tabla 19), las únicas diferencias significativas en las respuestas al ítem de *calidad de vida profesional* aparecen en la variable *área de trabajo*.

Tabla 18: Características sociodemográficas y de carga familiar de la muestra según respuesta al ítem 34 de calidad de vida profesional del cuestionario CVP-35

	Nada (n=22)	Algo (n=80)	Bastante (n=129)	Mucho (n=13)	p- valor
Edad (Valor estadístico: 0,77)	39.23 (8.22)	42.70 (8.64)	42.09 (10.04)	42.38 (11.40)	0.509
Grupos edad					0.447
[20,30]	5 (22.73%)	10 (12.50%)	22 (17.05%)	3 (23.08%)	
(30,40]	8 (36.36%)	19 (23.75%)	27 (20.93%)	2 (15.38%)	
(40,50]	8 (36.36%)	38 (47.50%)	55 (42.64%)	4 (30.77%)	
(50,60]	1 (4.55%)	13 (16.25%)	25 (19.38%)	4 (30.77%)	
Sexo					0.245
Mujer	18 (81.82%)	73 (91.25%)	106 (82.17%)	12 (92.31%)	
Hombre	4 (18.18%)	7 (8.75%)	23 (17.83%)	1 (7.69%)	
Situación familiar					0.644
vive solo	1 (4.55%)	9 (11.25%)	12 (9.30%)	1 (7.69%)	
vive en pareja	15 (68.18%)	49 (61.25%)	87 (67.44%)	6 (46.15%)	
otros	6 (27.27%)	22 (27.50%)	30 (23.26%)	6 (46.15%)	
Número de hijos (Valor estadístico: 0,7)	0.82 (1.05)	0.99 (0.92)	0.96 (0.97)	0.62 (0.96)	0.555
Numero de hijos					0.192
0	13 (59.09%)	32 (40.00%)	53 (41.09%)	8 (61.54%)	
1	1 (4.55%)	19 (23.75%)	36 (27.91%)	3 (23.08%)	
2	7 (31.82%)	27 (33.75%)	34 (26.36%)	1 (7.69%)	
3	1 (4.55%)	2 (2.50%)	4 (3.10%)	1 (7.69%)	
4	0 (0.00%)	0 (0.00%)	2 (1.55%)	0 (0.00%)	
Situación laboral pareja					0.459
No procede	5 (22.73%)	23 (28.75%)	38 (29.46%)	7 (53.85%)	
Trabaja fuera de casa	17 (77.27%)	48 (60.00%)	76 (58.91%)	4 (30.77%)	
Trabaja desde casa	0 (0.00%)	2 (2.50%)	2 (1.55%)	0 (0.00%)	
En paro	0 (0.00%)	4 (5.00%)	6 (4.65%)	2 (15.38%)	
Jubilado	0 (0.00%)	3 (3.75%)	7 (5.43%)	0 (0.00%)	
Familiares dependientes					0.029
0	19 (86.36%)	60 (75.00%)	118 (91.47%)	11 (84.62%)	
1	1 (4.55%)	10 (12.50%)	5 (3.88%)	1 (7.69%)	
2	1 (4.55%)	9 (11.25%)	3 (2.33%)	0 (0.00%)	
3	1 (4.55%)	1 (1.25%)	3 (2.33%)	1 (7.69%)	
Familiares institucionalizados					0.468
Alguno	0 (0.00%)	2 (2.50%)	3 (2.33%)	1 (7.69%)	
Ninguno	22 (100.00%)	78 (97.50%)	126 (97.67%)	12 (92.31%)	

Tabla 19: Características laborales de la muestra según respuesta al ítem 34 de calidad de vida profesional del cuestionario CVP-35

	Nada (n=22)	Algo (n=80)	Bastante (n=129)	Mucho (n=13)	p-valor
Categoría profesional					0.059
<i>Auxiliar de Enfermería</i>	9 (40.91%)	31 (38.75%)	57 (44.19%)	9 (69.23%)	
<i>Enfermera</i>	13 (59.09%)	49 (61.25%)	63 (48.84%)	4 (30.77%)	
<i>Cargo de gestión</i>	0 (0.00%)	0 (0.00%)	9 (6.98%)	0 (0.00%)	
Antigüedad					0.426
<i>00-04</i>	2 (9.09%)	9 (11.25%)	22 (17.05%)	3 (23.08%)	
<i>05-10</i>	5 (22.73%)	11 (13.75%)	21 (16.28%)	0 (0.00%)	
<i>11-15</i>	3 (13.64%)	11 (13.75%)	13 (10.08%)	2 (15.38%)	
<i>16-20</i>	4 (18.18%)	6 (7.50%)	12 (9.30%)	0 (0.00%)	
<i>21-25</i>	3 (13.64%)	13 (16.25%)	15 (11.63%)	0 (0.00%)	
<i>26-50</i>	5 (22.73%)	30 (37.50%)	46 (35.66%)	8 (61.54%)	
Área trabajo					0.002
<i>Medicina Interna y 2a C</i>	2 (9.09%)	14 (17.50%)	15 (11.63%)	4 (30.77%)	
<i>Cirugía general y especialidades</i>	1 (4.55%)	1 (1.25%)	7 (5.43%)	1 (7.69%)	
<i>Traumatología</i>	3 (13.64%)	0 (0.00%)	4 (3.10%)	1 (7.69%)	
<i>Geriatría</i>	1 (4.55%)	5 (6.25%)	6 (4.65%)	0 (0.00%)	
<i>Maternidad</i>	2 (9.09%)	2 (2.50%)	2 (1.55%)	0 (0.00%)	
<i>Pediatría</i>	2 (9.09%)	3 (3.75%)	7 (5.43%)	0 (0.00%)	
<i>Sala de partos</i>	1 (4.55%)	1 (1.25%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	
<i>Unidad de cuidados intensivos UCI</i>	1 (4.55%)	4 (5.00%)	4 (3.10%)	0 (0.00%)	
<i>Área quirúrgica</i>	1 (4.55%)	12 (15.00%)	13 (10.08%)	1 (7.69%)	
<i>Urgencias y SEM</i>	6 (27.27%)	19 (23.75%)	16 (12.40%)	0 (0.00%)	
<i>Socio-sanitario y residencia</i>	0 (0.00%)	1 (1.25%)	18 (13.95%)	1 (7.69%)	
<i>Perfil correturnos</i>	0 (0.00%)	1 (1.25%)	9 (6.98%)	1 (7.69%)	
<i>Otros</i>	1 (4.55%)	14 (17.50%)	20 (15.50%)	3 (23.08%)	
<i>Gestión</i>	1 (4.55%)	3 (3.75%)	8 (6.20%)	1 (7.69%)	
Turno					0.604
<i>Mañana</i>	5 (22.73%)	24 (30.00%)	35 (27.13%)	4 (30.77%)	
<i>Tarde</i>	6 (27.27%)	15 (18.75%)	18 (13.95%)	1 (7.69%)	
<i>Noche</i>	7 (31.82%)	18 (22.50%)	25 (19.38%)	3 (23.08%)	
<i>Partido(mañana tarde o tarde noche)</i>	1 (4.55%)	11 (13.75%)	29 (22.48%)	1 (7.69%)	
<i>Distribución irregular de la jornada</i>	3 (13.64%)	11 (13.75%)	21 (16.28%)	4 (30.77%)	
<i>Guardias</i>	0 (0.00%)	1 (1.25%)	1 (0.78%)	0 (0.00%)	
Contrato					0.905
<i>Indefinido</i>	17 (77.27%)	60 (75.00%)	92 (71.32%)	9 (69.23%)	
<i>Temporal</i>	5 (22.73%)	20 (25.00%)	37 (28.68%)	4 (30.77%)	
Jornada					0.414
<i>Planificada</i>	15 (68.18%)	59 (73.75%)	82 (63.57%)	10 (76.92%)	
<i>Variable</i>	7 (31.82%)	21 (26.25%)	47 (36.43%)	3 (23.08%)	

5.2. Resultados perspectiva cualitativa.

Este apartado tiene como objetivo presentar la interconexión de las categorías por reducción máxima en el proceso de codificación para la definición de los elementos del modelo paradigmático de Glaser y Strauss (1967) a fin de permitir la construcción del modelo.

Después de la construcción de código, categorías y metacategorías se llevó a cabo la organización de acuerdo con el modelo antes citado, que establece que las categorías deben ser revisadas y ordenadas, con el fin de identificar la idea central que está integrada en las categorías y que darán lugar a la teoría substantiva, mediante la interconexión de las diferentes categorías encontradas.

Inicialmente se muestra el primer proceso de codificación con el listado de códigos obtenidos hasta la obtención de la categoría central, a continuación se muestra la interconexión de las categorías y por último se ofrece el listado de categorías.

En el segundo apartado se procede a la definición de cada una de las categorías incluyendo las citas más representativas para cada una de ellas teniendo en cuenta las diferencias y similitudes según la categoría profesional de los participantes ya sean enfermeras, auxiliares o coordinadoras.

5.2.1. Codificación: Emergencia de la categoría central.

El proceso de codificación inicial se realizó mediante el software atlas.ti y dio lugar a una lista de 66 códigos iniciales

Tabla 20: Códigos iniciales

<ol style="list-style-type: none">1. Concepto calidad de vida laboral2. Cosas para mejorar la calidad de vida laboral3. Reconocimiento4. Incentivación/ motivación profesional5. Consideración de sus opiniones6. Trabas institucionales7. Autonomía profesional8. Gestión de los servicios9. Apoyo de los jefes inmediatos10. Mejoras para los trabajadores11. Estabilidad de horarios12. Horarios personal sanitario13. Tipos de contratos14. Diferencias entre los profesionales15. Estabilidad en el servicio16. Progresión lenta para la estabilidad laboral17. Gestión de personal18. Zona de descanso19. Recursos materiales para facilitar el trabajo20. Buenas relaciones entre compañeros21. Conflictos entre compañeros22. Relación con otros turnos23. Estabilidad de los equipos24. Conflictos con los médicos.25. Comparación con los médicos26. Relación con los jefes27. Sueldo no compensa28. Los sueldos no han subido29. Formación incluida en el horario laboral30. Formación específica al lugar de trabajo31. Incentivar/ facilitar la formación32. Horarios personal sanitario33. Tipos de contratos34. Diferencias entre los profesionales35. Estabilidad en el servicio	<ol style="list-style-type: none">36. Desconectar al terminar la jornada37. Separar trabajo-vida personal38. Como afecta el trabajo en la vida personal39. Conciliación40. Presión asistencial41. Falta de tiempo42. Falta de Recursos materiales43. Falta de personal44. Ratio de pacientes45. Pacientes complejos46. Polivalencia / Especialidad47. Registros48. Duplicidad de registros49. Registros informáticos50. Responsabilidad profesional51. Conflictos con los pacientes/familiares52. Falta de comunicación entre profesionales53. Objetivos de la institución54. Funciones del profesional55. Interferencias56. Profesionales noveles57. Reconocimiento por parte de los pacientes58. Vocación59. Dedicación al cuidado directo de las personas.60. Calidad de la asistencia61. Reconocimiento por parte de los compañeros62. Trabajo bien hecho63. Desmotivación/ motivación64. Implicación de los profesionales65. Experiencia del profesional66. Componente personal
--	--

RESULTADOS CUALITATIVOS

Estos códigos se agruparon por temáticas para generar las categorías, a continuación se procedió a reagrupar y definir los conceptos de cada una de las categorías que finalmente se agruparon en tres metacategorías que dieron paso a la emergencia de la categoría central (Tabla 21).

Los códigos dieron lugar a 10 categorías:

1. Apoyo institucional
2. Estabilidad laboral
3. Comodidad en el espacio de trabajo
4. Relaciones en el trabajo
5. Salario
6. Formación
7. Equilibrio vida laboral-vida personal
8. Factores estresantes
9. Satisfacción laboral
10. Factores personales

Estas 10 categorías se agruparon en tres metacategorías :

1. *Condiciones laborales necesarias para el profesional*
2. *Demandas de trabajo*
3. *Satisfacción con el trabajo*

Los profesionales de enfermería necesitan una serie de condiciones laborales consideradas por los participantes que deben ser ofrecidas por la institución, para poder hacer frente a las demandas propias de su trabajo, que unido a la satisfacción y motivación personales, llevan al profesional a obtener una adecuada calidad de vida profesional lo que se ha llamado “**Poder cuidar de mis pacientes con buenas condiciones.**” Correspondiente a la categoría central emergida de los datos.

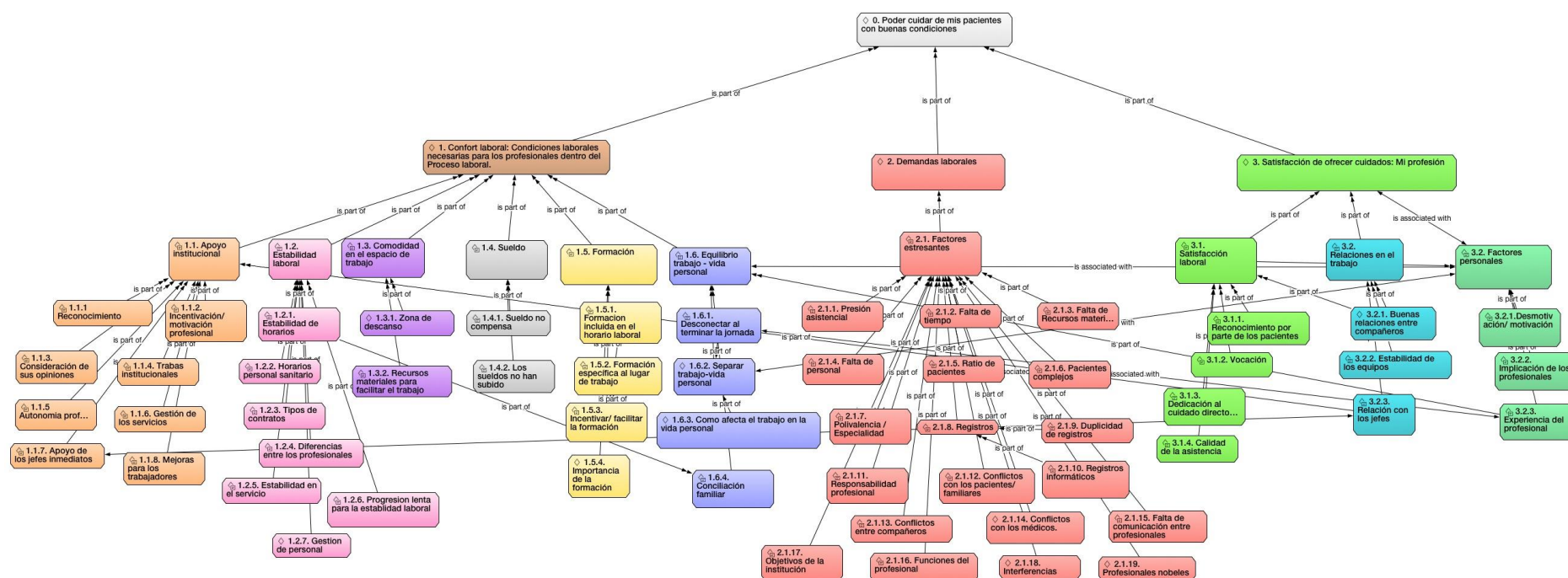
Tabla 21: Emergencia de la categoría Central

Códigos	Categorías	Metacategorías	Categoría central
1.1.1. Reconocimiento	1.1. Apoyo institucional	1. Condiciones laborales necesarias para los profesionales dentro del Proceso laboral.	0. Poder cuidar de mis pacientes con buenas condiciones
1.1.2. Incentivación/ motivación profesional			
1.1.3. Consideración de sus opiniones			
1.1.4. Trabas institucionales			
1.1.5. Autonomía profesional			
1.1.6. Gestión de los servicios			
1.1.7. Apoyo de los jefes inmediatos			
1.1.8. Mejoras para los trabajadores			
1.2.1. Estabilidad de horarios	1.2. Estabilidad laboral		
1.2.2. Horarios personal sanitario			
1.2.3. Tipos de contratos			
1.2.4. Diferencias entre los profesionales			
1.2.5. Estabilidad en el servicio			
1.2.6. Progresión lenta para la estabilidad laboral			
1.2.7. Gestión de personal			
1.3.1. Zona de descanso	1.3. Comodidad en el espacio de trabajo		
1.3.2. Recursos materiales para facilitar el trabajo	1.4. Salario		
1.4.1. Sueldo no compensa	1.5. Formación		
1.4.2. Los sueldos no han subido			
1.5.1. Formación incluida en el horario laboral			
1.5.2. Formación específica al lugar de trabajo			
1.5.3. Incentivar/ facilitar la formación	1.6. Equilibrio vida laboral-vida personal		
1.6.1. Desconectar al terminar la jornada			
1.6.2. Separar trabajo-vida personal			
1.6.3. Como afecta el trabajo en la vida personal			
1.6.4. Conciliación	2.1. Factores estresantes	2. Demandas laborales	
2.1.1. Presión asistencial			
2.1.2. Falta de tiempo			
2.1.3. Falta de Recursos materiales			
2.1.4. Falta de personal			
2.1.5. Ratio de pacientes			
2.1.6. Pacientes complejos			
2.1.7. Polivalencia / Especialidad			
2.1.8. Registros			
2.1.9. Duplicidad de registros			
2.1.10. Registros informáticos			
2.1.11 Responsabilidad profesional			
2.1.12. Conflictos con los pacientes/familiares			
2.1.13. Conflictos entre compañeros			
2.1.14. Conflictos con los médicos.			
2.1.15. Falta de comunicación entre profesionales			
2.1.16. Objetivos de la institución			
2.1.17. Funciones del profesional			
2.1.18. Interferencias			
2.1.19. Profesionales noveles	3.1. Satisfacción profesional	3. Satisfacción con el trabajo	
3.1.1. Reconocimiento por parte de los pacientes			
3.1.2. Vocación			
3.1.3. Dedicación al cuidado directo de las personas.			
3.1.4. Calidad de la asistencia			
3.1.5. Reconocimiento por parte de los compañeros			
3.1.6. Trabajo bien hecho	3.2. Relaciones en el trabajo		
3.2.1. Buenas relaciones entre compañeros			
3.2.2. Estabilidad de los equipos			
3.2.3. Relación con los jefes	3.3. Factores personales		
3.3.1. Desmotivación/ motivación			
3.3.2. Implicación de los profesionales			

Fuente: Creación propia mediante el programa *Atlas.ti*

Se interrelacionaron las categorías, relacionando como *si son parte de* o *están relacionadas con* dando lugar a una red de categorías que se muestran en la figura 12

Figura 12: Cuadro de la red de categorías.



Fuente: Creación propia a partir de los códigos, categorías y metacategorías elaboradas mediante el programa *Atlas.ti*

Se identificaron las categorías principales tal y como se muestran en la tabla 22, con las citas correspondientes en cada grupo de discusión.

Tabla 22: Tabla de categorías por grupo de discusión.

Metacategorías	Categorías	Grupo 1 Enf	Grupo 2 Enf	Grupo 3 Enf	Grupo 1 Aux	Grupo 2 Aux	Grupo 3 Aux	Grupo Coord.	Citas
1. Condiciones laborales necesarias para los profesionales dentro del Proceso laboral.	1.1. Apoyo institucional	12	31	44	31	18	16	25	177
	1.2. Estabilidad laboral	9	16	79	44	7	16	24	195
	1.3. Comodidad en el espacio de trabajo	0	0	0	6	4	2	0	12
	1.4. Salario	2	0	13	8	4	1	6	34
	1.5. Formación	7	12	5	0	3	6	0	33
	1.6. Equilibrio trabajo - vida personal	32	25	7	12	5	12	9	102
2. Demandas laborales	2.1. Factores estresantes	84	42	22	18	45	25	64	300
3. Satisfacción con el trabajo	3.1. Satisfacción profesional	10	12	13	16	10	8	17	86
	3.2. Relaciones en el trabajo	16	10	16	17	12	6	9	86
	3.3. Factores personales	3	5	10	4	4	6	14	46
	Citas	175	153	209	156	112	98	168	1071

Teniendo en cuenta la tabla 22, las cinco categorías principales surgidas de nuestro estudio según el número de citas, han sido en primer lugar, los factores estresantes que contienen un total de 300 citas, seguida de la categoría estabilidad laboral (195 citas), en tercera posición está el apoyo institucional (177 citas), la cuarta corresponde a la satisfacción profesional (86 citas), y las relaciones en el

RESULTADOS CUALITATIVOS

trabajo con el mismo número de citas (86 citas), y el quinto lugar lo ocupa el equilibrio vida laboral-vida personal (65 citas)

A pesar de que los factores estresantes es la categoría con más citas, en los grupos de discusión los primeros comentarios surgidos fueron los pertenecientes a las condiciones laborales necesarias dentro del proceso laboral: estabilidad laboral, seguida de apoyo institucional, y en tercer lugar relaciones en el trabajo. El tema de la estabilidad laboral correspondió a comentarios sobre la necesidad de tener un horario estable, con una adecuada planificación, junto con comentarios relacionados con el tipo de contrato. Incluso los participantes que disponían de un contrato estable con horario planificado reconocían el malestar de los profesionales que no disponían de esta planificación. Reclamaron apoyo por parte de la institución transformado en reconocimiento e incentivación entre otros. La buena relación con los compañeros, es considerada en muchas ocasiones como básica y generadora de satisfacción, y que la situaciones que provocan estrés eran mejor gestionadas con un buen apoyo de los compañeros, considerando que la relación entre compañeros como determinante para su satisfacción y la calidad de vida profesional.

Además, disponer de un buen equilibrio vida laboral- vida personal resulta facilitador para la calidad de vida profesional, está en muchas ocasiones relacionado de forma directa con la estabilidad laboral.

Exceptuando un GD formado por enfermeras, el salario, es citado en todos los GD de las tres categorías por lo que, a pesar de ser una de las tres categorías con menor número citas (34 citas), es tenido en cuenta por los profesionales como factor influyente en la CVP.

La formación promocionada y facilitada por la institución es considerada como necesaria para el ejercicio de su labor profesional, a pesar de contener pocas citas (33 citas) de sus discursos se evidencia la importancia que le otorgan. Esta categoría es más citada en los grupos de enfermeras.

Por último la comodidad en el espacio de trabajo es citada solamente en los grupos de auxiliares, las enfermeras no hace ninguna referencia al respecto, contiene solo

12 citas, no obstante se ha considerado relevante incluirla como una categoría ya ha sido tenida en cuenta en todos los GD de auxiliares.

En cuanto a satisfacción la mayoría de informantes hacen referencia a las situaciones de cuidado directo de los pacientes, y el reconocimiento por parte de pacientes y familias. De las tres metacategorías es la que contiene menos citas, 246 citas

A priori se consideró que las opiniones de enfermeras y auxiliares diferirían debido a las particularidades de cada uno de los colectivos, teniendo en cuenta la tabla 25, se puede observar como las categorías aparecen en mayor o menor medida en todos los grupos de discusión a excepción de la categoría *comodidad en el espacio de trabajo*.

A pesar de las diferencias implícitas en las características de los profesionales de los dos colectivos, se ha observado como en relación al trabajo, perciben su calidad de vida laboral entorno a los mismos conceptos. Por lo que los datos se han podido agrupar en las mismas categorías del estudio. No obstante, es necesario considerar que los discursos de ambos colectivos incluidos dentro de una misma categoría, en ocasiones difieren en cuanto a contenidos y objetivos perseguidos por uno y otro colectivo. En el siguiente apartado de definición de cada categoría se entrará en el detalle de los discursos lo que permitirá objetivar estas diferencias.

Sin embargo teniendo en cuenta esta consideración, se ha determinado la presentación de los resultados de manera conjunta para enfermeras y auxiliares de enfermería.

RESULTADOS CUALITATIVOS

5.2.2. Definición por categorías.

En este apartado se procede a mostrar cada una de las categorías encontradas. Las categorías han sido agrupadas en tres metacategorías correspondientes a *Condiciones laborales necesarias para el profesional*, *Demandas de trabajo* y *Satisfacción con el trabajo*.

Dentro de cada metacategoría se definen las categorías, a continuación se muestran en tablas los códigos incluidos en cada categoría y por último se muestran las citas o “*verbatim*”⁶ más representativos.

1. Condiciones laborales necesarias para los profesionales dentro del Proceso laboral.

Esta metacategoría reúne todo aquello que los profesionales consideran que es necesario para el desempeño de sus funciones y para poder trabajar de forma adecuada.

Esta metacategoría obtenida a nivel cualitativo incluye 6 categorías: *apoyo institucional*, *estabilidad laboral*, *comodidad en el espacio de trabajo*, *salario*, *formación* y *equilibrio vida laboral-vida personal*, siendo a su vez la que incluye más códigos, que han emergido siguiendo el proceso de la Teoría fundamentada de reducción hasta englobar en ella todas las condiciones, demandas y consideraciones narradas por los participantes como elementos necesarios para el desempeño laboral y que dependientes según su percepción, en mayor o menor medida de la institución, se trata de algo considerado como externo a ellos.

1.1. Apoyo institucional.

Se ha denominado *apoyo institucional* a la categoría que incluye todos los códigos incluidos referentes al apoyo laboral o institucional al que los profesionales hacen

CLXXX—

⁶ Desde un análisis lingüístico, “*verbatim*” significa la reproducción exacta de una oración, frase, cita u otra secuencia de texto desde una fuente a otra. Las palabras aparecen en el mismo lugar, en el mismo orden, sin paráfrasis, sustitución o abreviación de cualquier tipo, sin realizar siquiera un cambio trivial que pueda alterar el significado.

referencia. Los profesionales reclaman apoyo por parte de la institución entendida como empresa, además hacen referencia al apoyo recibido por los jefes directos. Estos apoyos no son solo referentes al trabajo diario, también se relatan situaciones en las que reclaman apoyo en cuanto a opiniones, a decisiones o a iniciativas por parte de los profesionales.

Incluye los códigos reconocimiento, incentivación/ motivación profesional, consideración de sus opiniones, las posibles trabas que perciben por parte de la institución, disponer de autonomía profesional, gestión/ organización de los servicios, apoyo de los jefes inmediatos y mejoras para los trabajadores (Incluye 177 Citas).

Tabla 23: Tabla apoyo institucional

Códigos	Grupo 1Enf	Grupo 2 Enf	Grupo 3 Enf	Grupo 1 Aux	Grupo 2 Aux	Grupo 3 Aux	Grupo Coord.	Citas
1.1.1 Reconocimiento	4	16	15	12	6	4	8	65
1.1.2. Incentivación/ motivación profesional	1	4	11	1	3	5	5	30
1.1.3. Consideración de sus opiniones	0	2	2	3	1	1	6	15
1.1.4. Trabas institucionales	3	1	2	0	0	0	0	6
1.1.5 Autonomía profesional	4	4	1	0	0	0	0	9
1.1.6. Gestión de los servicios	0	1	6	2	0	2	3	14
1.1.7. Apoyo de los jefes inmediatos	0	3	7	6	3	2	3	24
1.1.8. Mejoras para los trabajadores	0	0	0	7	5	2	0	14
Citas	12	31	44	31	18	16	25	177

Tal y como se observa en la tabla 23 los códigos trabas institucionales y autonomía profesional son conceptos solo citados en los GD de enfermeras lo que resulta interesante ya que la autonomía hace referencia a uno de los elementos propios de las profesiones, por lo que en este caso, los auxiliares de enfermería no es algo que refieran.

RESULTADOS CUALITATIVOS

En cuanto al contenido de las citas se aprecia como en conceptos como el reconocimiento las enfermeras refieren el conocimiento de su profesión, como especialidades o reconocimiento curricular, en el caso de las auxiliares el reconocimiento hace referencia a aspectos más laborales como mejora de los contratos (tabla 24).

Tabla 24: Citas apoyo Institucional

Apoyo institucional	
Códigos	Citas
● 1.1.1. Reconocimiento	3:146 E 21: Reconocimiento de tu profesión. 1:15 E7: recolzament, i reconeixement. Per part de la divisió, de la direcció de infermeria,/ 1:16 E5-que et valorin i que puguis també evolucionar en el temps...4:19- AUX11: Moltes vegades dóna la sensació de que ets un número. AUX 3: I nosaltres hem de demostrar que som més que un número(...).-E 25: Si la gente tuviera, yo creo, un poco de reconocimiento, lo que decíamos antes ¿no? decir: ahh, es igual, muy bien, y una palmadita en la espalda, nadie se quejaría tanto de lo que nos estamos quejando. 7:55 COORD 5: si tinguéssim una mica de recolzament jo també em sentiria millor, estaria mes satisfeta. Perquè la sensació que tinc és que nosaltres fem coses i que els caps no ho saben /3:108 -E 21: Jo penso, penso que a nivell de direcció d'Infermeria s'hauria de reconèixer molt més la professió en sí, ehhh... cuadrarnos un poquito más delante de la dirección médica...
● 1.1.2. Incentivación/ motivación profesional	7:57-AUX 18- Si bueno pero que te digan que bien pero luego salga alguna suplencia que esté bien y se la den a otra persona de qué me sirve, no veo el reconocimiento, porque si están contentos, pues para que yo esté mejor pues que me mejoren el contrato o las condiciones no?/ 3:39 E 19: Sí y no. Porque hay gente que incentiva mucho, de hacer muchas cosas, aquí... ella lo sabe bien... yo tengo muchas ganas de hacer cosas, tengo trabajos, tengo historias mil. Pero evidentemente yo mi tiempo tiene un precio, y mi precio es simplemente un papel donde ponga, certifique que yo he hecho ese trabajo, he invertido estas horas y se me da un título, un papel, es lo único que yo pido, por mi tiempo. Y nunca se me da.-E 21: Eso es demasiado difícil.
● 1.1.3. Consideración de sus opiniones	2:34: E10- tampoc se'ls ha escoltat a les persones de les unitats, jo penso que infermeria de vegades és poc escoltada, (...)no és escoltada ni pels directius ni pels comandaments d'Infermeria/ 2:35- E12: O que nos preguntaran ¿Qué queréis hacer, o cómo podemos hacer esto o cómo...? ...
● 1.1.4. Trabas institucionales	1:9 E2: però jo crec que a la institució no l'interessa que anem a una. 1:10 E2 Perquè l'únic tot són traves, tu. He intentat fer un treball conjunt: "ai no, perquè això nosaltres...no ho podem fer com a infermeres..." Bueno, jo crec que a la institució no els hi interessa tenir-nos... aglutinats... /1:145 E4- ganas de fer, amb... però de vegades et trobes que no et deixen. Que estàs amb traves, comences a fer i directament tens que parar, no, no... no pots

RESULTADOS CUALITATIVOS

- **1.1.5 Autonomía profesional** *1:3 E2- (...) que realment tu com a infermera puguis decidir moltes de les coses que fas, sentir-te com realitzada professionalment 1:146 E2- en el meu servei, realment pots dir el que penses i es té en compte, i a vegades, la decisió infermera té més pes /2:10 E10- (...) anys enradera,jo gestionava la meva feina, jo deia quan pujaven els ingressos, deia on el posar... jo he perdut, he perdut autonomia, vull dir... ara és una persona que em mana i diu mira, aquest ve aquí, aquest ve allà, bueno, pues jo m'ho muntava i a mi m'enriqueia com a professional, (...) pues bueno, sóc simplement una persona que vaig complint ordres.*
- **1.1.6. Gestión de los servicios** *2:124 E10- no s'hi posen, no s'hi posen tu, no s'hi posen en el tema de dir: som equips multidisciplinars. (...)no tenim resposta de lo que fa la gestió amb el nostre dia a dia perquè sigui més bo..*
- **1.1.7. Apoyo de los jefes inmediatos** *3:111 E 21: ... arropados, por nuestra propia dirección. O sea, como profesión, estamos muy poco arropados (...) Y cuando hay un enfrentamiento entre un médico y una enfermera, eh... nuestra dirección, o nuestro tal, es: anem a tapar-ho o anem a gestionar-ho per suavitzar-ho, cuando a lo mejor no hay que taparlo, ni suavizarlo... ells també es poden equivocar.(...) 2:38 E10- ...no hi ha un bon recolzament i això m'estressa perquè si avui dia tens un problema i tu dius: escolta... que a infermeria no sento que la gent que m'envolta pues... estigui al meu costat, de favor meu, no que estigui al costat de l'usuari.*
- **1.1.8. Mejoras para los trabajadores** *4:89 AUX3: Sona una mica estúpid, però, la qualitat del menjar va canviar, van dir: ¿qué queréis comer, y cómo lo queréis? ¿tú lo quieres empanado, lo quieres a la plancha? I es van.. es van redissenyar els menús, van habilitar espais per descans, amb aquestes xominades, sobretot el tema del pàrquing/ 5:13 AUX 12: Sí, pues a lo mejor hacer unas sesiones conjuntas con el personal, nos ayudaría. O igual alguna persona en concreto, pues a lo mejor, o por algún caso en concreto, necesitaría un... una ayuda más... ¿no? de cara a esta persona. Pero que... hacer grupos de trabajo para hablar de... de situaciones que a veces vivimos, yo creo que nos ayudaría mucho. / 5:14 AUX 14.. Sí pero estaría bien que tuviésemos un seguimiento, porque nuestro trabajo desgasta, .*

1.2. Estabilidad laboral

La *estabilidad laboral* es una condición considerada determinante para su percepción de calidad de vida profesional. Se ha revelado principal ya que ocupa el segundo lugar en cuanto a número de citas. Además es un tema surgido en los GD sin ser preguntado. Esta estabilidad se refiere a estabilidad en los horarios, en el turno, en el servicio o área donde trabajan, al tipo de contrato y a la desigualdad percibida en relación al trato que ofrece la institución entre los diferentes profesionales. Esta categoría se relaciona con el apoyo institucional.

Incluye los códigos denominados, estabilidad de horarios, horarios personal sanitario, tipos de contratos, equidad entre los profesionales, estabilidad en el servicio, progresión lenta para la estabilidad laboral y gestión de personal.

Tabla 25: Estabilidad laboral

Códigos	Grupo 1 Enf	Grupo 2 Enf	Grupo 3 Enf	Grupo 1 Aux	Grupo 2 Aux	Grupo 3 Aux	Grupo Coord.	Citas
1.2.1. Estabilidad de horarios	7	9	14	18	3	5	6	62
1.2.2. Horarios personal sanitario	1	2	11	0	0	1	3	18
1.2.3. Tipos de contratos	0	0	20	9	0	4	10	43
1.2.4. Equidad	0	0	11	1	0	1	0	13
1.2.5. Estabilidad en el servicio	0	0	0	3	2	1	1	7
1.2.6. Progresión lenta para la estabilidad laboral	1	3	10	7	0	3	3	27
1.2.7. Gestión de personal	0	2	13	6	2	1	1	25
Citas	9	16	79	44	7	16	24	195

RESULTADOS CUALITATIVOS

Esta categoría incluye 195 citas (Tabla 25) y es relevante resaltar que es un tema que ha emergido a lo largo de la realización de los GD. Ha aparecido en todos los grupos y es considerado por los participantes, como un tema imprescindible para la mejora de la CVP.

Consideran que la falta de planificación de sus calendarios laborales influyen en su calidad de vida, afecta a nivel personal y familiar. Aunque son conscientes de que sus horarios derivados de sus lugares de trabajo implican trabajar fines de semana y días festivos, reclaman planificación y estabilidad. Esta estabilidad tarda muchos años en llegar ya que muchos de ellos pasan años en situación de inestabilidad hasta que la consiguen. Perciben además diferencias, falta de equidad en estos aspectos lo que les lleva a situaciones de malestar. Estos aspectos consideran que son responsabilidad de la gestión del personal (tabla 26).

Tabla 26 : Citas estabilidad laboral

Estabilidad laboral	
Códigos	Citas
<ul style="list-style-type: none"> ● 1.2.1. Estabilidad de horarios 	<p>5:70 AUX 13: <i>La falta de planificación en el trabajo hace que no tengas calidad de vida profesional no? AUX 18-...Pues si, eso digo yo, si resulta que por un fin de semana que tienes libre te llaman a última hora, que por favor vengas, que te necesitamos... y nada si tenías algo previsto pues nada...lo dejas y te vienes... y luego que te lo agradecen?...pues no... y eso cabrea y mucho ...la verdad... pues nada así que eso que de apoyo nada de nada... bueno de reconocimiento nada de nada/ 3:80 -E 24: <i>Porque la calidad de vida... es lo que... claro, seguridad-calidad de vida, la calidad de vida con un 80% cuando te de la gana llamarte, no es ninguna, que es lo que le pasa a ella, ¿por qué? Pues porque estoy vendida.</i></i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 1.2.2. Horarios personal sanitario 	<p>1:89 E8:<i>Ho hem triat sabent que treballarem caps de setmana, sabent que treballarem festius.....2:88 E14 es difícil, els horaris, dissabtes, diumenges... amb la parella, amb els fills... i no tens una vida.../3:2 E20- <i>Sobre la calidad de vida profesional... quiero decir... trabajamos de noche, trabajamos de noche, trabajamos festivos, trabajamos Navidad, Fin de año, Reyes, etc., con todo lo que conlleva, unos horarios absolutamente... al contrario de la vida normal de la gente, de la vida familiar... mmm... bueno, pues...</i></i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 1.2.3. Tipos de contratos 	<p>3:73 -E 23: <i>Pero si te estoy diciendo que la han pifiado con los contratos(...)</i>3:79 -E 20: <i>Pero lo que sí os digo es que el, el... invento, esto de contratar a la gente, tú vas a hacer un 20% pero te voy a pagar un 80, y el otro es... es... a demanda de la empresa, esto en realidad, sobre el papel, pues está muy bien, porque esta persona sabe que tiene un 80%, se puede meter en comprarse un coche y se puede meter en lo que sea, cosa que antes no tenías ninguna seguridad, ahora lo que no sabes es cuándo te van a llamar, pero que te van a pagar sí. Y esto, esto... hombre...</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 1.2.4. Diferencias entre los profesionales 	<p>3:89 E 21: <i>Es que... es que... una cosa que pienso que no... que no ayuda, por lo menos al clima laboral, es que las normas no se aplican de forma equitativa, o no todo el mundo recibe el mismo trato. / 3:91 ENF 22: <i>Hay gente que no puede coger vacaciones en temporada de vacacional, y hay gente que sí .../ 3:92 -E 21: <i>Todos por el mismo rasero/ 3:90 E 21: <i>Cuando hay las mismas cláusulas, o los mismos asteriscos escritos en un documento. Y esto... estas diferencias, pues son feas, y crean, crean conflicto.</i></i></i></i></p>

RESULTADOS CUALITATIVOS

- **1.2.5. Estabilidad en el servicio** *2:42 E14: -Tiene un poco que ver con la estabilidad de los sitios donde vamos, la poca estabilidad de turnos, de plantas, de... que no estamos ubicados.../4:6 AUX 14: hoy estás aquí, mañana estás allá, eso tampoco... que vas perdida, no ayudas, te da la sensación de que no te conoces la unidad y por más que quieras ayudar, no das... /4:7 AUX 4: Eso es un desgaste personal, importante, el no saber con quién vas a trabajar, dónde vas a ir a parar... si tienes rodaje en esa unidad... todo eso también ayuda...*
- **1.2.6. Progresión lenta para la estabilidad laboral** *1:17 E 3: El procés de progressió és molt lenta, des de que entres fins a que tens una estabilitat.../1:85 E8 -Amb lo qual han quedat molt encaixades... si tu tens horari de tarda, has passat quinze anys de.../3:64 E 23: De todas maneras (...) hay muchas cosas que sí que están mal, con los nuevos estos contratos, por ejemplo esto de que... yo entiendo que hay mucha gente que lleva... no es lo mismo que con tres o cuatro años trabajando ya tengas una plaza a estar doce, trece, quince, dieciséis, diecisiete...-E 22: Y hasta veinte... y hasta veinte ... y veintiuno/ 4:104 AUX 1: Es que imaginaros que yo ¿qué pienso? Y yo... ¿cuánto me quedará para conseguir algo aquí, sabes?...*
- **1.2.7. Gestión de personal** *2:76 E10: Vull dir, la nostra... la nostra vida milloraria amb una gestió adequada i amb un lideratge adequat, tu. Clar, i a més a més, amb una valoració del personal infermer de la casa, vull dir, tindríem que tenir, penso, des del meu punt de vista, més visibilitat i més veu en moltes coses, eh?/ 2:77 E11: Claro... un poquito de gestión. No pongas un equipo de los dos lados nuevos porque... que no se conocen ni la planta porque, claro, el próximo turno va a flipar... / 3:20 E 21: Es una mala gestión...*

1.3. Comodidad en el espacio de trabajo

En la categoría *comodidad en el espacio de trabajo*, se incluyen los comentarios que hacen referencia a los elementos estructurales del espacio de trabajo. Esta categoría ha sido identificada exclusivamente en los grupos formados por auxiliares. A pesar de incluir solo 12 citas, se ha considerado como una categoría independiente pero incluida dentro de las condiciones laborales necesarias para los profesionales, ya que el entorno físico del lugar de trabajo, en la bibliografía consultada constituye unos de los factores influyentes en la CVP (Rodríguez-Marín, 2010b).

Dentro de esta categoría se incluyen los códigos zona de descanso y recursos materiales para facilitar la comodidad en el trabajo (tabla 27).

Tabla 27: Comodidad en el espacio de trabajo

	Grupo 1Enf	Grupo 2 Enf	Grupo 3 Enf	Grupo 1 Aux	Grupo 2 Aux	Grupo 3 Aux	Grupo Coord.	Citas
1.3.1. Zona de descanso	0	0	0	6	0	1	0	7
1.3.2. Recursos materiales para facilitar el trabajo	0	0	0	0	4	1	0	5
Citas	0	0	0	6	4	2	0	12

En este caso los auxiliares de enfermería hacen referencia a las zonas destinadas para el descanso de los trabajadores, la falta de adecuación de éstas y la deficiencias que encuentran.

Otro tema que surge en los grupos de auxiliares es la falta de recursos necesarios para facilitar la comodidad a la hora de la realización de sus tareas, hablan de material antiguo y obsoleto y del poco espacio en las habitaciones entre otros (tabla 28)

RESULTADOS CUALITATIVOS

Tabla 28: Citas comodidad en el espacio de trabajo

Comodidad en el espacio de trabajo		
Códigos		Citas
<ul style="list-style-type: none"> 1.3.1. Zona de descanso 		<p>4:25 AUX 3: <i>No es prioritari...(…) evidentment que jo no estaré 10 hores sentat, però un moment de descans... això és dignitat. (...) I això ni és qualitat, ni poder estar una estona assentat amb dignitat.../ 4:119</i></p> <p>AUX 8: <i>no tenemos, con perdón, un sillón, un dichoso sillón blando para sentarte después de cuatro o cinco horas de trabajo duro (...) son 10 horas, eh, lo que estás aquí de pie?</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> 1.3.2. Recursos materiales para facilitar el trabajo 		<p>5:97 AUX 13: <i>Las patas de las camas... que no suben, que bajan, que luego está la cama aquí, que no baja más... y el paciente, un abuelo de ochenta años a ver cómo lo subes aquí arriba(...) es que no siempre tenemos el material adecuado... / 5:100</i></p> <p>AUX 12: <i>Bueno, esto entra dentro del material, sí, porque mientras haya camas de las antiguas.../5:101</i></p> <p>AUX 14: <i>No trabajamos cómodamente, eso que tenemos gruas y todo para movilizar a los pacientes pero las habitaciones son estrechas y movernos ahí dentro... no te cuento si tenemos que trasladar a alguien, o viene a ingresar de quirófano o de urgencias, entonces tenemos que sacar las cosas de las habitaciones y luego entrar...falta un metro mas en cada habitación por lo menos..</i></p>

1.4. Salario

Esta categoría hace referencia a los ingresos económicos, en los GD aparece el concepto de *salario* (34 Citas). Refieren que perciben salarios bajos, que en caso de los profesionales con contratos variables, sus nóminas son inestables mensualmente, es decir el sueldo percibido varía en función de los días u horas trabajadas cada mes, lo que les provoca inseguridad.

Tabla 29: Tabla salario

	Grupo 1Enf	Grupo 2 Enf	Grupo 3 Enf	Grupo 1 Aux	Grupo 2 Aux	Grupo 3 Aux	Grupo Coord.	Citas
1.4.1. Sueldo no compensa	1	0	8	4	2	1	3	19
1.4.2. Los sueldos no han subido	1	0	5	4	2	0	3	15
Citas	2	0	13	8	4	1	6	34

Se incluyen en el estudio 34 citas y se ha considerado relevante por formar parte de uno de los factores influyentes en la CVP. Como se observa en la tabla 29 podemos establecer que aunque en menor medida que otras categorías, ha surgido en dos de los grupos de enfermeras, en dos de los auxiliares y también en el grupo de coordinadoras.

Las citas (tabla 30) hacen referencia aspectos del salario relacionados con los contratos parciales y a la congelación de los salarios, sobretodo es identificado por los auxiliares, aunque en un grupo de enfermeras comentan de que los salarios no han subido, se encuentran congelados desde hace años lo que ha disminuido su poder adquisitivo.

Hacen referencia también, a los objetivos institucionales por los que una vez conseguidos, anteriormente, habían percibido una remuneración económica, ahora nos los están percibiendo sabiendo que en otros centros de la misma red sanitaria sí los han cobrado.

RESULTADOS CUALITATIVOS

Tabla 30: Citas salario

Salario	
Códigos	Citas
● 1.4.1 Sueldo no compensa	<i>3:82 E19: Yo tengo un contrato de un 90%, con un 9 fijo. Yo cada mes cobro ese 9, más lo que haya hecho. Yo no cobro ahora el 90% cada mes, cobras el sueldo base y atendiendo a las noches que haya hecho. Si no has hecho el 90, no cobro el 90, pero es que cuando hago el 120, no cobro el 120....-E21: Tampoco lo cobras.-E 22: Porque más de cien no se puede pagar.4:35 A3: Y hay cosas por arreglar, observo muchas cosas, pero evidentemente, como hablamos de dinero, pues... ¿Mala calidad? El sueldo que tenemos. AUX 8: Eso es otra cosa.../ 5:18 AUX 14: también el sueldo./ 5:54 AUX 3: Más carga y menos sueldo. AUX 1: Menos sueldo</i>
● 1.4.2. Los sueldos no han subido	<i>3:4 E20: Entonces... bueno, se supone que... debía de estar compensado con el sueldo y... los sueldos están congelados desde el convenio 2004-2007, estamos a 2016.../ 3:5 E20: A parte de que falta la paga de objetivos. (...) Se suponía que esto iba compensado con un salario que te compensaba. Pero parece que cada vez menos</i>

1.5. Formación

La formación es un elemento considerado importante en ambos colectivos. Incluye 33 citas que hacen referencia a su importancia. Es un tema más referenciado en los grupos de enfermeras, solo un grupo de auxiliares no hace ninguna mención. Las coordinadoras no refieren tampoco citas en relación a la formación

Esta categoría incluye los códigos incentivar y facilitar la formación, la formación incluida en el horario laboral, la formación específica para el lugar de trabajo y la importancia de la formación (tabla 31).

Tabla 31: Códigos formación

Códigos	Grupo 1 Enf	Grupo 2 Enf	Grupo 3 Enf	Grupo 1 Aux	Grupo 2 Aux	Grupo 3 Aux	Grupo Coord.	Citas
1.5.1. Formación incluida en el horario laboral	4	3	0	0	3	1	0	11
1.5.2. Formación específica al lugar de trabajo	1	6	0	0	0	1	0	8
1.5.3. Incentivar/ facilitar la formación	2	0	2	0	0	3	0	7
1.5.4. Importancia de la formación	0	3	3	0	0	1	0	7
	7	12	5	0	3	6	0	33

Los participantes (tabla 32) consideran que la institución debe promover la formación continuada, dándole, además de opciones formativas la facilidad para poderlas realizar. Algunos turnos como el de noche refieren disponer de menos facilidades que resto de turnos ya que las horas de formación no coinciden con el horario laboral y por lo tanto no se les permite coger permisos ni disfrutar de horas para dedicarlas a la formación.

Consideran necesario incluir la formación dentro del horario laboral, ya que es una de las exigencias para el desarrollo de su desempeño. Lo consideran una pérdida ya que años atrás se ofrecía más formación incluida en el horario laboral, sobretodo cuando se trata de formación acerca de las actividades propias del servicio al que pertenecen.

RESULTADOS CUALITATIVOS

Sus comentarios hacen referencia a aspectos sobre el tiempo para la dedicación a la formación, la implicación de ésta en la carrera profesional y la percepción de quedar desactualizado o inferior a las nuevas generaciones las cuales tienen más formación.

Tabla 32: Citas formación

Formación	
Códigos	Citas
<ul style="list-style-type: none"> ● 1.5.1. Formación incluida en el horario laboral 	<p>1:18: E4: Podies fer un curs dintre de l'horari laboral, i ara no trobes cap curs dintre de l'horari laboral. T'has de buscar la vida... E1: Clar, jo des d'aquest punt de vista, considero que si faig un curs és per millorar la qualitat assistencial dintre d'aquest centre, no? O sigui... vull dir, clar, aleshores... E4: Sí. Hores de la teva vida dedicar-les a formar-te... /1:148 E4- És un pas enrere perquè antigament, i no fa tants anys, et cobrien. /2:72 E10: La formació ha de ser dintre de la jornada laboral, quan porten una màquina a algun servei, han desapiguer que tots els treballadors l'han vista... i llavors posar-la a la pràctica. I això és feina del... del supervisor, eh? del cap.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 1.5.2. Formación específica al lugar de trabajo 	<p>1:74 E4: I si volen que siguem polivalents, que ens formin. E7: Que ens formin. E4: Que ens formin /2:66 E13- no hay una formación como tendría que ser... /2:67 E13: las imágenes, no sé qué... las máquinas de no sé cuántos... y vamos un poco al revés que todo el hospital, porque es verdad, porque la dotación tecnológica de la UCI pues es muchas veces muy diferente al resto ¿no? y esto, pues sí, a veces estresa ¿no? un poco... ves que tienes que manejar una máquina nueva y no sabes mucho... /2:69 E10: A mi també m'ha passat... els primers pleuros aquests nous que van posar, van anar a parar a Materno, (...) Y me quejé, y me enteré que cómo me había enterado... i vaig tenir un i tampoc no m'havien ensenyat, vengia va hombre???... Está per internet, digo, no mira, yo en mi casa no miro internet i quan arribo aquí tampoc miro internet. ... no ens tenen en compte, no ens tenen en compte... /2:137 E13: prácticamente, cada vez que presentan un aparato nuevo de tal... ahora estamos probando respiradores nuevos ¿no?... pues ...a veces... hace semanas que los tenemos ahí y tal y que... se ponen sin haber hecho la formación un poco... a todo el mundo y tal...</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 1.5.3. Incentivar/facilitar la formación 	<p>1:19 E8: que no s'incentiva en la formació, no? Veiem que no s'incentiva la formació... que l'has de posar tota teva, la teva part, no? / 1:11: E1: és el tema dels cursos en els horaris en què es fan, no? O sigui, clar, jo habitualment estic al torn de tarda,. Si et demanes un curs has de demanar canvis, però ho has de fer... clar, vull dir, o empalme, o agafar i passar-te tot el dia a l'hospital. 3:49 E 25: El turno de noche yo lo he vivido recientemente ahora, tengo que hacer 200 horas de prácticas y no te dan ni un día. En turno de día sí, pero en turno de noche no, porque te dicen que laboralmente no te coincide tu horario con las horas de prácticas</p>

RESULTADOS CUALITATIVOS

1.5.4. Importancia de la formación

2:26 E12: También te exigen muchísima cosa de formación por ejemplo en enfermería yo creo que es una de las profesiones en la que más estudiamos.../ 2:44 E9: ...Ahora necesito este curso y ahora necesito este master y ahora necesito esto y ahora necesito lo otro ¿no? o sea, ¡más, más, más, más! (...) tu acabas de estudiar enfermería y dices: ah, ya soy enfermero, no sé qué... empiezas a trabajar, ¿no?... y parece que al otro día, como no te pongas las pilas... ¡eres el último mono! O sea, como no te pongas las pilas y empieces a hacer un curso y un master y no sé qué y un postgrado y un... ya, eres el último mono, entonces como diciendo: coño, si acabo de salir... de sacarme una carrera ¿no?/ 7:62 AUX 20: Pero claro luego nos vale para el curriculum para coger puntos, si no haces no tienes puntos.../ 7:63 AUX 15- Pero si yo ya tengo un montón de puntos, si llevo aquí mas de media, llevo aquí... llevo toda la vida, vida llevo 39 años!... pero a mi me gustaría hacer cosas para mejorar mi trabajo y aprender más ...creo que sería una buena cosa...hacer cursos para mejorar en nuestro trabajo, cada uno de su sitio ...a mi... a mi.... los cursos que he hecho me han ayudado a cosas de mi trabajo.... .2:26 E 12: También te exigen muchísima cosa de formación por ejemplo en enfermería yo creo que es una de las profesiones en la que más estudiamos. / 7:62 AUX 20: Pero claro luego nos vale para el curriculum para coger puntos, si no haces no tienes puntos

1.6. Equilibrio vida laboral - vida personal

Dentro de esta categoría se han agrupado los códigos que hacen referencia a la necesidad de los profesionales de mantener un equilibrio trabajo-vida personal (102 Citas).

Incluye los códigos desconectar al terminar la jornada, separar trabajo-vida personal, como afecta el trabajo en la vida personal y conciliación (tabla33)

Tabla 33: Equilibrio trabajo-vida personal

Códigos	Grupo 1Enf	Grupo 2 Enf	Grupo 3 Enf	Grupo 1 Aux	Grupo 2 Aux	Grupo 3 Aux	Grupo Coord	Citas
1.6.1. Desconectar al terminar la jornada	13	10	1	2	4	1	3	34
1.6.2. Separar trabajo-vida personal	13	4	0	0	0	3	4	24
1.6.3. Como afecta el trabajo en la vida personal	3	8	1	6	1	2	1	22
1.6.4. Conciliación familiar	3	3	5	4	0	6	1	22
Citas	32	25	7	12	5	12	9	102

La vida privada, a nivel familiar, puede afectar en el trabajo, como la atención a los hijos a los familiares dependientes como ancianos. Nuestros participantes lo refieren en sus aportaciones. Por otro lado las exigencias del trabajo puede afectar a nivel familiar como situaciones de estrés vividas por nuestros participantes, así como la incompatibilidad, en ocasiones, del horario con las actividades familiares.

Para tener un buen equilibrio trabajo-vida personal, consideran necesario no mezclar trabajo y familia. Consideran positivo poder 'desconectar 'del trabajo una vez han finalizado la jornada. Hablan de que se consigue después de años de experiencia, como fruto de una evolución personal. Aunque explican que algunas situaciones particulares en relación al sufrimiento del paciente o las familias sí que les afectan (tabla 34).

RESULTADOS CUALITATIVOS

Tabla 34: Citas Equilibrio vida personal-vida laboral

Equilibrio laboral-personal	
Códigos	Citas
<ul style="list-style-type: none"> ● 1.6.1. Desconectar al terminar la jornada 	<p>1:87 E2: moltes vegades quan me'n vaig en el tren ja no hi penso, sí que als dematins quan torno amb el tren ja començo a pensar amb aquest, amb aquest i allò... però sí que és veritat que quan marxo, com que m'oblido.../ 1:90 E4: I desconnectes. Jo me'n recordo que abans me'n portava la feina... pensava... E1: Sí, jo també.....E4: I que hi ha serveis que te'n portes més la feina que d'altres serveis... perquè vulguis o no, jo no diria que treballar en planta...E8: I som persones, i treballem amb persones... /1:95 E2: És que ho hauries de deixar, jo no puc emportar-me els malalts a casa, no viuria... / 2:84 E17: Yo intento separar... -...ya está, hoy lo he superado.../ 2:89 E17: Jo intento, per exemple, parlar poc de l'hospital, però no per res, sinó perquè l'altra d'això.... sinó per tampoc reviure.../ 1:92 E8-Home sí que hi ha una maduració professional, que aprens a separar les coses... E4: I personal..../ 1:93 E8: Sí, i personal o professional, les dues coses, i amb els anys.... /2:101 E10: sí, a mesura que han anat passant els anys, s'ha quedat molt més la... la cosa aquí, vull dir que quan me'n vaig a casa, pues vaig neta de ment(...)/ 5:47 AUX 1: Claro, es que es eso. ...Hemos aprendido a dejarlos atrás. AUX 3: I tant! Es que sí no.....1:93 E8: (...), sí que hi ha coses que encara, per molts anys que estigui, jo penso que a vegades som persones, i hi ha coses que et toquen i, moltes vegades, hi ha malalts que te'ls emportes per vint anys que tinguis de professió... bueno, per situacions / 6:96 COORD : Jo ho he après... COORD : Yo como vosotras, no m'interfereix massa...6:97 COORD 3: Jo de aquí cap a casa he après... COORD 5: Jo també he après molt a tancar, però hi ha coses que sí influeixen. COORD 3: Jo no sé si els anys et fan aprendre això, que dius: de porta cap enfora..</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 1.6.2. Separar trabajo-vida personal 	<p>1:1E3: (...) seria lo ideal que puguis compaginar la vida laboral amb la vida personal.../1:86 E6: Sí, jo crec que també depèn de com estiguis tu... vaja, que sapiguem diferenciar, costa molt, no? diferenciar quan deixes de ser infermera a quan deixes de ser tu, no? ...Tu... i lo que comporta. Vull dir, sortir per la porta i dir: vale, ara jo ja sóc jo... que sinó...mmm... costa, costa. I llavors, penso que si tu estàs bé, estàs bé aquí i allà...</p>

● **1.6.3. Como afecta el trabajo en la vida personal**

1:142 E3: *Sí, bueno, de portar bé la feina i portar bé la vida personal, perquè de vegades és incompatible, tant els horaris com la feina que puguis tenir... la feina te l'emportes cap a casa, cap a casa, vull dir... aquell dia aquella feina no l'has fet bé perquè has tingut molta pressió assistencial i marxes enfadat a casa i ho pagues amb la persona que, per exemple, en aquell moment tens a casa, la parella? pues, la parella, pobret li toca. Però si també estàs bé, pues també es nota no? I tot això també, vulguis o no, en el teu estrès repercute, no? /3:129 E23: *Acabas saliendo estresada, y aunque no lo quieras evitar... aunque quieras evitarlo, al revés pues... hay días que dices: uff, me parece que... te das cuenta, eres consciente ¿eh? Pues hoy me parece que he chillado un poco más de la cuenta en casa, y al igual es porque ya viene... de la noche anterior ¿sabes? Esa sobrecarga tiene que salir... yo desconecto, pero sí que es verdad que a veces...-E25: *A mí normalmente del camino.../4:100 AUX8: *Sí en ese aspecto es que... claro, es que todo eso es una cadena, es una escalera, o sea, son peldaños que, el estrés que te provoca esto, ¿por qué en tu casa qué tal? Pues... ya viene del estrés, y es que es... es una cadena, es un poco... / 6:98 COORD 2: *Jo no passo un cap de setmana que no parlo amb gent d'aquí, que no truco per veure com estan, o que no em truquen perquè mira què ha passat, ara si hi ha gent de guàrdia o no...*****

● **1.6.4. Conciliación**

2:9 E10: *la part de la conciliació, que és molt important, que no tenen en compte, vull dir que el professional..., hi ha professional que estudia, professional que ha de conciliar, i dius... escolta no em posis a la tarda que al dematí estudio, i et posen on tu sempre dius que no. Vull dir, que no et tenen en compte com a persona./ 3:131 E 21: *Y, a parte del turno, a nivel general la profesión ehh... es muy difícil para conciliar tu vida laboral con tu vida personal, sobre todo si tienes churumbeles, es difícil, es complicado, y si tu marido trabaja de lo mismo que tú, pues entonces ya... vamos...E 25: *Apaga y vámonos./ 4:27 AUX 3: *Una altra cosa de la que volia parlar és el tema de la... de la... jo que tinc la mare al meu càrrec, la poca facilitat que hi ha, de cara als comandaments, quan ma mare té alguna prova al dematí, la resposta és automàtica, és a dir: busca't la vida, i que no hi hagi cap manera, no? de poder aconseguir aquesta... aquesta...****

RESULTADOS CUALITATIVOS

2. Demandas de trabajo

Esta metacategoría incluye las situaciones que los participantes relatan en relación a las demandas laborales. Son las situaciones que les provocan estrés en su trabajo diario. Esta metacategoría surge como respuesta a las pregunta lanzada en los GD ¿Cuales son las situaciones o factores que provocan estrés en vuestro trabajo diario?

2.1. Factores estresantes .

Es la categoría que contiene el número más elevado de citas (300 citas).

Dentro de la categoría *factores estresantes*, se han incluido todos los códigos considerados como fuentes de estrés para nuestros participantes se muestran en la tabla 35. Se incluyen la presión asistencial, la falta de personal, falta de tiempo, la ratio de pacientes, asumir pacientes complejos, falta de recursos materiales, la polivalencia/ especialidad, los registros , la responsabilidad profesional, falta de comunicación entre profesionales, objetivos propios de la institución, las funciones del profesional, interferencias a las que están sometidas, y la presencia de profesionales noveles

Se trata de una categoría única dentro de las demandas de trabajo, ya que siguiendo la bibliografía todos estos elementos se establecen como fuentes o factores potencialmente generadores de estrés.

Por lo que la mejora o la disminución de estos factores provocaría satisfacción y por lo tanto mejorarían la CVP.

Tabla 35: Factores estresantes

Códigos	Grupo 1Enf	Grupo 2 Enf	Grupo 3 Enf	Grupo 1 Aux	Grupo 2 Aux	Grupo 3 Aux	Grupo Coord.	Citas
2.1.1. Presión asistencial	5	0	1	8	11	7	6	38
2.1.2. Falta de tiempo	2	0	0	3	2	0	2	9
2.1.3. Falta de Recursos materiales	0	16	0	4	8	6	1	35
2.1.4. Falta de personal	4	3	1	1	6	2	1	18
2.1.5. Ratio de pacientes	1	1	6	0	0	2	0	10
2.1.6. Pacientes complejos	5	1	3	0	0	0	0	9
2.1.7. Polivalencia / Especialidad	14	0	0	0	0	0	11	25
2.1.8. Registros	22	0	0	0	0	0	0	22
2.1.9. Duplicidad de registros	6	3	0	0	0	0	0	9
2.1.10. Registros informáticos	3	2	0	0	0	0	1	6
2.1.11. Responsabilidad profesional	7	0	2	0	0	0	4	13
2.1.12. Conflictos entre compañeros	9	2	3	0	2	0	5	21
2.1.13 Conflictos con los médicos	1	7	1	0	0	2	3	14
2.1.14. Conflictos con los pacientes/familiares	0	2	0	1	10	4	1	18
2.1.15. Falta de comunicación entre profesionales	0	0	0	0	1	1	0	2
2.1.15. Objetivos de la institución	2	0	0	1	0	0	8	11
2.1.16. Funciones del profesional	0	2	0	0	5	1	14	22
2.1.17. Interferencias	0	1	0	0	0	0	4	5
2.1.18. Profesionales noveles	3	2	5	0	0	0	3	13
Citas	84	42	22	19	42	24	64	300

Observando los resultados de la tabla 35 y basándonos en el número global de citas por grupos se observa que las enfermeras tienen un total de 148 citas frente a las 85 citas de los GD de auxiliares. Por otro lado las coordinadoras tienen 64 citas

RESULTADOS CUALITATIVOS

en su grupo siendo uno de los números mas elevados, podemos decir que las enfermeras y las coordinadoras perciben más estrés que las auxiliares (en la tabla 36 se muestran las citas más representativas para cada uno de los códigos incluidos).

En cuanto a las diferencias en cuanto a códigos entre los dos colectivos se determina que la falta de recursos materiales es un tema más referido en los grupos de auxiliares ya que dentro de sus funciones se encuentra la gestión del material por lo que ellos, son los que perciben estas carencias como estresantes.

En cambio, la ratio de pacientes, códigos referentes a registros, pacientes complejos, polivalencia, responsabilidad profesional, conflictos con compañeros o médicos, objetivos de la institución, interferencias y profesionales noveles más de enfermeras son códigos con más citas en los grupos formados por enfermeras. Todos ellos son referentes a elementos correspondientes a las características de su profesión.

Los códigos como la presión asistencial, falta de tiempo o falta de personal son comunes a los dos colectivos.

La presión que reciben a nivel asistencial en el día a día les provoca estrés. Sería las demandas propias de la profesión, cuando deben por ejemplo, asumir ingresos en sus unidades y necesitan preparar el espacio y poder darle salida al ingreso previo, les presionan también para dar altas a los pacientes de los servicios lo que conlleva a situaciones provocadoras de estrés dentro de cada servicio. Otra enfermera explica que la presión la recibe del propio trabajo, el tener que hacer esperar a los pacientes le provoca estrés. Les estresa las propias demandas del trabajo, la cantidad de trabajo.

Expresan estrés en situaciones de pacientes complicados o situaciones de urgencia. La falta de tiempo para desarrollar sus actividades les causa estrés. Explican que cuando finaliza su turno les queda la sensación de inseguridad y de no haber hecho bien su trabajo. Hablan de la falta de tiempo para dedicarle al paciente.

La falta de material o bien la dificultad para conseguirlo , aumentan el nivel de estrés de los profesionales sobretodo en situaciones de urgencia. Comentan la disminución de la calidad de algunos recursos. Los ordenadores disponen de poca autonomía si no han estado el tiempo necesario cargando, se desconectan y esto les hace perder tiempo , la falta de medicación en algunas situaciones como la de pacientes ectópicos, para los cuales no se dispone de medicación en stock estas carencias en situaciones de urgencia les provoca estres. Algunos profesionales optan por traer algunas de las herramientas que necesitan en su día a día para poder realizar sus actividades. laborales Refieren que la falta de material es una constante, y no solo en situaciones puntuales.

La cantidad de pacientes que cada enfermera ha de asumir a nivel de hospitalización, es elevada lo que les provoca estrés. Se menciona la ratio de pacientes asignada por enfermera. Se menciona también la cantidad de pacientes que asume la comarca. Explican las diferencias de ratio dependiendo de los servicios, se hace referencia de nuevo al tema de gestión de los servicios. Asumir pacientes complejos genera estrés considerando que la complejidad de los pacientes ha aumentado. Se relaciona con la falta de personal en los servicios.

Las enfermeras consideran que deben ser especialistas, son expertas en sus especialidades, para las que se han formado. La institución les exige polivalencia porque deben asumir pacientes de otras especialidades y no se encuentran preparadas, ésto les provoca estrés. Refieren no encontrarse valoradas como especialistas.

Hace referencia a los registros que deben realizar las enfermeras, y el tiempo que han de dedicar a ello. Registros sobre los cuidados realizados y los registros que exige la institución cumplimentar. Se hace referencia a algunos de los registros que forman parte de los objetivos y de la falta de utilidad que les encuentran. Son conscientes de la importancia de registrar y de las implicaciones legales, no obstante se reclaman registros más ágiles. Se percibe como estresante la duplicidad de los registros, ya que se convive con dos soportes el papel y el informático. En cuanto al registro informático, relatan algunas de las dificultades

RESULTADOS CUALITATIVOS

con las que se encuentran a la hora de registrar o consultar la historia clínica del paciente.

Las enfermeras son responsables de sus pacientes, en general se percibe tienen un gran sentimiento de responsabilidad lo que les provoca estrés, consideran que algunas actividades son propias por lo que no pueden ser delegadas.

Los profesionales del equipo de enfermería en ocasiones se encuentran en conflictos con los pacientes y con las familias, lo que implica situaciones de estrés. Reclaman apoyo por parte de los jefes o responsables cuando hay enfrentamientos o conflictos con los pacientes.

Los conflictos entre compañeros se vive como algo negativo que ocasiona malestar siendo también fuente de estrés. Les resulta complicado decir las cosas que generan malestar entre ellos. Les cuesta comunicar a sus compañeros las situaciones que les molestan. Hablan del conflicto que se genera con profesionales noveles, la falta de confianza, y el estrés añadido que les supone a los profesionales expertos. El grupo de coordinadoras refieren los conflictos surgidos con las compañeras de la planta en relación a las diferencias de horario que éstas tienen, ya que disponen de festivos y fines de semana libres.

Se explican situaciones de relación con los médicos en las que de alguna manera han tenido conflictos, de la falta de consideración y respeto de la profesión médica hacia la enfermera. Perciben falta de comunicación, en ocasiones, entre estos profesionales y las enfermeras.

Los objetivos de la institución, en ocasiones no son compartidos por las enfermeras como propios de su profesión y perciben como factores que distorsionan su trabajo diario y que requieren de su atención, en este caso los comentarios son por parte de enfermeras solamente. Consideran que la cumplimentación de algunos registros que se exigen, quitan tiempo de dedicación al paciente. Piensan que algunos de estas tareas que deben ser realizadas por enfermeras, creen que no son temas enfermeros.

RESULTADOS CUALITATIVOS

Esto se une a las funciones que los profesionales perciben como propias, en relación con las que piensan que no forman parte de sus disciplinas. Explican que todo recae sobre ellas, 'la enfermera debe hacer de todo'. Entra en juego lo denominado el conflicto de rol. Las auxiliares hablan de cuales son sus funciones con los pacientes y lo que ellas percibe por parte de los familiares. Las coordinadoras hacen referencia a sus funciones específicas como coordinadoras de las unidades. Relatan que lleva un estrés añadido.

Se hace referencia a las interrupciones que tienen en su trabajo diario. Consideran interferencias por ejemplo las llamadas de teléfono. En este caso las coordinadoras son las que hacen referencia a este tipo de interferencias que les genera su propia función.

Relatan situaciones en las que trabajan con profesionales noveles, lo que en ocasiones les provoca estrés. Los profesionales expertos, deben asumir las responsabilidades de sus compañeros. Hay periodos durante el año, en los que estas situaciones se dan más a menudo. Hacen referencia a la gestión como responsable de estas situaciones.

RESULTADOS CUALITATIVOS

Tabla 36: Citas factores estresantes

Factores estresantes	
Códigos	Citas
<ul style="list-style-type: none"> • 2.1.1. Presión asistencial 	<p>1:43:E 6 -A mi és la pressió...asistencial.. quan veig que no puc arribar...A tot...Això és el que em fa saltar l'alarma. E1 -A mi també.../ 1:45 E2- Pues jo la pressió, per exemple en els ingressos, la tinc més direcció d'Infermeria, o sigui... l'estament infermer que del metge, que ara tenim el difunt allà i ja tenim presses per ficar-lo, és veritat que a hospitalització ràpid els envies abans perquè, jo he estat a hospitalització i quan se'ns mor algú habitualment ràpid... vas, vas, nosaltres els hi donem un espai perquè encara es puguin acabar d'acomiadarr.... /1:52 E6- (...) veig allà a sobre a lo millor, quatre o cinc papers... o sigui, que hi ha quatre o cinc pacients, i veig un que fa una hora i mitja que espera, l'altra que fa no sé què... dius: aaahh és una pressió, et vas posant, et vas posant, et vas posant, i que et criden...l de vegades dius 'donde vas con esto, si esto no es para este ' no? Comences a suar ,comences ay per molt que vulguis...quan tens una cadira lliure...fas fiiuuuu / 1:125 E2 - Però vull dir, clar, és que no li pots... no acabes de poder fer la feina com la vols fer perquè, no? Hem d'assumir, hem d'assumir... sí, però si amb lo que tinc aquí ja en tinc prou.../ 4:2 AUX 8: Sí, y, a más a más, o sea, calidad de vida en el trabajo yo creo que también que es no ir saturado de trabajo... ir un poco más suave, ¿no?, más libre. Yo lo veo así también un poquito, ¿no? Porque aquí ya, como sabemos todos, la mayoría de las veces vamos doblando el trabajo. Y eso también... ¿no?/ 4:3 AUX 8: ...que haya un exceso de trabajo que se piquen 3 o 4 enfermos, no sé, pacientes ¿no? Pero, sí, también por es... por escaso personal, hay sitios que si empezamos a valorar, falta personal, y bastante./ 4:62 AUX3: L'estrès, la sobrecàrrega... física. AUX 4: La sobrecarga de trabajo./ 7:32 AUX 16- I a la planta també perquè ja tens els llits amb els pacients però arriben els de quiròfan i els has d'atendre, s'han de fer moltes coses a un pacient que arriba de quiròfan eh? I la resta també neessiten coses perque acaben d'arribar igual fa una hora, i tenen nausees o vomiten o es compliquen.../ 7:33 AUX 19- Es que por las tardes en las plantas los que vienen de quirófano es un follón, es lo peor, y.../ 6:15 COORD 1 : És també que el volum de feina ens sobrepassa, a mi em passa... / 6:124 COORD 6: ... és perquè tens una persona davant teu que està fumuda i que tens que tirar-la endavant i que tens... catorze més que els tens en allà i que... i, bueno, i que no dones. I l'estrès que et provoca l'estar davant d'un pacient fumut... / 7:26 AUX 17- además a mi me estresa cuando alguien se complica en la planta... porque tienes que estar allí ayudando y entonces tu faena no la acabas...es que claro hay mas pacientes que hay que hacerles las cosas, y te empiezan a llamar al timbre, que cuando los ayudas, que a mi no me habéis dado el desayuno, que este tiene dolor.... pufff todo a la vez y tu se lo dices a la enfermera pero claro está con el complicado...o sea que a ver.../ 7:31 AUX 19- Pero es que en urgencias de repente estas bien y de repente llegan nosecuantos de golpe y es una locura...todo el mundo corriendo...un descontrol</p>

- **2.1.2. Falta de tiempo** *1:44 E6 -I no poder fer la feina ben feta... eh? No pots... has d'anar massa ràpida i tu no saps... en el fons penses que ho fas bé però... ho fas mmm... massa ràpid, et dona una mala impressió de no estar-ho fent bé, saps?/ 4:65 AUX8: ...que has hecho algo mal... ¿qué pensarán los de la mañana? Que si no he querido hacerlo... y es exceso de trabajo y es que no te ha dado más tiempo de hacer las cosas...4:66 AUX8: Te vas con la sensación de que... que algo te has dejado, AUX 7: Que ho has deixat tot a mitges..... /4:118 AUX 4: No podemos entrar en una habitación y estar tranquilo para tu paciente el tiempo que necesita porque está sonando otro timbre, porque te llega un quirófano, porque... porque, porque, porque, porque.../ 6:1 COORD 1: Una de les coses és el temps, no? el temps necessari per poder fer les tasques, amb la tranquil·litat que requereixen.*
- **2.1.3. Falta de Recursos materiales** *5:34 AUX 11: A mi me estresa bastante no tener material que necesito. Por ejemplo hacer un... un electro, y no está, o está estropeado, o ahora vendrá el de electromedicina... no tener material me estresa muchísimo, porque normalmente vamos pim-pam, pim-pam, o lo necesitamos ya y, a veces, te lo tienen que dejar, o no tienes, o estás pendiente de que lo vengán a reparar.../ 2:7 E12 ...en recursos, pues también ha afectado bastante últimamente. Un poquillo... cada vez más barato todo...../2:53 E14- También lo que estresa bastante es cuando tenemos algún paciente ectópico, que no tenemos la medicación, o nos sube alguno que... de urgencias, porque allí, pues nos sube a materno o a pediatría, que no tenemos la medicación vamos, vete a buscar la medicación... no, nos facilitamos muchas veces... y medicaciones que hace falta que tienes que ir a la segunda, a la quinta... te pasas más tiempo buscando medicaciones y buscando... esto... que en verdad atendiendo a la persona./ 5:43 AUX 14: A mi me estresa mucho no tener material suficiente, sobretodo cuando hay situaciones de estrés, o sea cuando algún paciente se complica, y las cosas se necesitan ya y no las tienes, te sientes fatal, te sientes inútil, muchas veces haría falta más previsión del material, para poder hacer frente a estos momentos.../2:63 -E13: Continuamente parchean... sí, sí... y es un histórico realmente en este hospital./ .4:61 AUX2: La semana pasada no había sábanas en todo el hospital. Bueno, yo llegué hasta la tercera, dije:... ya no bajo más, no bajo más. Desde la sexta ¿eh?, planta por planta. No había sábanas*
- **2.1.4. Falta de personal** *1:127 E4- i no ho posen amb una infermera de més... això no! /2:6 E16- ...a nivel de personal, igual, claro en mi servicio geriatría, por ejemplo, pues una mano más sería... o dos, estupendo./ 3:105 -E 24: Por ejemplo, ¿por qué en pediatría hay veces que hay 2 enfermeras en el nido y un niño? Y arriba, en la planta, hay una enfermera para 18./ 4:3 AUX 8: ... por escaso personal, hay sitios que si empezamos a valorar, falta personal, y bastante. 7 5:3 AUX 11: Yo creo que lo cada vez tenemos es más faena, y somos las mismas manos, porque no teníamos cocina, y ahora tenemos que repartir y recoger, y así todo./ 5:19 AUX 14: Tener bastante personal para hacerlo todo... que no quiten personal de aquí para ponerlo allí y este tipo de cosas./ 5:81 AUX 11: ¡Como siempre nos han dicho que no hay más! Lo primero que nos dicen es que no hay más, que no... ya no... no pueden poner a nadie más, pues clar...*

RESULTADOS CUALITATIVOS

- **2.1.5. Ratio de pacientes**
1:100 E4: És pel volum de feina que tenim, que tenim una ràtio que és una pasada.../ 2:8 E15: hay muchos pacientes, pacientes complicados, tenemos una ratio grande en general.../ 3:101 E 25: Ya, pero en la quinta B a veces se han encontrado con 20 o 22 pacientes ¿no?, estando una sola, que, en muchos hospitales, llevan 10./ 3:102 E 25: Sí, però demanen una... una qualitat igual, vale? Amb la meitat de coses o el doble de pacients. Yo lo que no encuentro normal es que tú tengas un ratio, ahora no sé si es de 16 o 18 pacients, y que en una quinta B tengas 20, para ti sola. O tú que estàs sola abaix.../ 3:103 E 19: Ahora nosotras somos dos equipos, pero la ratio ya se pasa ¿eh? con dos equipos ¿eh?/ 7:5 AUX 15- ...eso de llevar menos pacientes,... pues estaría muy bien, porque por las mañanas tienes 16 pacientes que hay que hacerles la higiene...eso es mucha tela...eh?
- **2.1.6. Pacientes complejos**
1:47 E4: cada vegada tenim més malalt complexe a planta, eh? més malalt ehh... amb necessitat de més cures, de més atenció, -van assentint- amb el mateix personal. I... bueno això crea... ?? se't complica un o dos i els altres catorze que passa, no? / 1:49 E8-Assumim més malalts complexos. 1:50 E7: A totes ens afecta les complexitats dels malalts.../ 3:98 E 25: Es que... la carga laboral ahora ha cambiado mucho en estos años, porque antes yo recuerdo la planta donde estoy, cuando entré, cerraba los fines de semana, ahora ya no. Y hemos pasado de tener personas de 40 – 50.../ 3:99 E 21: Porque el enfermo es mucho más complejo... / 3:100 E 25: La complejidad ha aumentado, entonces también te están pidiendo
- **2.1.7. Polivalencia / Especialidad**
1:53 E8: A nosaltres ens estressa molt la polivalencia.../ 1:73 E8: tomem a lo mateix no'? No hem de ser polivalents, hem de ser especialistes i ens han de respectar això, haurien de respectar-nos per no passar-ho malament, no? /1:56 E2: Jo penso que no hem de servir per tot.../1:130 E8: (...) assumeixes malalties que t'has tingut que posar corrents a saber perquè no en portaves.../ 1:131 E8: d'un dia per un altre, la direcció te diu que tu has d'assumir tota la curta estada, i sense posar-te al dia assumeixes molts tipus d'intervenció i sense tenir recursos (....)pues clar, això ens estressa. Sí, sí, poc a poc anem assumint tots els malalts que ens demanen, però si això ha sigut un canvi, la polivalència, no? t'exigeixen... tota aquesta polivalència..
- **2.1.8. Registros**
1:99 E8-Però encara passes molt de temps davant de l'ordinador.../ 1:103 E8: "tens que fer això, tens que fer això, això... i estàs més rato a l'ordinador, o valorant certes cos...1:114 E4: No, home no, els papers els hem de fer... i a l'ordinador també has d'escriure, no?.../1:115 E6: Escrius a l'ordinador, i escrius la noteta per si de cas... portes un paperet que apuntes.../1:107 E4: Ja, però, en registrar ho has de fer.../ 1:119 E4: En registrar s'ha d'en registrar I vulguis o no la por existeix, i la por a que ens denunciïn, també ...

<ul style="list-style-type: none">● 2.1.9 Duplicidad de registros	<p>1:108 E8: <i>I tant que has de registrar, però poder s'ha de fer més còmode, no, els registres? O no duplicar registres... / 2:50 E10:escrivim tot a tot arreu, jo penso que fa molts anys que m'han enganyat, molts anys eh? m'han enganyat ja des de l'any 90! Quan vaig començar Virginia Henderson?? encara estic exactament igual que al 92, amb el Virginia Henderson, per favor, per favor! .../ 2:51 E10: la glicemia..., tinc que apuntar, el d'insulina en allà, a més a més haig d'apuntar en el paper.../ 1:164 E1: El problema és que encara no s'ha fet l'impàs de deixar completament els papers i fer un hospital completament informatitzat</i></p>
<ul style="list-style-type: none">● 2.1.10. Registros informáticos	<p>2:48 E10: <i>El programa informàtic avui tenia el carro desenxufat, saps quants carros tenia pel pasillo corrent?...El carro ha estat desenxufat tota la tarda, vol dir que no anava eh? (...). Llavors, el fet de connectar-te i desconnectar-te, que ara no et connecta el Savac, que ara no sé què... em fa treballar malament. I quan necessito, un moment urgent, que necessito sapiguer que té aquest senyor, arribo a les nou, toco un timbre, eh? a les nou de dissabte, toca un timbre que no he treballat ni dijous ni divendres, eh? toca un timbre, aquell senyor no el conec, perquè de veritat, a casa meva no tinc temps de llegir les històries.../ 2:132 E10: Una de les coses que em posen molt nerviosa és el programa informàtic.../ 6:18 COORD 4: Hi ha... jo què sé, informàtica, no van bé els ordinadors, truques, mira, jo l'altra dia els vaig trucar i em van dir: estem molt enfeinats. Però heu de venir perquè hem començat administració per Savac... no poden venir, jaguantate! I dius: bueno... ells, això, tranquil·lament et diuen: no podem venir, espavilat, perquè tu tens el problema i t'aguantes, fes el que vulguis, no?</i></p>
<ul style="list-style-type: none">● 2.1.11 Responsabilidad profesional	<p>1:126 E2: <i>És una feina l'he de fer jo, perquè l'ingrés és meu i el malalt és meu, no? i si no tinc el temps ni tinc l'espai... no?/ 1:129 E8: treballes amb persones i et sap greu.../ 1:166 E8: Sí, els deixes penjats.../ 1:167 E6: I et sap greu per la persona, perquè jo podria dir, una hora i mitja com si són dues, no? jo dono lo que puc, d'aquí a aquí arribo i ja està però... és allò que em poso el llistó molt alt, i no, hem d'entrar a l'olla, tinc que estar per ells tinc que estar l'estona que necessiten... clar i dius...</i></p>
<ul style="list-style-type: none">● 2.1.12. Conflictos con los pacientes/familiares	<p>5:31 AUX 9: <i>A mi lo que me estresa son los conflictos familiares. Me estresa muchísimo..... Sí. Porque es algo que siempre me ha costado mucho... manejar, o sea no, no... me cuestan los enfrentamientos aquellos... con la gente, siempre me ha costado muchísimo y... es una de las cosas que me estresa. Cuando... cuando no hay ningún problema ni con el paciente ni con la familia, puedes tener más o menos faena, pero si encima añadimos un... un paciente o un familiar conflictivo, te estresa muchísimo.../ 2:130 E10: a nivell laboral m'estressa quan tens un problema, i el comuniques, ara hi ha l'agressió verbal no? comuniques, ara hi ha l'agressió verbal no....com volent dir que era part de la teva d'això, que, clar, que la gent està en una situació... i yo, vamos... no. A veure, jo li tracto amb respecte, a mi no... com volent dir, bueno, clar, estem... no va amb el sou, que t'insultin, no.</i></p>

RESULTADOS CUALITATIVOS

● 2.1.13. Conflictos entre compañeros	<i>1:60 E6: Això em provoca estres No ?? a vegades, potser perquè la visió que cadascuna de nosaltres tenim a lo millor, jo pretenc que aquella també la tingui, no?(...) , llavors, saps que en aquella persona, segons què no li pots dir o segons què entraràs en un conflicte, i t'estimes més, pues, no sé si és bó o dolent...Deisar-ho estar.../ 2:95 E13: a mí sí, a mí me afecta, y si hay alguna discusión, por ejemplo... yo no... alguna vez, que sí que ha pasado, yo lo llevo a casa...E14-No se puede evitar, a veces...</i>
● 2.1.14. Conflictos con los médicos.	<i>2:122 E10: a vegades, una professió busca el culpable a l'altra, quan la cosa va malament...E10: Hi ha un grup professional que busca el culpable en l'altre, i això ho he viscut eh? vull dir... amb una cosa que... bueno, no hi ha temps d'explicar-ho... però bueno...E14:Sí que és veritat... que si algú té problemes, tota la culpa és...E16: És veritat...3:9 E 22: Porque no los puedes despertar que están durmiendo.../ 3:143 -ENF 22: Porque no pueden despertar al médico.../ 3:171 E 25: No perquè... que te genere estrés tener que llamar a un busca para ver cómo me van a contestar a las tres de la mañana, esto es ya... apaga y vámonos.../ 6:68 COORD: 5 I la demora dels metges... perquè el senyor no havia acabat de passar visita i no es quedarà sense auxiliar. Pues l'auxiliar plega a les tres, ja em diràs com ho faig?(...)És una pèrdua de... per a mi és una falta de respecte que tenen cap a infermeria... ho sento molt.</i>
● 2.1.15. Falta de comunicació entre professionals	<i>2:56 E 16: La poca comunicació que tenemos con los médicos por ejemplo, sobretudo en los pases de visita... pasan y no te dicen nada, entras a la habitación y el paciente te dice que ha pasado el doctor y que le pondremos esto o lo otro y tu como profesional no sabes nada...porque no tienes poderes... y lo peor es que vas a mirar el registro al curso clínico y no lo ha escrito hasta que no pasa un rato...y claro...esto es fatal.../ 5:42 AUX 13: A mi la falta de comunicació entre los diferentes profesionales que hay en la planta. A mi queaquí, por ejemplo, que venga el médico y no le diga a la enfermera, que la enfermera esté perdida, que no controle la faena, eso a mi me crea pues... un estrés que no... claro, te sientes perdida y no... no atiendes de la misma forma al paciente, con la misma confianza en lo que estás haciendo, porque igual: pues ahora te pongo esto, ahora le pongo lo otro, ahora antes era aquello, ahora no sé qué... a mi eso me... me estresa mucho. Y claro la enfermera que está contigo no lo tiene controlado y esto repercute en nosotras también.</i>
● 2.1.16. Objetivos de la institución	<i>1:161 E8: Fent papers que t'exigeix la institució fer-los... i tot això perds el temps d'estar amb el pacient no? / 6:126 COORD 4- Algo imposit o que no acabes d'entendre, per exemple, de vegades, que són objectius que se'ns escapen una mica a nosaltres, no? són objectius institucionals que nosaltres igual no li veiem el què... Sí, i tu no ho veus... això mateix, això mateix. Llavors, això costa més.</i>

- **2.1.17. Funciones del profesional** *6:79 COORD 2: Molt bé, i aquests indicadors qui els està governant, qualitat? És que, clar, qualitat crec que arriba un moment que lo que fa és gestionar les dades que recull d'Infermeria.../ 6:80 COORD 1: El que a infermeria no és cosa nostra, perquè clar, l'excusa és: l'assistent social no pot fer tot això perquè no n'hi ha prous. Coi, pues a infermeria tampoc tenim el suficient... a veure, des d'ells ho tindrien que haver defensat aquesta postura.../ 2:133 E9: Claro, pero es que tú eres enfermera... tú sirves para todo....E16-Haces varios roles... Administrativa... / 5:59 AUX 1: Y todo y que ahora, cada vez quieren que el trabajo de la auxiliar y la enfermera estén más distanciados, uno por un lado y otro por otro, a mi personalmente me gusta más trabajar como estamos trabajando hasta ahora, que es un equipo. O sea, que si vas, vas las dos, a ver, hay cosas que no hace falta ir las dos, ¿no? pero tú sabes perfectamente lo que está haciendo ella y ella sabe perfectamente lo que estoy haciendo yo. De la otra manera lo que pretenden es hacer ahora es: tú te dedicas exclusivamente a esto...*
- **2.1.18. Interferencias** *2:135 E10: ...el teléfono que no para, y cuando llegas ha parado, dius: janda ya!/ 6:10 COORD 2: De totes maneres a mi l'estrès laboral no me'l provoca tant la feina en sí, sinó totes les interferències de l'entorn. La feina en sí, per més que n'hi hagi, em costa de que em provoqui estrès. M'estressa l'entorn, no sé si m'explico.../ 6:14 COORD 2: Sí, ara no sé què, ara l'auxiliar et diu que s'han espatllat els timbres, mecachis!, ara ve aquest resident i resulta que ha vingut la seva filla i tinc de baixar, ara... o sigui, m'estressa l'entorn que m'envolta, però no tant de la feina. COORD 6: Les interferències...*
- **2.1.19. Profesionales noveles** *1:140 E4: I la pobra companya en aquest cas...-La companya està desesperada, la pobre nana...-Es posa histèrica perquè no controla la situació...-Clar es posa més histèrica que tu...I si a això afegim que hi ha molta feina, que... bueno, i clar.../ 2:142 E 13: (...) caía sobre ti todas las responsabilidades si pasaba alguna cosa y tal... porque resulta que venían tres suplentes de hacía muy poco tiempo y eras tú el que llevabas más tiempo, y a lo mejor tampoco llevabas tanto, pero bueno... y, bueno, pues eso pasa frecuentemente y seguramente que en el resto del hospital, en servicios pues igual.*

RESULTADOS CUALITATIVOS

3. Satisfacción con el trabajo

Se ha denominado *Satisfacción con el trabajo* a la metacategoría que incluye lo que los participantes consideran que les satisface, cuando se les pregunta que les satisface en su trabajo diario. Agrupa las categorías *satisfacción profesional*, *relaciones en el trabajo* y *factores personales* consideradas como fuentes de satisfacción.

3.1. Satisfacción profesional

Esta categoría incluye las citas que hacen referencia a los factores o situaciones que generan satisfacción en los profesionales.

Incluye el reconocimiento del trabajo por parte de los pacientes, también lo que llaman vocación, la dedicación al cuidado directo de las personas, la calidad de la asistencia ofrecida, el reconocimiento por parte de los compañeros y por último, el trabajo bien hecho (tabla 37).

Tabla 37: Satisfacción profesional

Códigos	Grupo 1Enf	Grupo 2 Enf	Grupo 3 Enf	Grupo 1 Aux	Grupo 2 Aux	Grupo 3 Aux	Grupo Coord	Citas
3.1.1. Reconocimiento de los pacientes	1	3	2	6	3	6	2	23
3.1.2. Vocación	4	2	1	5	2	0	1	15
3.1.3. Dedicación al cuidado directo de las personas.	3	0	4	2	2	0	3	14
3.1.4. Calidad de la asistencia	1	1	0	1	0	0	4	7
3.1.5. Reconocimiento por parte de los compañeros	0	3	0	1	2	2	1	9
3.1.6. Trabajo bien hecho	1	3	6	1	1	0	6	18
Citas	10	12	13	16	10	8	17	86

En esta categoría no se aprecian diferencias entre los dos colectivos profesionales, tanto enfermeras como auxiliares relatan como satisfactorias las mismas situaciones, sentimientos o experiencias vividas.

Les satisface que los pacientes reconozcan su trabajo y que agradezcan su labor. Explican que la recompensa de su trabajo es ver bien a los pacientes. Se sienten satisfechas de ser enfermeras, de tener la profesión que tienen. En el grupo de los auxiliares hablan de que forman parte de las vidas de las personas que han atendido lo que consideran como un trabajo importante para las personas. Las coordinadoras, por su parte, hablan de sentirse valoradas por los pacientes, refieren satisfactorias la asistencia a los pacientes siendo algo a lo que ellas dedican menos tiempo ya que tienen otras funciones.

Les satisface el hecho de cuidar de los pacientes, poder prestarles su ayuda y sus conocimientos. Disfrutan con su trabajo, están satisfechas con su profesión. Hace referencia a la atención directa a los pacientes. Aquello que los profesionales consideran como el objetivo principal de su trabajo, es lo que les satisface y lo que da sentido a su labor.

También surge como fuente de insatisfacción el poco tiempo para poder dedicar al cuidado directo del paciente. Hace referencia la calidad de los cuidados prestados, el hecho de ofrecer cuidados de calidad les insatisface.

También se hacen referencias a la satisfacción propia del trabajo, hablan de trabajo bien hecho. Se relaciona también con el tiempo. Las coordinadoras también hacen referencia al concepto o la idea de trabajar bien (tabla 38).

RESULTADOS CUALITATIVOS

Tabla 38: Citas satisfacción laboral

Satisfacción laboral	
Códigos	Citas
<ul style="list-style-type: none"> ● 3.1.2. Reconocimiento por parte de los pacientes 	<p>2:15 E14: <i>El agradecimiento del usuario,/ 3:27 E23: Y que te salga un familiar, como me ha salido a mí hoy, nos ha salido al control a decir: gracias porque le habéis alegrado la noche, cuando realmente... simplemente me ha dicho eso su mujer: hoy le habéis arreglado la noche, parece otro, sabiendo que... no está bien, pues tú dices: ostras, ¿no?/ 5:21 AUX 9: Un montón...de cosas... AUX 10: Cuando la gente te felicita, te reconoce todo lo que haces... te agradecen AUX 13: Sí... El agradecimiento de la familia...AUX 10: Es lo que llena más...AUX 9: Cuando reingresan y se acuerdan.../ 5:22 AUX 11: Sí, el reconocimiento de... o de la familia o de los pacientes. Es lo que más te reconforta. 5:23 AUX 14. Que los pacientes te reconozcan y hagan que te sientas bien con lo que haces, entonces te sientes útil y sientes que merece la pena lo que haces, que lo haces bien../4:137 AUX 3: acabas formando parte de la vida de los pacientes. Para bien y para mal, por los dos lados. AUX 8: De eso se trata, te satisface sinceramente...AUX 3: Que quan se'n recorden de tu, et fa molta il·lusió...AUX 4: Y no te olvidan, ¿eh?, que no te olvidan..</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 3.1.3 Vocación 	<p>2:148 E13: <i>Que enfermería és la teva vida... bueno, no sé vosaltres, però bona part de la teva vida és enfermería, perquè a més a més, estàs fent plus, estàs estudiant quantitat, i tal... i estàs amb això, no? i van passant els anys, / 3:53 -ENF 23:...porque estás haciendo una cosa que te gusta, ¿si no? apaga y vámonos. ../ 4:115 AUX 8: Venir a trabajar aquí... no sé... te satisface en el aspecto ese ¿no? porque también, sinceramente, tiene un nombre ¿no? no es lo mismo... es... todo trabajo tiene su mérito y tiene su... su gracia ¿no? pero no es lo mismo estar en la... en la obra trabajando de peón que venir a una empresa aquí que... estás bien, sinceramente. Si no, no te mojas, una serie de cosas.../ 5:30 AUX 13. Ayudar a los pacientes es nuestro trabajo, y nuestro trabajo es un poco de vocación no?</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 3.1.4. Dedicación al cuidado directo de las personas. 	<p>3:28 E 22: <i>Te satisface... E 23: Cinco minutos de tenerle de la mano, de hablar de cosas que le gustan y de cambiar un poco de.../ 3:158 E 20: Vamos, el contacto con el paciente, el contacto con el paciente, estar con el paciente....: A mí me satisface.../ 5:25 AUX 13. El cuidado directo con las personas es lo que me satisface, poder estar con ellos el tiempo que necesitan y cubrir sus necesidades.../ 6:82 COORD 2: La mateixa feina diària, a mi personalment em motiva. Quan parlo de feina vull dir pura i dura amb el pacient, eh? O sigui, tot el que és d'ell a mi i de jo a ell.</i></p>

● **3.1.5 Calidad de la asistencia**

1:132 E8: *abandonem tot lo que és educació de maternitat, que no podem assumir perquè tenim molta cirurgia i no podem estar per la lactància materna, vull dir que ens demanen una qualitat quan ens estan canviant./ 4:126 AUX 7: Y la calidad que das a los pacientes... no es calidad. Vas pim-pam.../ 6:29 COORD 1: Això s'ha notat que... una davallada de qualitat dintre de l'hospital.../ 6:30 COORD 1: És que ha baixat la qualitat moltíssim, perquè clar és posar una persona per cobrir el lloc de treball.../6:32: COORD 1: És lo que dèiem del factor temps, no? Que si en el teu temps s'inclogués aquest tema pues aquesta persona... abans es feia això, sempre anaves amb una més antiga que estaves... que et feia... i ara, pues bueno, veus que ha baixat molt la qualitat assistencial, jo crec, d'infermeria.*

● **3.1.6. Reconocimiento por parte de los compañeros**

2:127 E12: *...gracias por todo lo que me has enseñado ¿no? eso, pues hablando de la satisfacción, es una cosa que...me satisfacía, ¿no?, o te viene un médico y te dice: oye, te ha tocado con ella..., pues súper bien porque vas a aprender mucho... porque... pues son cosas de estas las que te satisfacen .../ 2:129 E13: El reconocimiento, que te venga de diferentes estamentos desde tus compañeros hasta arriba y tal.../ 5:26 AUX 6: También satisface si tu compañera la enfermera te dice que muy bien, que lo has hecho bien y que le has ayudado... eso el reconocimiento de los demás... de todos digo...ademas de los pacientes y las familias.../ 6:122 COORD 3: Ens valoren els pacients... els companys... / 7:43 AUX 19: y que las compañeras te den las gracias, que te digan que has ayudado y que gracias por tu ayuda... eso es lo que me satisface de mi trabajo..*

● **3.1.7. Trabajo bien hecho**

E3: *Clar... la satisfacció... E2: Bueno això és el que queda...E7: La feina ben feta...La qualitat.. És una mica el que em satisfà, el que em satisfà dia a dia, seria això.../ 2:128 La satisfacción también propia de tú... ser consciente de que has hecho el trabajo bien ¿no?.../ 3:42 E 24: Hacerlo lo mejor posible, ser enfermera lo mejor que sé.../ 6:7 COORD 6: ...doncs és poder arribar a tot arreu, no? i poder dir: pues mira, he pogut fer tot això, perquè durant el matí tens molts entrebancs, no? des de trucades, des de... mmm... problemes que et sorgeixen que no estan previstos, això és la... és la vida del dia a dia, no? i llavors, quan te'n vas, a la teva hora i dius: mira, bueno, però he fet la feina que tu creus que has fet ben feta, no? i això és satisfacció, això és dir: avui he treballat a gust, no? és.../ 3:25: E 21: Pues cuando puedes hacer tu trabajo bien hecho. Cuando puedes ir a una habitación, hablar con el enfermo, preguntarle cómo se encuentra, cambiarle el pañal, ponerle un poquito de crema, darle un yogur, cogerle la mano, eh... pinchar una vía tranquilamente, sin tener que ir como las locas y decir veinte veces: lo siento ahora no puedo. Eso es lo que a mí me satisface, hacer mi trabajo bien hecho y no apagar fuegos.*

RESULTADOS CUALITATIVOS

3.2. Relaciones en el trabajo

Las enfermeras manifiestan que las relaciones en el entorno de trabajo son importantes. Por este motivo se ha incluido la categoría *relaciones en el trabajo* dentro de la *satisfacción con el trabajo*. Sobre todo las relaciones dentro del equipo de enfermería, valorando de forma positiva la buena relación con los compañeros, considerado un elemento que mejora la CVP y que les provoca satisfacción.

En esta categoría, con 84 citas, se incluyen los códigos, buenas relaciones con los compañeros, estabilidad de los equipos y relación con los jefes (tabla 39).

Tabla 39: Tabla relaciones en el trabajo

Códigos	Grupo 1Enf	Grupo 2 Enf	Grupo 3 Enf	Grupo 1 Aux	Grupo 2 Aux	Grupo 3 Aux	Grupo Coord	Citas
3.2.1. Buenas relaciones entre compañeros	5	5	6	6	4	2	1	29
3.2.2. Estabilidad de los equipos	11	3	5	7	6	1	7	40
3.2.3. Relación con los jefes	0	2	5	4	2	1	1	15
Citas	16	10	16	17	12	6	9	84

Valoran poder estar en equipos estables con profesionales que les ofrezcan confianza, seguridad y con los que se encuentran cómodos. Consideran que “el equipo es todo”, las relaciones que surgen en el entorno laboral en algunos casos han creado amistades personales, consideran a los compañeros como su “otra familia”.

También hablan de la relación con los jefes directos, las cuales se valoran en general como positivas aunque reclaman más apoyo por parte de ellos (tabla 40).

Tabla 40: Citas relaciones en el trabajo

Relaciones en el trabajo		
Códigos		Citas
<ul style="list-style-type: none"> ● 3.2.1. Buenas relaciones entre compañeros 		<p>1:61 E8: Home, està clar que treballar amb una altra companya amb la que es treballi bé./1:64 E4: És molt important que hi hagi una bona relació, que hi hagi una bona compenetració, que hi hagi una mirada i ja sàpigas què s'ha de fer.../ 1:65 E6. És que lo important és això, que hi hagi un bon equip E7: Molt, això és important.../3:29 E 20: Quizás el turno de noche lo bueno que tiene sea los compañeros...E 23: Bueno, y lo único que compensa es lo que hemos dicho antes ¿eh? Que una vez que llegas, si estás con la gente que estás a gusto, como tienes buen destó, es como que se te olvida ¿no? a las doce dices: ostia pues mira, ya está, va, ya ha pasado la noche... pero ¿por qué? Porque hay buen rollo, venimos a lo mismo, porque hay buen rollo, porque te llevas bien con los compañeros, porque estás haciendo una cosa que te gusta, ¿si no? apaga y vámonos. Bueno...</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 3.2.2. Relación con otros turnos 		<p>3:11-E21: cómo me relaciono... en cómo me relaciono yo con el turno de tarde o con el turno de mañana(...)cuando recibes un parte, o cuando te pasas... cuando pasas el parte, las respuestas... 3:14 E22: Nunca están contentos, siempre falta algo... E21:Y no solo... y no solo con la persona con la que trabajas, sino en cómo te relacionas o interrelacionas con el resto de turnos. Que... personalmente pienso que deja mucho que... que... que desear.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 3.2.3. Estabilidad de los equipos 		<p>1:137: la veritat és que es nota molt quan hi ha algú dels que estem habitualment, a quan ve algú nou que no sap.. mmm la dinàmica que té, perquè ve d'un altre lloc i a l'altre lloc funcionen d'una altra manera, però si anem a una, la feina surt, i surt bé./ 7:38 AUX 18: A mi me estresa estar con gente que no es la de siempre, porque no controlan y te hacen a ti ir mal...AUX 16: Con tu enfermera? AUX 18: Si porque aunque se complique todo y tengamos estrés si estas con las enfermeras que están siempre, estás mas tranquila, al final lo hacemos todo, con las que solo están de vez en cuando ...AUX 20: Si ya te digo....AUX 17: E l equipo influye mucho, si estas con gente que estas bien, que trabajas bien....</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 3.2.4. Relación con los jefes directos 		<p>3:32 E 24: Yo sí. Yo sí, yo tengo que decir que yo con mi cap no me llevo mal y que todo esto que puedo... que digo ahora... no, no, pero yo cuando digo... yo todo esto que estoy hablando ahora, cuando llegue le diré, nos sentaremos y se lo diré y lo discutiremos y él me dirá sus cosas, yo le diré las mías y.../ 3:33 E 25: Yo tampoco... E 21: Li dius amb ell... E 24: Claro, pero también... te voy a decir, también he tenido caps que no lo he podido decir, encima./ 4:50 AUX 8: Aquí hablamos... hablamos, estoy de acuerdo, yo de noche yo también me siento apoyado, ¿por qué?,...porque tengo gente que... bueno, a lo mejor llevamos muchos años y nos entendemos y podemos hablarlo/ COORD 1: De totes maneres, no teniu la sensació de que, a veure, que hi ha gent que està en un altre món del que és el dia a dia de l'hospitalització, perquè, a veure...</p>

RESULTADOS CUALITATIVOS

3.3. Factores personales

Esta categoría hace referencia a lo que los profesionales refieren que forma parte de sus personalidad o de sus circunstancias personales y que influyen en la satisfacción, en la motivación y en la implicación de los trabajadores. Se ha denominado *factores personales*.

Tabla 41: Factores personales

Códigos	Grupo 1Enf	Grupo 2 Enf	Grupo 3 Enf	Grupo 1 Aux	Grupo 2 Aux	Grupo 3 Aux	Grupo Coord.	Citas
3.3.1.Desmotivación/ motivación	0	1	10	4	2	2	5	24
3.3.2. Implicación de los profesionales	0	0	0	0	0	3	6	9
Citas	0	1	10	4	2	5	11	33

De esta categoría se obtienen 33 citas (tabla 41), de las cuales las referentes a motivación/desmotivación son mas numerosas y aparecen en todos los GD excepto en uno. El código implicación solo aparece en dos grupos, uno de auxiliares y en el grupo de coordinadoras.

Relatan situaciones o factores que provocan la desmotivación o la motivación de los profesionales. Se relaciona con el apoyo laboral y con la estabilidad laboral. A su vez también es percibido como parte de los factores personales.

Surgen citas referentes a la falta de motivación, debido a los años de dedicación a la profesión, lo relacionan con la falta de estabilidad laboral y con la falta de reconocimiento. Al no recibir ninguna recompensa, una enfermera explica que no va a hacer ningún 'favor' a la empresa. Explican que perciben una falta de motivación generalizada por parte de los trabajadores. No obstante salvo algunas situaciones personales, en general piensan que están motivadas porque forma parte de sus personalidades, incluso de su profesión.

El grupo de coordinadoras hace referencia a la implicación de los profesionales, al compromiso y responsabilidad. Las coordinadoras entienden que si no tienen una continuidad se ve esta falta de implicación pero que se trata de un factor personal (tabla 42).

RESULTADOS CUALITATIVOS

Tabla 42: Citas factores personales

Factores personales	
Códigos	Citas
<ul style="list-style-type: none"> ● 3.3.1.Desmotivación/motivación 	<p>3:123 E 23: ...ya hace tiempo que yo no estoy motivada. Lo de las ocho de la mañana a lo mejor no pienso tanto, pero en lo otro que has dicho tú sí. Vengo des... también así. Y si tuviera que hacer algo, creo que no haría cosas que... con hacer bien mi trabajo que la... sobre todo... ¿sabes? Que salga con la satisfacción de decir: ostras, lo he podido hacer bien, he podido trabajar a gusto, incluso si alguien me ha dicho algo, pues mira, mejor que mejor, lo demás como que ya... ya me he cansado.../ 3:161: E 23: Pues al principio, al principio, pues al igual sigues motivada como ella, y cuando llevas... según van pasando los años ¿eh?.../ 7:73 AUX 17: Si que se ve que no hay motivación y por eso no hay implicación, es lo que tu dices vienen y...dicen para que? Pues hago lo que sea y paso la mañana.... y ala me piro...si aquí no se que día voy a volver... claro es lo que piensan ... no te digo?.../ 3:40 E 19: Es así... y sigo motivada ¿eh? Porque sigo haciendo cosas.../ 5:51 AUX 9: Si nos motivamos es porque somos nosotras muy motivadas, pero no porque te...</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 3.3.2. Implicación de los profesionales 	<p>7:74 AUX 19: Es que eso de la implicación se dice muy alegremente, pues yo me implico si también veo que se implican con migo no?(...) Si luego no te dan nada a cambio ni reconocimiento ni nada pues al final la gente pasa....implicación.../ 6:37 COORD 5: ... ho sento amb l'ànima però aquí l'empresa pot posar-hi algo però si la gent no s'implica.... a veure, tu si vas a algun lloc a mi em poden dir: és que per un dia que vinc... bueno, però és que vens un dia a la setmana, o vindràs ara i després vindràs poder un mes i mig seguit, i després tornaràs a estar dos mesos que no vens, però tornaràs a venir, per lo tant tu t'has d'implicar amb la teva tasca diària, no val això de jo no m'implico perquè m'avisen un dia... bueno, però és que comences així com ha començat tothom, ara fas uns dies, després fas uns altres, ara l'aggravant és que pots estar molt temps així i poder sí que arriba un punt que et cansa, però la teva implicació és la teva implicació.</p>

5.3. Concepción de calidad de vida profesional por los participantes.

A continuación se muestran las citas más representativas de los grupos referentes a la primera pregunta con la que se inició cada uno de los grupos de discusión.

Al principio de cada sesión se les preguntó a los participantes que entendían por calidad de vida profesional lo que sirvió para iniciar la discusión, estas citas se agruparon en un código que se llamó *concepto de calidad de vida laboral*. En esta primera pregunta en todos los grupos ya fueron apareciendo inicialmente los conceptos que se corresponderían posteriormente con las categorías encontradas.

Concepto calidad de vida laboral : Hace referencia al concepto global de calidad de vida laboral o profesional. Incluye las citas de las ideas o aquello que les sugiere a los participantes el concepto, cuando se les pregunta por primera vez. (Incluyó 55 Citas)

Aparecen elementos como **material y el personal adecuado, buenas relaciones con los compañeros, los horarios estables, la conciliación personal-familiar, la satisfacción con el cuidado del paciente , el reconocimiento tanto de los jefes como de los propios compañeros.**

2:113 E13: Para ser feliz en el trabajo(....)desde tener así la infraestructura y material necesarios, desde tener así la dotación de personal adecuada, a tener buen feeling así con tus compañeros directos o con tus mandos y tal y cual, tener una buena relación laboral con la jefatura, etcétera, etcétera, eso también es muy importante ¿no? y eso... y luego el tema de los horarios, que puedas conciliar con tu vida personal, etcétera. Por lo tanto es súper complejo, ¿no?(...) cuando... ves la cara de aquella persona a la que has atendido, y que has podido contribuir directamente, como uno más ¿eh?, del equipo, en su curación, o en que mejore y tal(...) Luego pienso también que hay otra cosa importante, y es cuando tus compañeros, los que están más cerca de ti, pero también los que están más arriba y tal, alguna vez te reconocen algo(...)

Se hace referencia al **equilibrio del trabajo y la vida personal.**

1:7 E3: Jo crec que seria lo ideal que puguis compaginar la vida laboral amb la vida personal, que sigui factible (...) que hi hagi tema de... confrontació a

RESULTADOS CUALITATIVOS

casa per exemple, pel tema laboral, i companys i etcétera /1:152 E2: I que hi hagi... d'acord amb ella, no? Que hi hagi la conciliació familiar-laboral, no? ...

También se hace referencia a la **satisfacción personal**.

1:24 E6: ... per a mi la qualitat de vida, per a mi és el moment quan surto i diguéssim que... a gust i satisfeta (...) aquesta satisfacció personal quan surto per la porta i em dic: mira avui n'estic plena, estic contenta.

Al “**trabajo bien hecho**”, trabajar bien, con tranquilidad y con la seguridad de haberlo hecho bien, es algo a lo que hace referencia algunos profesionales

E13: 2:31: ... y luego supongo que la satisfacción también propia de tú... ser consciente de que has hecho el trabajo bien./ E 21: Pues poder realizar tu trabajo... eh... mmm... de una forma... bien hecha ¿no? sin... sin estrés ¿no? y también un poco con el... con el soporte ¿no? o... o con las ayudas que necesites, a nivel médico, a nivel de compañeros, eh... a nivel de familias ¿no? .../ 3:1 E19- Poder hacer mi trabajo, en el tiempo que toca, sin estrés o el estrés mínimo... y poder hacerlo bien.../ 3:125 E 24: Hacerlo lo mejor posible, ser enfermera lo mejor que sé, estar con las compañeras lo mejor.../ 3:149 E21: Pues poder realizar tu trabajo... eh... mmm... de una forma... bien hecha ¿no? sin... sin estrés ¿no? / 6:4 COORD 2: Jo per mi seria... quan me'n vaig, tanco barraca, i me'n vaig amb tranquil·litat, no? com amb seguretat. Ja està, lo que he fet ja està.

Se habla de **incentivación a nivel profesional**, de facilitar la mejora de los profesionales, de la calidad de los servicios con la confianza en los trabajadores .

1:25 E1: és que... et sentis incentivada no? també per part dels estaments de l'hospital, de la unitat, o d'on sigui, a millorar a nivell professional, vull dir, que incentivin a la gent a millorar a nivell professional, per a mi també és qualitat professional, és a dir, que realment tinguin amb nosaltres la suficient confiança per tirar endavant projectes, bueno, vull dir... i que... es portin a terme, i que vegis també una voluntat per cada servei o en el nostre propi per poder millorar. Això també és qualitat, per a mi, considero que és qualitat professional.

Aparece también el concepto **apoyo por parte de la dirección del centro**.

1:26 E7: (...) a part de la iniciativa, recolzament... per part de la direcció. /1:153 E7: (...) però sobretot recolzament, i reconeixement. Per part de la

direcció d'Infermeria. /1:154 E5: O sigui, que et valorin i que puguis també evolucionar en el temps...

La **autonomía profesional** es algo considerado importante por las enfermeras, hablan de poder decidir sobre sus pacientes y sobre sus actuaciones y gestión dentro de su servicio.

1:150: E2: que a nivell laboral, que realment tu com a infermera puguis decidir moltes de les coses que fas, sentir-te com realitzada professionalment. (...) veig que la infermera, tinc poder per decidir les coses i la meva opinió com a infermera té pes, i per a mi això és qualitat(...)

Aparece también el término **trabas, por parte de los jefes, de la dirección.**

1:151: E4: Perquè nosaltres estem donant tot el que sabem, tot el que... amb ganes, il·lusió, amb... inquietuds, amb ganes de fer, amb... però de vegades et trobes que no et deixen. Que estàs amb través(...)

El **reconocimiento por parte de los pacientes**, es algo que también aparece cuando piensan en calidad de vida laboral.

1:158 E6- (..)Però per a mi la qualitat és, malgrat totes aquestes dificultats, malgrat tots els entrebancs i malgrat tot el temps que estem vivint ara en aquests moments tan delicats, doncs, és quan surts per la porta i dius: "molt bé"... i quan veus un pacient i et somriu i diu: "fulanita, hola"...

Disponibilidad de recursos materiales necesarios para poder realizar sus actividades.

2:1 E13: Tener el material adecuado y el personal adecuado, también. Formado, y... que no siempre es así... /4:4 A4: Yo creo que... lo que... más calidad nos da es el hecho de poder tener todos los recursos necesarios...

Los **horarios estables y planificados** es un elemento que aparece en todos los grupos de discusión y que es considerado muy importante por los trabajadores.

2:2 E14: (...) calidad de vida lo enfocaría a los horarios, a tener unos horarios organizados, a no hacer ahora una noche, ahora una tarde, ahora aquí... /4:1 A6: Pues nada, tener un horario estable, eso para empezar(...)/ 4:16: A4: Es que hoy en día, yo creo que en el hospital, hay muy pocas personas que puedan disfrutar de una buena calidad de... de trabajo ¿no? Porque si

RESULTADOS CUALITATIVOS

miramos un poco alrededor, tenemos muchísimas compañeras que lo están pasando súper mal porque están a golpe de teléfono, porque nunca saben dónde van a ir, porque las convocan, las desconvocan, y afortunados somos los que decimos que tenemos un horario fijo, un sitio fijo, y hoy en día, este hospital deja mucho que desear... por eso... y estabilidad.../ 7:14 AUX 18: ...pero que creo que lo mas importante para tener una buena calidad de vida es tener un horario planificado...(..)

El hecho de disponer de horario planificado es algo que en muchas citas refieren que **tarda muchos años en llegar.**

2:4 E16: Para mí... la situación mía es un poco complicada, después de 11 años estoy peor de cuando empecé... mañana, tarde, noche... y yo pienso que calidad en mi caso, poca. / 2:14: E9: cuando llevas muchos años trabajando en la profesión, te das cuenta que eso ha cambiado, vamos, muchísimas veces, entonces esa uniformidad, y ese ir “paquí pallá, paquí, pallá”... te acabas quemando y entonces, cuando te dicen, mira: hoy vienes a la mañana, hoy mañana a la tarde, mañana a la noche, en este servicio, en el otro, en el otro, en el otro... como diciendo: esto ya lo llevo escuchando... ¿cuánto tiempo hace? Muchísimo. Y eso te cansa y no te predispone y te quema.

Cuando hablan de calidad de vida laboral algunos profesionales hacen referencia a los **horarios del personal sanitario.**

3:2: E 20: Sobre la calidad de vida profesional...quiero decir... trabajamos de noche, trabajamos de noche, trabajamos festivos, trabajamos Navidad, Fin de año, Reyes, etc., con todo lo que conlleva, unos horarios absolutamente... al contrario de la vida normal de la gente, de la vida familiar... mmm... bueno, pues...

Las relaciones con los compañeros se valoran de forma positiva para alcanzar un buena calidad de vida en el trabajo.

4:12 A8: ...¿no?, pero trabajar con gente, hacer un equipo, hacer equipo de gente, que llevan... llevas tiempo con ellos y eso... te conocen mucho mejor, saben cómo actúas, saben cómo... si tienes tú... o puedes hacer ciertas cosas que... tú vas a tener la confianza en mí, ¿no?, y eso hace mucho. Y eso es calidad de vida, vienes con ganas a trabajar. Si no, vienes un poquito.../ 5:20 AUX 6 : Yo creo que es importante tener un buen equipo , claro, es primordial. La gente./ 6:9 COORD 5: Exacte, l’equip és molt important./ 7:3 AUX 15: Yo también creo que es muy importante la gente con

la que trabajas, seguro que es lo mas importante, pero para trabajar a gusto y bien es tener unas buenas condiciones, que esté todo el mundo que seamos bastante personal, y eso de llevar menos paciente pues estaría muy bien .../ 7:1: AUX 17: Yo creo que la calidad de vida esta de la que habláis es muchas cosas...claro...pero que lo mas importante es el compañerismo, yo eso creo que es lo principal, que estés bien en un equipo que tengas buena relación, que te lleves bien y luego ya el resto de cosas...

La calidad de vida laboral se relaciona también con **el tiempo del** que disponen para realizar su trabajo.

6:1 COORD 1: Una de les coses és el temps, no? el temps necessari per poder fer les tasques, amb la tranquil·litat que requereixen/ 6:3 COORD 3: El temps i les eines, necessàries. COORD: 4 I les eines també sí... estàs nerviosa, pensa... /6:5 COORD 5: que tu vulguis marxar d'aquí amb una tranquil·litat de que has acabat la... la teva feina.

Personal necesario.

6:24 COORD 7: Qualitat de vida? Doncs... tenir tot el personal que necessites. I que sigui un personal expert, que no sigui el primer que baixa. Aquest és lo més important. I si tot això funciona, tot lo altre també funcionarà.

Para terminar, se han recopilado las citas referentes a la pregunta lanzada en los grupos: ¿qué pensáis que se podía hacer para mejorar la calidad de vida profesional? Estas citas se han agrupado en el código *Propuestas para mejorar la calidad de vida laboral*". Incluye las citas de las ideas que han sugerido los participantes como elementos de mejora de la calidad de vida laboral.

*2:108 E14: Eso es lo que más. **Planificació i conciliació**, i estar bastant **al mateix puesto**, que saps on estan les coses, els mateixos companys, la mateixa... no? Això fa molt...2:110 E14: ...y te da, pues tranquilidad, y estás en el mismo ambiente, el estar con los **mismos compañeros**, el no sé, no ir... y decir: jolín, estoy molestando en vez de estar ayudando... no sé dónde están las cosas y ahora tengo que preguntar, y aquí hay una urgencia y aquí... es que... eso también es... es mucho*

*2:109 E13: ...no necesitamos grandes cosas ¿no? simplemente que no nos tocasen los 'huevos' continuamente... -ríen- ... y sin eso, **la gente se motiva sola**, dice.*

RESULTADOS CUALITATIVOS

3:140 E 22: *Cambiar a todos los... altos. E 19: Hombre, yo creo que **revisar lo de los contratos** tendrían que hacer... eso es lo primero... Primero porque, a ver, yo entiendo que tiene que entrar gente nueva... evidentemente...E 20 : **Adjudicar las plazas**... que llevan mil años sin adjudicar. E 19 : Evidentemente, son los nuevos los que les toca el puteo ahora, mmm si se me permite decirlo así, que miren un poco por la gente que tiene más años... dejarles un poco...7:84 AUX 18: Pues los **contratos que los mejoren**, con estos contratos tenemos unas condiciones fatales, el sistema este de rojos está muy mal montado, tienes un mes que trabajas los treinta días como quien dice y luego te pasas dos meses que no vienes o que vienes poquísimo...Yo creo que se podría organizar, se podría gestionar de otra manera...AUX 20: Si la cosa es que si estuviese **bien planificado** podría estar bien pero estas un tiempo a full y luego estas otras épocas trabajando casi nada... Si es que nosotros no tenemos un horario planificado...y es eso y que....y claro volvemos a lo de siempre...por eso tu dame un horario normal y ya,.... ya estoy bien, ya me motivo a.... ya estoy contento!.*

3:147 Son: **gestión y reconocimiento** / 3:148 **Reconocimiento de tu profesión**

5:96 AUX 9: *La cuestión del material, **tener el material en condiciones**... AUX 3: Y el **soporte emocional**...AUX 4: Sí, y el soporte emocional./ AUX 11: Emocional **y físico**, no estaría de más.-hablan a la vez, asintiendo- AUX 9: Sí, no estaría mal un fisioterapeuta que nos pudiese...AUX 9: Un fisio cada mes...AUX:10- Es verdad.../ AUX 11: No estaría mal, porque lo tenemos que... todas vamos pero pagando. Todas vamos al osteópata, al fisio, a no sé dónde, pero pagando. Pues estaría también bien... ya que no nos suben el sueldo.../ AUX 9: Y es aquí donde nos jodemos la espalda, pues no estaría mal...7:82 AUX 18: Es que ahora dicen que lo tienen que arreglar todo a coste cero... que no hay pelias, y a ver como se hace sin dinero, es que todo lo que intentes es dinero, arreglar por ejemplo los aparatos de la tensión, que se fastidian a cada dos por tres...O los ordenadores que ves a las enfermeras que están tres horas escribiendo, que comprenden otros no?/ AUX 19: O los aparatos de electro, están siempre rotos, así no se puede trabajar...*

5:80 AUX 9:....Que sí, que evidentemente si tuviéramos más... **más apoyo, más gente**, pues evidentemente iríamos mejor, pero bueno, es que tampoco es...

6:102 COORD 1 : **El sou**. COORD: Els sous, sí, sí, és lo que dèiem, és important. COORD 4: Sí, sí. / 6:104 COORD: I el sou.

6:103 COORD 7: **Llocs de treball estable**, un personal estable.. COORD 6:

Personal estable./ 6:105 COORD: Això sobretot, els horaris.

AUX 21- Antiguamente habían pulls, o algo así se llamaban no? Gente que venia a trabajar y se iba a la unidad que se necesitaba...AUX 18- Eso..AUX 15 – Muy bien AUX 16- Sí senyora, això mateix

6:106 COORD 6: Responsabilitat, a tots nivells, o sigui que... tant l'equip mèdic com el d'infermeria respectessin una miqueta els horaris, diem... és el gran problema. No a tot arreu, no a tot arreu, eh? però...

*6:107 COORD 7 : El personal, **gestió de personal**. Que no sigui canviant, que siguin estables. Un personal.....*

6:108 COORD 1: Reconèixer les especialitats, com ho fan... és que hi ha gent que no les reconeixen./ 6:109 COORD 7: Les especialitats vols dir que, si tu ets de pediatria... que tinguessis com un plus, vols dir?

VI . ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En este capítulo analizaremos los resultados teniendo en cuenta los resultados cuantitativos y cualitativos , estudios previos y la teoría definida.

Para ello, tras unas consideraciones previas surgidas de la triangulación de datos, primero se procede a la discusión de los resultados obtenidos del análisis estadístico de los datos extraídos del cuestionario.

En segundo lugar se procede al análisis de los resultados obtenidos de los discursos de los profesionales participantes en los grupos de discusión, obtenidos mediante la aplicación de la Teoría Fundamentada.

Por último se extraen los datos correspondientes a los elementos referidos por los participantes para el modelo de confort laboral propuesto por los profesionales.

6.1. Consideraciones iniciales para el análisis

La realización de este estudio nos ha permitido obtener una visión global acerca de la percepción de la calidad de vida profesional enfermera. Para ello, hemos utilizado distintas técnicas de recolección de datos.

La visión general cuantitativa que hemos obtenido en el entorno escogido para el estudio, es comparativamente similar a las descritas en la literatura científica sobre otros entornos. Esta visión establece los parámetros de nivel de calidad de vida profesional de la muestra, en base a las variables establecidas para el estudio, y a las medidas y comprobaciones de la influencia de sus dimensiones con respecto a las variables. Esta visión ha permitido establecer el escenario del fenómeno sometido a estudio.

La descripción del fenómeno sometido a estudio: la percepción de calidad de vida profesional, se ha extraído mediante el uso de técnicas cualitativas, a través de opiniones expresadas por las propias enfermeras y las auxiliares de enfermería. Estas opiniones fueron expresadas libremente y en grupo, junto a los compañeros de profesión, y en un espacio íntimo que facilitó la libre expresión de sentimientos, expectativas, satisfacciones, insatisfacciones, gustos, deseos y logros. Esta metodología nos ha permitido profundizar en sus percepciones. El personal de enfermería entrevistado se siente, en lo que a la profesión se refiere, satisfecho con el trabajo que desempeña y con las funciones que lleva a cabo; sin embargo, este estudio también ha permitido observar los rasgos de insatisfacción laboral, los elementos que les estresan en su día a día, y aquellos aspectos que consideran necesarios para tener una buena Calidad de Vida Profesional.

Teniendo en cuenta la definición de CVP como *“el sentimiento bienestar derivado del equilibrio que percibe la persona entre las demandas o cargas de un trabajo profesional intenso y complejo, y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) que dispone para afrontar esas demandas, de forma que se consiga como meta vital, un desarrollo óptimo de la esfera personal, familiar, social y laboral”* (García-Sánchez, 1993).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Esta definición es tenida en cuenta en diversos estudios tal y como se ha mencionado en el marco teórico, y siendo ésta también la definida para el cuestionario escogido para el estudio, (CVP 35) basado en el modelo Demandas – Control –Apoyo Social (Johnson & Hall, 1988; R. A. Karasek, 1979; R. Karasek & Theorell, 1990). Considerando la triangulación metodológica empleada para este estudio y los resultados obtenidos, se han podido establecer conexiones entre las dimensiones del cuestionario CVP-35 - cargas de trabajo, motivación intrínseca y apoyo directivo -, con las tres metacategorías resultantes del estudio cualitativo, que son las demandas de trabajo, la motivación y las condiciones necesarias para los trabajadores. A su vez, se pueden establecer conexiones con los contextos de Kolcaba: el ambiental y físico, el psico-espiritual y el sociocultural (tabla 33).

Tabla 43: Conexión teorías y resultados

Modelo	CVP-35	Categorías	Kolcaba
DCA			
Demandas	Carga de trabajo	Demandas de trabajo	Contexto ambiental y físico.
Control	Motivación intrínseca	Satisfacción	Contexto psicoespiritual
Apoyo	Apoyo Directivo	Condiciones laborales necesarias	Contexto sociocultural

Así pues, se ha establecido una conexión entre el contexto ambiental y físico, y las cargas de trabajo. Este contexto tiene en cuenta los aspectos extrínsecos del individuo, como son las cargas o demandas en el trabajo, que son aspectos objetivos que el profesional puede gestionar, pero que no dependen de él. Las cargas de trabajo, según el CVP 35, y las demandas de trabajo, según los resultados emergentes de nuestro análisis, corresponden al contexto sobre el que Kolcaba dice que se debe actuar, si el objetivo es obtener el confort. La organización debe ser la responsable de minimizar las demandas de trabajo de los profesionales para contribuir al confort laboral. En nuestro estudio cuantitativo se

determina como “moderada” la percepción sobre las Cargas de trabajo de los entrevistados.

Por otro lado, relacionamos el contexto psico-espiritual con la motivación. En este caso, este contexto hace referencia a lo intrínseco de la persona, todo aquello que llamamos condiciones subjetivas; se trata de lo que el individuo siente acerca del trabajo que desarrolla, de su motivación y de cómo se posiciona ante él. Estos elementos hacen referencia a la satisfacción que siente el profesional respecto a su trabajo, algo que es, por lo tanto, interno e intrínseco, propio de la persona. Este contexto influye en el confort de la enfermera, pero está íntimamente relacionado con sus características personales y profesionales. En el estudio cuantitativo ésta es la dimensión que mejor puntuación recibe, por lo que se puede concluir que el profesional de la enfermería se percibe como satisfecho y motivado por su trabajo.

Por último, se podría relacionar el contexto sociocultural con el apoyo directivo. Este contexto se considera como externo, pero en este caso, un elemento externo – el apoyo directivo -, puede actuar como modulador, o bien amortiguador de las demandas. Si existe un buen apoyo por parte de la organización, el trabajador será capaz de hacer frente a sus demandas de una manera adecuada. En definitiva, éste es un elemento que la organización debe ofrecer a sus trabajadores y, por tanto, es en este contexto en el que la organización debe actuar para asegurar el confort de los trabajadores. En los resultados cuantitativos de nuestro estudio, la dimensión apoyo directivo es la peor valorada, por lo que se posiciona, en primer lugar, como el elemento sobre el que es preciso que la organización actúe.

6.2. Discusión resultados cuantitativos

A partir de la muestra de 244 individuos correspondientes a los cuestionarios cumplimentados, en cuanto a características socio demográficas, se determina que la media de edad de la muestra fue de 42,05 (DT = 9,51), siendo el 85,66% de la muestra mujeres como es habitual en muestras de profesionales de la enfermería. El 64,34% de la muestra vivía en pareja, y el 56,56% tenía algún hijo, aunque sólo un 4,1% más de dos. En cuanto a la situación laboral de las parejas, 149 participantes tenían pareja con trabajo, lo que representa un 87,13% de la muestra

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

con pareja; un 7% de los participantes con pareja tenía la pareja en paro (un 4,92% del total de la muestra). Respecto a familiares dependientes, un 14,75% presentaba algún familiar dependiente (hasta 3 familiares dependientes, en un 2,46% de la muestra), y 6 participantes (un 2,46%) declararon tener familiares institucionalizados.

En cuanto a las características laborales de la muestra, un 52,87% fueron enfermeras, 43,44% fueron auxiliares de enfermería, y un 3,69% eran enfermeras que desempeñaban cargos de gestión. Lo que se corresponde con la proporción del centro estudiado. Un 36,48% de la muestra tenía una antigüedad superior a 25 años, y un 58,2% más de 15 años en la empresa, los grupos de menos antigüedad en la empresa entre 1 y 10 años correspondió a 29,91%. Las cuatro áreas de trabajo más prevalentes en la muestra fueron Urgencias y SEM (16,8%), Medicina Interna y 2ª C (14,34%), Área quirúrgica (11,07%), Socio-sanitario y residencia (11,07%). En relación a los turnos/ horarios, un 15,98% declaró una distribución irregular de la jornada, es decir son trabajadores que pueden estar en distintos turnos, y un 17,21% turno partido. En cuanto a contrato era temporal para un 27,05% de la muestra frente a 72,95% con contrato indefinido, para la jornada, el 68,03% presentaba jornada planificada.

En el estudio cuantitativo presentado, se ha determinado que en el Apoyo Directivo (AD) la media en el global de la muestra fue de 65,25 y la desviación típica 18,28 lo que demuestra la peor de las puntuaciones con respecto a 71,46 (13,85) para la subescala de Carga de trabajo (CT), y 72,7 (9,00) para la subescala de motivación intrínseca (MI). Con lo que podemos concluir que los profesionales perciben más motivación intrínseca y más carga de trabajo, que apoyo directivo. La puntuación media de la CVP según el ítem global de CVP se puede considerar media siendo de 5,59.

Al ponderar las medias de las tres dimensiones, obtenemos unas puntuaciones de 5,19 para AD, 6,49 en CT y 8,07 para la dimensión MI. Por lo tanto, los profesionales participantes en nuestro estudio poseen una alta motivación intrínseca, una media-alta percepción de las cargas de trabajo y un medio apoyo directivo. La puntuación para la CVP global es media siendo de 5,59.

En el grupo de preguntas identificadas dentro de la dimensión apoyo directivo se encuentran con la menor puntuación la respuesta a la pregunta “*Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto*” con 2,25 puntos lo que hace que la puntuación media de la dimensión disminuya, frente a la pregunta “*Apoyo de mis compañeros*” que obtiene la mejor puntuación en esta dimensión con 7,48 puntos junto con la pregunta “*Satisfacción con el tipo de trabajo*” con 7,40 puntos.

Dentro de la dimensión cargas de trabajo la puntuación más alta la obtiene la pregunta “*Cantidad de trabajo que tengo*” con 8,36 puntos. La puntuación más baja es para la pregunta “*Conflicto con otras personas de mi trabajo*” que obtiene 3,14 puntos. Lo que determina que lo que perciben una elevada cantidad de trabajo pero no tienen conflictos con otros trabajadores.

Es destacable que en la dimensión motivación intrínseca todas las puntuaciones de las respuestas a los ítems son elevadas destacando las preguntas “*Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual*” con 8,91 puntos y “*Mi trabajo es importante para la vida de otras personas*” con 8,77 puntos.

Similares resultados se encuentran en otros estudios publicados en España, que cumplen la proporción de alta motivación, media-alta demandas de trabajo y bajo apoyo directivo, como en un estudio con enfermeras de Urgencias (Ana Fernández Araque, Cuairán Sola, & Curbelo Rodríguez, 2016), muy similar a los resultados obtenidos en Toledo en un estudio con médicos, enfermeras y personal no sanitario (Villarín Castro, Méndez García, Zuzuárregui Gironés, Sánchez Serrano, & Conejo Ocaña, 2015) o en Barcelona en un estudio realizado en un centro de hospitalización psiquiátrica a profesionales del equipo multidisciplinar (Garriga Guitart, 2008) con puntuaciones por debajo de 5 para apoyo y medias-altas en demandas siendo las más altas para la motivación intrínseca.

En otros países como Colombia se han encontrado también altos niveles de motivación y poco apoyo pero también poca percepción de demandas de trabajo (Puello Vilorio et al., 2014). La diferencia con éste estudio radica en que se observan niveles bajos de cargas de trabajo y en el nuestro la escala de demanda es superior. En otro estudio también en Colombia se mantuvo los niveles altos de

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

motivación pero en este caso con valores medios de apoyo y demandas de trabajo (Contreras et al., 2013).

Es lo contrario que ocurre en el estudio de Albanesi de Nassetta (2012), se observa niveles altos de apoyo laboral y motivación intrínseca también una asociación significativa entre estado civil y cargas de trabajo, presentando las personas casadas o que viven en pareja las puntuaciones más elevadas, esto probablemente se relacione con el hecho de que este grupo de enfermeros/as tienen familiares a cargo perciban las cargas de trabajo con mayor peso. Otro estudio de la misma autora en este caso a médicos y enfermeras (Albanesi de Nassetta, 2013) que también se percibe más apoyo directivo. Solo en el estudio que publicó solo con enfermeras (Albanesi de Nassetta, 2011) se detectó mayor puntuación en motivación.

Se mantiene tanto en España como en estudios de otros países una tendencia en las puntuaciones en cuanto a apoyo directivo como bajas con respecto a las otras dimensiones como en el caso de México (Sosa-cerda et al., 2010) o el caso de Chile (Quezada, Sanhueza, & Silva, 2010)

En Perú se encontraron niveles altos para las tres dimensiones (Urbina Baltodano & Victoria Mori, 2013) similares a los resultados de un hospital en Colombia (Cañón Buitrago & Galeano Martínez, 2011)

En el caso de estudios realizados en España en atención primaria se observan también puntuaciones similares a las de nuestro estudio como en el caso de Asturias (Alonso Fernández, Iglesias Carbajo, & Franco Vidal, 2002) o en el caso de atención primaria de Soria donde la diferencia es que las puntuaciones de demandas son medias con 5,71 (Fernandez Araque, Santa Clotilde Jiménez, & Casado del Olmo, 2007). Tan solo en un estudio publicado en Asturias (Díaz Corte et al., 2013), se observa mejor percepción de apoyo laboral en primaria frente a atención hospitalaria donde se percibe más bajo y destaca la demanda de trabajo.

En cuanto al ítem de la valoración global de CVP se observa que sala de partos es donde peor respuesta se obtiene, frente a los perfiles socio-sanitarios y de residencia o correturnos que son los que ofrecen unas valoraciones más positivas.

A pesar de no obtener significación estadística, se intuye que la proporción de enfermeras disminuye a mejor valoración del ítem, por lo que las enfermeras perciben menos CVP con respecto a los auxiliares, los turnos de tarde y noche también valoran peor este ítem. En cuanto a la antigüedad los valores extremos es decir los profesionales menos antiguos y los más antiguos también obtienen ligeras mejores puntuaciones.

El ítem con mayor puntuación fue la capacitación para el trabajo y el más bajo los conflictos con los compañeros estos resultados coinciden con los encontrados en el estudio de Díaz Corte et al. (2013).

La dimensión **Apoyo Directivo (AD)** en el análisis estadístico, no dispone de significación estadística para las características sociodemográficas, excepto en la en relación a la situación laboral de la pareja, así los participantes con pareja jubilada perciben más AD que los que tienen pareja en situación laboral activa, igual que el número de hijos tiende a hacer bajar la puntuación de esta escala. Aunque esto último no es significativo estadísticamente. Esto podría explicarse en cuanto a que los trabajadores con pareja jubilada pueden corresponder con los de más edad por lo que posiblemente ya no tengan hijos a su cargo, sienten menos responsabilidad y perciben más apoyo. De la misma manera obtienen peores puntuaciones para esta dimensión si tiene familiares a su cargo. No obstante es relevante afirmar que la percepción del apoyo directivo por parte de los profesionales no se relaciona estadísticamente con variables sociodemográficas. En cambio, en el estudio de Albanesi de Nassetta (2013), son éstas las variables que más se relacionan.

En cambio para las variables laborales, en cuanto a la categoría profesional, tanto auxiliares como enfermeras obtienen puntuaciones similares, sin embargo los cargos de gestión puntúan mas alto en AD, que son los correspondientes a turno partido, posiblemente porque se tratan de puestos que se encuentran más cercanos a la dirección por lo que perciben más apoyo. Puntuaciones similares se encuentran en otros estudios (Alonso Fernández et al., 2002). Teniendo en cuenta el servicio, obtiene mejor puntuación los servicios de cirugía y especialidades y socio-sanitario, el perfil correturnos que corresponde a trabajadores que no tienen

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

una unidad asignada también obtiene altas puntuaciones en apoyo laboral. Frente a la especialidad de maternidad con las puntuaciones más bajas. El hecho de percibir más AD en unas unidades u otras puede servir a los directivos para fortalecer estos aspectos en estas unidades.

Es curioso observar como, los grupos con distribución irregular de la jornada así como el perfil correturnos mostraron una sólida distribución de las puntuaciones en la dimensión de AD lo que nos lleva a determinar que el hecho de tener una estabilidad de horarios o de servicio no hace que se sientan más apoyados. El grupo que puntúa peor esta dimensión es el de noche, posiblemente porque se trata de un turno en el que los trabajadores tienen menos contacto con los directivos.

Con lo que obteniendo un perfil según los datos obtenidos del cuestionario, podríamos dibujar dos perfiles de trabajador con una mejor percepción de apoyo directivo: por un lado será el trabajador sin hijos a su cargo, con pareja jubilada, con algún cargo de gestión, y con turno partido, lo que corresponde con un perfil de profesional veterano, que ha superado las dificultades familiares, a priori tienen más edad y sus responsabilidades en el hogar son menores y no tienen familiares de los que hacerse cargo. Por otro lado el perfil será el de un trabajador sin unidad determinada y con distribución irregular de la jornada, es decir que tanto hace turnos de mañana, de tarde o de noche, lo que puede corresponder a una persona más joven y sin contrato planificado aunque estos dos últimos datos como son la edad y el tipo de contrato no disponen de significación estadística.

Según el modelo de Demandas-control-apoyo (Johnson & Hall, 1988; Karasek, 1979), a mayor apoyo social menor estrés, por lo que es preciso que la institución sea facilitador de este apoyo. En un estudio sobre protectores del estrés cualitativo esto queda patente (Astudillo Diaz, Alarcon Muñoz, & Lema García, 2009). Por lo que si aumentamos el apoyo y disminuimos estrés, mejoramos entonces la CVP.

En la dimensión **Cargas de Trabajo (CT)**, no se observaron diferencias en cuanto a características sociodemográficas o de carga familiar, con lo que podemos concluir, que en nuestro estudio, la dimensión CT se relaciona solamente con las

características laborales. Las enfermeras perciben mas demandas de trabajo que los auxiliares, y los cargos de gestión por encima del resto. Esto puede ser debido a la responsabilidad que tienen estos profesionales lo que implica más situaciones de estrés, es decir a mayor responsabilidad mayor demanda o cargas de trabajo, es decir mayor estrés.

Los trabajadores con menos tiempo en la institución, perciben menos cargas de trabajo que los que tienen menos de cinco años de antigüedad siendo el valor de 63,33 (14,39) con respecto a los que superan esa etapa, a partir de la franja 5-10 años se obtiene una puntuación de 76,05 (12,26) manteniéndose estable en el resto de grupos de edad. Este hallazgo se podría relacionar con la percepción de responsabilidad que tienen los profesionales noveles. Según Benner estos serian los profesionales correspondientes a la categoría de novatos.

A pesar de que los profesionales considerados suplentes, según otros estudios son los que más perciben las situaciones de estrés, (Simón García et al., 2005) en nuestro estudio ocurre lo contrario, posiblemente debido a que no tienen el seguimiento en los servicios y su percepción de las cargas de trabajo no es mantenida, el hecho de rotar por diferentes servicios hace que perciban el estrés de un modo menos estable. Algo parecido puede ocurrir con los profesionales que disponen de contrato indefinido con respecto a los de contrato temporal, estos últimos perciben menos CT.

El servicio de pediatría percibe menos CT, lo que puede corresponder a que en este centro se trata de un servicio en el que no siempre tienen una ocupación completa de camas, lo que les puede dar una visión de las demandas de trabajo más ligera.

La dimensión **Motivación Intrínseca (MI)**, es la dimensión mejor valorada con 72,70 puntos de media, que representa 8,07 sobre 10, lo que determina que la motivación de los trabajadores es el elemento más fuerte. En la mayoría de estudios consultados realizados en España, se encuentran altas puntuaciones de motivación por encima del resto de dimensiones (AM Fernández Araque, Santa

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Clotilde Jiménez, & Casado del Olmo, 2007; Ana Fernández Araque et al., 2016; Garriga Guitart, 2008; Villarín Castro et al., 2015; Pogrányivá et al., 2011).

De igual manera, a nivel internacional, predomina la motivación intrínseca como la dimensión mejor valorada (Albanesi de Nasetta, 2012; Albanesi De Nasetta, 2011; Puello Viloría et al., 2014; Quezada et al., 2010; Sosa-cerda et al., 2010; Urbina Baltodano & Victoria Mori, 2013)

En cuanto a su relación con las variables estudiadas, la MI al contrario que las otras dos dimensiones, ésta se relaciona estadísticamente con las variables sociodemográficas y no se relacionan con las características laborales. Lo que establece que la motivación sí que depende de las características personales y familiares de los trabajadores, sin embargo no depende de su situación laboral.

Se detectaron diferencias significativas respecto a grupo de edad, donde el grupo de 30 a 40 años puntuó por debajo del resto (con una media de 69,05, mientras que el resto de grupos de edad puntuaron por encima de 73). Esto podría estar relacionado con que este grupo de edad se encuentra en general en una etapa en la que ya se puede considerar un profesional con nivel de experto según la clasificación de Benner (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011b), continua motivado por su trabajo porque se encuentra seguro debido a su experiencia, pero probablemente su vida personal haya cambiado en cuanto a pareja y familia lo que desplaza su motivación personal hacia aspectos familiares. En el estudio de Albanesi De Nasetta (2011), también se encontró significación en cuanto a edad y antigüedad, aunque en este caso fue en médicos.

Aunque en relación al sexo no se consigue significación estadística, se intuyen diferencias en motivación según sexo, ($p=0,103>0,05$), con puntuaciones superiores en las mujeres -73,11 (8,88) respecto al 70,26 (9,45) de los hombres-. Resulta complicado poder establecer una conclusión ya que la proporción de hombres es muy baja en nuestro estudio. En el estudio de Albanesi De Nasetta (2011) con médicos se encontró también más motivación entre mujeres que hombres.

La asociación entre antigüedad y MI aunque sin significación estadística, mostró valores ligeramente superiores en los extremos (medias de 75,33 en el grupo de menos de 5 años de antigüedad y de 73,94 en el de más de 25 años, en contraste con medias entre 70,48 y 71,27 en los grupos intermedios). Se trata de unas puntuaciones próximas a la significación, pero se puede intuir que el hecho de que los profesionales más noveles dispongan de una mayor MI se deba a que se trata de personas que se inician en la profesión se encuentran ilusionados y perciben menos cargas de trabajo con lo que su nivel de motivación aumenta. En un estudio de Argentina con enfermeras se encontró que las enfermeras de más de 10 años de antigüedad tenían más motivación (Albanesi de Nasetta, 2012) lo que difiere del nuestro. Sin embargo en nuestro estudio los profesionales con más antigüedad vuelven a presentar más MI igual que en el estudio de Pogrányivá et al., (2011), en un hospital de Toledo donde encontraron mayores valores en enfermeras de entre 21y 33 años de antigüedad. Lo que podría estar relacionado con la situación familiar de estos profesionales

Se observó mayor puntuación en la MI en los contratos temporales -74,53 (8,80), respecto a 72,02 (9,1) del grupo con contrato indefinido- con significación muy próxima al 0,05. Coincidente con el estudio de Villarín Castro et al., (2015) en Atención Primaria, donde también se encontraron diferencias con respecto al tipo de contrato (Villarín Castro et al., 2015). Se encuentran más motivados los profesionales con contratos temporales, ya que posiblemente tienen más necesidad de mejorar para poder llegar a disponer de un contrato estable.

6.3. Discusión resultados cualitativos

Esta tesis es, según mi conocimiento el primer estudio que aborda la percepción de confort laboral de las enfermeras de un hospital general en nuestro entorno.

El enfoque cualitativo se plantea a partir del análisis de los resultados del estudio cuantitativo que evidencia que la dimensión percibida como elemento más motivador es la motivación intrínseca y el elemento más desmotivador es la falta de apoyo de los directivos. A partir de estas observaciones cuantitativas la triangulación cualitativa persigue determinar los elementos que conforman un modelo de confort laboral (incluyendo calidad de vida profesional y laboral percibidas).

En el estudio cualitativo los informantes manifiestan que necesitan unas condiciones laborales mínimas para desarrollarse como profesionales. Estas condiciones deben basarse en un adecuado apoyo institucional, establecido a partir de: estabilidad laboral (planificación de sus horarios laborales, mejora de sus contratos), correcta remuneración económica, posibilidades de formación, y propiciar un buen equilibrio trabajo-familia.

Es de destacar la categoría comodidad en el espacio de trabajo, surgida en los grupos de discusión de auxiliares de enfermería relacionándolo con el entorno físico de estos trabajadores.

Las informantes también identifican factores que consideran estresantes asociándolos a cargas de trabajo inevitable en su praxis diaria como son: presión asistencial, falta de personal, falta de tiempo, ratio desmedido de pacientes/enfermeras, asumir pacientes complejos, falta de recursos materiales, la exigencia de polivalencia, los registros, la responsabilidad profesional, falta de comunicación entre profesionales. Estos últimos responsabilidad de la institución, así como la presencia de profesionales noveles.

Y por último respecto a la metacategoría *satisfacción*, los informantes manifiestan en los grupos de discusión, satisfacción personal incluyendo satisfacción laboral:

vocación, dedicación al cuidado directo de las personas, calidad de la asistencia, reconocimiento por parte de los pacientes, de los compañeros y del trabajo bien hecho. Las relaciones laborales entre compañeros también han sido consideradas por los participantes como fuentes de satisfacción ya que consideran que la buena relación entre ellos mejora la CVP. Los factores personales también se han incluido dentro de la satisfacción personal ya que es considerada como influyente en la misma.

Teniendo en cuenta la categoría central emergente del estudio cualitativo **“Poder cuidar de mis pacientes en buenas condiciones”**, los profesionales necesitan poder realizar bien su trabajo. En definitiva entienden que su trabajo está sometido a diversos factores estresantes que con sus propios recursos, el apoyo y soporte necesario puede ser desarrollado de forma adecuada. Tal y como explica la teoría de Karasek y Theorell (1990).

El cuidado y atención a las personas con problemas de salud que requiere un ingreso hospitalario, es la misión más importante para los profesionales participantes en el estudio, se trata de la esencia enfermera. Considerando las demandas que el trabajo les requiere y para poder llevarlo a cabo argumentan que precisan de un entorno laboral confortable y con unas adecuadas condiciones profesionales/institucionales. Esta percepción confirma la teoría del confort de Kolcaba (1991, 2010) a lo que llamaremos confort profesional enfermero. Los profesionales necesitan disponer de condiciones profesionales cómodas satisfactorias en su lugar de trabajo para a su vez poder ofrecer el confort a sus pacientes (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011a).

Siguiendo la metodología propuesta por la Teoría Fundamentada, dentro de la perspectiva cualitativa, el proceso de codificación inicial dio lugar a una lista de 66 códigos iniciales que se agruparon por temáticas y generaron 10 categorías: apoyo institucional, estabilidad laboral, comodidad en el espacio de trabajo, relaciones en el trabajo, salario, formación, equilibrio trabajo-vida personal, factores estresantes, satisfacción laboral y factores personales. A continuación, se procedió a reagrupar y definir los conceptos de cada una de las categorías que, finalmente, se agruparon

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

en tres metacategorías. 1. *Condiciones laborales necesarias para el profesional*; 2. *Demandas de trabajo*; 3. *Satisfacción con el trabajo*.

Estas categorías emergen a partir de las opiniones de los encuestados y han sido estructuradas siguiendo sus aportaciones. De esta estructura se desprende la idea de qué significa y constituye para ellos la Calidad de Vida Profesional (CVP) y queda patente que para una buena CVP es necesario que se cumplan una serie de condiciones laborales. Los entrevistados tienen en cuenta la diversidad de factores incluidos en las demandas de su trabajo y los identifican como fuentes de estrés, estos factores influyen al ofrecer su producto que son los cuidados y precisan que estén controlados. Quieren poder desempeñar su profesión de una forma adecuada, lo que se corresponde a la categoría central de nuestro estudio cualitativo: *poder cuidar de mis pacientes en buenas condiciones*.

Esta idea se relaciona con la teoría de Karasek y con la definición establecida sobre Calidad de Vida Profesional. Así, los participantes en el estudio precisan de apoyo por parte de la institución que debe ofrecerles herramientas para hacer frente a las demandas de su trabajo. Si esto se cumple, estando motivados por su trabajo, podrán conseguir una adecuada calidad de vida profesional.

Los Grupos de Discusión (GD) han sido planteados como espacios para la libre expresión de opinión de los participantes. Los grupos no han sido dirigidos hacia ningún tema específico, sino sólo guiados a través de las preguntas planteadas inicialmente. Se incluyen aspectos generales de la CVP, según determina la literatura científica, como son: apoyo laboral, satisfacción, factores de estrés, o equilibrio vida laboral-personal. Este planteamiento ofrece la posibilidad de que se obtengan resultados en determinados GD que no se obtienen en otros. Esta metodología ha sido de gran utilidad para dibujar las diferencias existentes entre los dos colectivos estudiados.

Teniendo en cuenta estas consideraciones previas pasamos a analizar las categorías obtenidas en nuestro estudio cualitativo, a partir de las teorías propuestas y los estudios revisados.

6.3.1. Condiciones laborales necesarias para el profesional: Confort laboral

Esta metacategoría obtenida a partir de los datos de los grupos de discusión es la primera, más amplia y numerosa en cuanto a categorías y citas. Se han incluido seis categorías siendo a su vez estas las que incluyen más códigos, que han surgido siguiendo el proceso de la teoría fundamentada de reducción hasta englobar en ella todas las condiciones, las demandas y las consideraciones narradas por los participantes como elementos considerados necesarios para el desempeño laboral y que dependen en mayor o menor medida de la institución algo que los participantes han considerado como externo a ellos. Se trata de unas condiciones que según las enfermeras participantes debería ser un requisito previo proporcionado por la institución, estas condiciones traducidas a los contextos de Kolcaba, representarían el contexto socio-cultural del trabajador.

Los resultados en el estudio cualitativo son similares en cuanto a la presencia de categorías en los tres tipos de grupos de discusión de enfermeras, de auxiliares de enfermería, o de coordinadoras asistenciales. Estas últimas son enfermeras, por lo que se agrupan en enfermeras y auxiliares de enfermería. No obstante, aunque todas las categorías estuvieron presentes en todos los GD, es necesario resaltar que los códigos incluidos en las categorías han sido diferentes en algunos casos, dependiendo del colectivo entrevistado. Por lo tanto, aun teniendo en cuenta que, en general, la CVP es percibida de igual forma por enfermeras y auxiliares, existen matices distintos en cuanto al contenido de sus discursos.

En relación al *apoyo institucional*, es preciso destacar que las auxiliares hacen más referencia a contratos, horarios y condiciones laborales, y las enfermeras incluyen además de esto, aspectos como son la responsabilidad profesional, la autonomía y el reconocimiento profesional. En relación al apoyo institucional, las valoraciones referentes a trabas institucionales y autonomía profesional se han destacado sólo en los grupos de enfermeras y las mejoras para los trabajadores en los grupos de auxiliares.

Estos resultados confirman la concepción de la Enfermera Profesional frente a la Auxiliar de enfermería. Los valores como la autonomía y la necesidad de

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

reconocimiento profesional son propios de la enfermera. Es preciso remarcar que los auxiliares de enfermería también hablan de reconocimiento pero, en su caso, focalizado en un reconocimiento laboral y del trabajo. La enfermera, en cambio, se refiere al reconocimiento profesional.

El *salario y equilibrio trabajo-vida personal* aparecen en los GD de los dos colectivos profesionales, siendo considerados por ambos, como elementos influyentes en su CVP, independientemente del grupo profesional al que pertenecen.

La *comodidad en el espacio de trabajo* es mencionada únicamente en grupos de auxiliares, pero se ha decidido definirla como una categoría independiente, al no poderla incluir dentro de las ya definidas y considerando relevante determinarla por ser un elemento que la literatura nos define como influyente en la CVP.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, la Enfermería, necesita disponer de un reconocimiento institucional que se traduzca en apoyos globales, propiciando nuevas formas de trabajo más autónomas y dotándola de recursos humanos, espacios adecuados, oportunidades de formación e investigación acordes a la realidad. Además se revela como necesario disponer de un equilibrio entre su vida laboral y personal lo que se logrará a partir de una adecuada estabilidad laboral.

Las condiciones necesarias reclamadas por los profesionales para obtener una buena CVP en este estudio cualitativo constituye la categoría mayoritaria. Las categorías incluidas según nuestros informantes se han agrupado en seis: apoyo institucional, estabilidad laboral, comodidad en el espacio de trabajo, salario, formación, y equilibrio vida laboral-vida personal.

Estas condiciones laborales referidas por los participantes nos llevan al concepto de entorno laboral saludable. Un ambiente laboral saludable asegura la salud de los trabajadores y mejora las condiciones laborales y de productividad (Burton, 2010). La OMS propone a partir de 2013 una estrategia de reforma de gestión de los recursos humanos que pasa por crear un entorno de trabajo propicio (Change@WHO., 2014)

Este concepto puede establecerse en relación a la comodidad en el entorno laboral explicada por Katherine Kolcaba en su trabajo, de ella se extrae que si el profesional se encuentra confortable en el trabajo puede ofrecer confort a los pacientes.(Kolcaba & Kolcaba, 1991). Este confort debe ser proporcionado por la institución a sus trabajadores.

Kolcaba hace referencia a estas condiciones de los profesionales desde el concepto de Hospital Imán (Dowd, Kolcaba, & Steiner, 2006) las enfermeras pueden ser receptoras de mayor confort en el lugar de trabajo cuando se ponen en marcha iniciativas para mejorar las condiciones laborales como aquellas que se consiguen en el *Magneto Status* (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011a)

Tal y como se ha mencionado en el marco teórico existen una serie de recomendaciones para conseguir estos entornos de trabajo saludables (Registered Nurses Association Toronto, 2006, 2008). Los directivos deben ser capaces de fomentarlos para que el personal de enfermería cuente con las herramientas necesarias para ofrecer cuidados de calidad.

Quintana Zavala et al. (2016) en su estudio, aseguran que las instituciones de Salud deben favorecer la integración al puesto de trabajo, la satisfacción por el mismo, el desarrollo profesional, el bienestar de los individuos y un equilibrio entre la vida personal y el trabajo. Esto se corresponde con algunas de las categorías de nuestro estudio (Formación, equilibrio vida laboral-personal).

A continuación pasamos analizar cada una de las categorías incluidas en esta metacategoría:

6.3.1.1. El apoyo Institucional

Es la primera de las categorías de este grupo y a su vez incluye los códigos reconocimiento, incentivación/ motivación profesional, consideración de sus opiniones, las posibles trabas que perciben por parte de la institución, disponer de autonomía profesional, gestión/organización de los servicios, apoyo de los jefes inmediatos y mejoras para los trabajadores (Incluye 177 Citas).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Aunque esta categoría como se ha referido en el apartado de resultados, está presente en todos los GD, dentro de esta categoría podemos observar una diferencia en cuanto a los aspectos referidos por profesionales enfermeras y por auxiliares de enfermería.

Las enfermeras dentro del apoyo institucional refieren más aspectos relacionados con elementos propios de su profesión, como el reconocimiento de la profesión, la autonomía profesional y la percepción de trabas por parte de la institución. Los incentivos reclamados se relacionan más con reconocimiento curricular. Sin embargo las auxiliares de enfermería incluyen más aspectos propiamente laborales, su reconocimiento es referido al propio su trabajo y los incentivos reclamados son recompensas laborales como mejora de contratos, este grupo no hablan de reconocimiento profesional o autonomía, por lo que no se perciben trabas institucionales en esos aspectos. En estos resultados queda reflejado los aspectos que conforman la identificación de las profesiones; entre ellos aparece el concepto de autonomía tal y como definieron Ellis y Hartley (Burgos Moreno. & Paravic Klijn, 2009).

Por otro lado lo que sí aparece en los GD de auxiliares y no aparece en los de enfermeras son las citas referentes a las mejoras para los trabajadores, este código hace referencia a aspectos de mejoras para el trabajador, que la empresa puede impulsar. Se refieren aspectos concretos como acceso gratuito al parking y mejoras para el bienestar del trabajador.

Tal como se comentaba en el apartado anterior, en el estudio cuantitativo, se pone de manifiesto la falta de **reconocimiento** sobre su trabajo que perciben los profesionales con una media de 4.45 sobre 10. El reconocimiento en nuestro estudio cualitativo es uno de los códigos que incluye más citas. Con 65 citas los profesionales hablan de reconocimiento y de sentirse valorados.

3:116 E 25: Yo creo que la gente, la mayoría de la gente busca ...: un reconocimiento.../3:146 E 21: Reconocimiento de tu profesión/ 3:107 E 25: Si la gente tuviera, yo creo, un poco de reconocimiento, lo que decíamos antes ¿no? decir: ahh, es igual, muy bien, y una palmadita en la espalda, nadie se quejaría tanto de lo que nos estamos quejando/ 5:57 AUX 13: Si creo que no

nos apoyan demasiado, los jefes, digo, sin embargo si que siento el reconocimiento de mi cap directo, y de mi enfermera también, creo que de las personas que tengo cerca sí que siento el reconocimiento y el apoyo pero de los directivos...pues no...

Diversos estudios ponen de manifiesto la necesidad de reconocimiento por parte de los profesionales (Alonso-Fernández et al., 2002) se relaciona con la satisfacción laboral y mencionan el reconocimiento como elemento influyente (Gómez-Sánchez et al., 2009) como elemento motivador (López-Ibort et al., 2011) forma parte de la CVP (Hunsaker et al., 2015) y repercute en el burnout (Kelly et al., 2015).

Además de el reconocimiento a nivel general, las enfermeras hacen referencia al reconocimiento de las especialidades enfermeras, este reconocimiento según nuestras informantes seria un elemento de mejora para ellas.

1:54 E8-No et valoren com a infermera especialista.../1:59 E7-Les úniques especialistes valorades són les comadrones. E1- Sí. -Perquè en el fons és una espec.../6:114 COORD 1: És una especialitat, llavors s'ha de reconèixer les especialitats com a tal, perquè és una pena, una vegada formada no està utilitzada per lo que... perquè clar.../1:57 E4- els metges tenen especialitats, oi que sí? Doncs això!

Las especialidades enfermeras es un debate abierto en la actualidad, el Ministerio de Sanidad publicó el acceso excepcional al título de especialista en enfermería (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales, 2005) de los cuales algunos de estos títulos ya han finalizado los plazos de presentación de solicitudes. A nivel de instituciones sanitarias en la actualidad no están reconocidas estas especialidades, existe la llamada carrera profesional pero se trata de un reconocimiento en cuanto a antigüedad en la empresa y la formación que posee el profesional, no está relacionado con la especialidad.

Los profesionales manifiestan que necesitarían más reconocimiento de su trabajo en algunos casos en forma de **incentivos** como mejorar sus contratos, horarios, este aspecto ha sido más citado en los grupos de auxiliares aunque alguna enfermera también lo refiere.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

3:76 E 21: Pero... Yo no soy tan antigua como vosotros, y pienso que si tú eras una persona que respondía, que evidentemente, tú respondías porque te interesaba cobrar, respondías a ese nivel, y después respondías evidentemente con unos mínimos a nivel profesional, cosa que ahora no se valora... / 7:57 AUX 18: Sí bueno pero que te digan que bien, pero luego salga alguna suplencia que esté bien y se la den a otra persona de qué me sirve, no veo el reconocimiento, porque si están contentos, pues para que yo esté mejor pues que me mejoren el contrato o las condiciones no?

Las enfermeras hacen referencia a un reconocimiento a nivel curricular, una de ellas explica que le gustaría realizar algún proyecto y que a pesar de tener ideas no lo lleva a cabo ya que sabe que no obtendrá ningún reconocimiento a nivel de currículum ni promoción laboral. Los profesionales participantes al no ver recompensados sus esfuerzos por la falta de reconocimiento, se sienten desmotivados para emprender o colaborar en proyectos, se observa pues, la desmotivación secundaria a la falta de reconocimiento, por no obtener ninguna recompensa al respecto.

3:39 E 19: Sí y no. Porque hay gente que incentiva mucho, de hacer muchas cosas, aquí... ella lo sabe bien... yo tengo muchas ganas de hacer cosas, tengo trabajos, tengo historias mil. Pero evidentemente yo mi tiempo tiene un precio, y mi precio es simplemente un papel donde ponga, certifique que yo he hecho ese trabajo, he invertido estas horas y se me da un título, un papel, es lo único que yo pido, por mi tiempo. Y nunca se me da. E 21: Eso es demasiado difícil. E 25: Ya... E 19: Es así... y sigo motivada ¿eh? Porque sigo haciendo cosas, pero evidentemente esas cosas están dentro de mi ordenador hasta que a mí se me diga: pues sí, te vamos a dar un certificado que has hecho una docencia de x horas y eso yo lo pueda incluir en mi currículum, porque no nos equivoquemos... o sea, yo todo esto lo hago por satisfacción personal, porque me encanta, y por currículum...E 19: Si no es que no te dejen hacer, hacer te dejan, lo que tú quieras, pero evidentemente la medalla no te la vas a llevar tú (...) Un poquito más de motivación y de incentivación.

En general perciben una **falta de motivación** por parte de la institución. Consideran que no se realizan acciones para promover su motivación.

5:50 AUX 1: No hacen nada tampoco para motivarnos ¿eh?.../ 3:119–E19: No, aquí falta el puntillo ese de motivación.../7:60 AUX 17Que vaSi hombre nos motivan..Si no tienen en cuenta nada.../ 5:51 AUX 9: Si nos

motivamos es porque somos nosotras muy motivadas, pero no porque te.../5:53 AUX 9: Porque te gusta el trabajo, te gusta hacerlo bien y que la gente se vaya bien, pero que... no te hacen ningún tipo de motivación, de aquello de que... no, nada. Al contrario, más trabajo, más trabajo, más trabajo... / 6:74 COORD 4: Vull dir, que jo crec que sí que som gent motivada i que sí que, tot i estar enfadades...

Un directivo tiene habilidad para motivar cuando consigue por un lado, que la persona a quien dirige se sienta bien y satisfecha y por otro lado, que dicho profesional mejore su autoestima y se sienta comprometido con lo que hace. Los directivos disponen de diversos instrumentos como la incentivación que puede ser económica o no económica. Los incentivos financieros son “pagos monetarios directos del empleador al empleado”, como los salarios, las bonificaciones y los préstamos. Los incentivos no financieros incluyen, concesión de autonomía en el trabajo, flexibilidad de los horarios laborales y reconocimiento del trabajo realizado.

En una publicación de la OMS encargada por la “*Alianza mundial para los recursos humanos de salud*” como parte de un trabajo destinado a identificar y aplicar soluciones a la crisis de los recursos humanos de salud, («Directrices: Incentivos para los profesionales de atención de salud.», 2008) se pone de manifiesto que los incentivos económicos no son por sí solos, suficientes para conseguir la motivación. Los estudios citados en este trabajo, han confirmado que los incentivos no financieros desempeñan una función igualmente esencial.

Como han señalado DeGieter et al. (2006):

“...al establecer la estrategia de remuneración más adecuada y económica, los directores no deben, pues, basarse únicamente en el limitado número de sus posibilidades oficiales de ofrecer recompensas financieras, sino que también deben reconocer el valor de las recompensas no financieras y psicológicas...” citado en «Directrices: Incentivos para los profesionales de atención de salud.» (2008)

Ayuso (2017), asegura que entre los incentivos pueden estar el asesoramiento a los profesionales que se puede hacer de distintas maneras, bien sea a partir de programas de formación, de asignación de expertos, de desplazamiento temporal de un profesional a otros servicios donde se desarrolla una actividad de interés

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

formativa, actividades de formación continuada, apoyo al inicio de nuevas prácticas profesionales refrendadas en la evidencia científica, fomentando la participación activa de los profesionales en jornadas de trabajo, congresos y reuniones científicas.

Los elementos motivadores según el documento, Directrices: Incentivos para los profesionales de atención de salud.» (2008) de la OMS, incluyen el reconocimiento laboral, incentivo económico (salario y condiciones de trabajo dignas), formación continuada, fortalecimiento de capacidades, competencias y desarrollo de contratos.

En definitiva existen acciones que la institución puede emprender para fomentar la motivación de los trabajadores, lo que requiere la creación de proyectos encaminados a este fin y un compromiso por parte de los directivos.

Algunos de nuestros participantes, hacen referencia a la percepción de **trabas** por parte de la institución para iniciar proyectos o proponer ideas. En referencia a la pregunta del cuestionario que se puede relacionar con este aspecto “*posibilidad de ser creativo*” se obtiene una puntuación de 4.84.

1:9 E2: però jo crec que a la institució no l'interessa que anem a una. 1:10 E2: Perquè l'únic tot són traves, tu. He intentat fer un treball conjunt: "ai no, perquè això nosaltres...no ho podem fer com a infermeres..." Bueno, jo crec que a la institució no els hi interessa tenir-nos... aglutinats... /1:145 E4: ganes de fer, amb... però de vegades et trobes que no et deixen. Que estàs amb traves, comences a fer i directament tens que parar, no, no... no pots. / 3:120 E 25: ¿Sabes qué pasa? Que tú entras con motivación ¿vale? Y con ganas de hacer cosas y Yo me encontré enseguida te hacen ¡zasca! Te cortan las alas/ 3:44 E 25: Es que, es que te corten así, te lleva a esto. Porque tú intentas hacer cosas y... te van cortando, no te dejan hacer, al final dices: bueno, pues, en mi horario hago mi trabajo y...

Al respecto Celma-Vicente (2009), asegura que las enfermeras no emprenden proyectos de innovación porque han interiorizado que no se puede hacer frente al que ostenta el poder.

Lo que nos lleva a preguntarnos dónde empieza el problema, son entonces las enfermeras las que deben demostrar su autonomía y valía realizando o participando por ejemplo en estos proyectos para ser reconocidas, o bien es la institución la que debe facilitar primero esta autonomía y reconocimiento para que ellas puedan realizar posteriormente, al sentirse apoyadas, acciones al respecto.

En cuanto a la participación e implicación en proyectos, en el grupo de enfermeras coordinadoras desde su función, refieren que para que los profesionales se sientan motivados para la realización de acciones de mejora o participación en proyectos, las necesidades deben surgir de las propias percepciones de los profesionales, las propuestas que vienen impuestas desde la dirección en ocasiones no son bien recibidas, ya que a menudo no le encuentran la utilidad.

6:71 COORD 4 Per la motivación jo penso que hi ha un matos, que és diferent,...que et vingui la directora d'Infermeria explicant-te el model d'infermeria, que és una cosa que ve de dalt a baix, perquè ells han pensat que això podia anar bé, a que es crea la necessitat a sota, a baix, no? que a baix se'n adonin, no? doncs que això no va bé, no? 6:72 COORD 4: Que caldria revisar pues el protocol de tal perquè això no funciona bé, les vies no les portem bé, o això no ho portem bé. Llavors, és diferent. Després, vull dir, no sé per exemple allà a la UCI han començat amb això de la seguretat del pacient, que han començat... s'ha vist la necessitat des de... des de infermeria, des de baix i, en canvi, la gent està empenyada igual, però la gent, no tothom, evidentment, no totes, però hi ha gent motivada per això i es queden fora d'hores, es reuneixen, parlen de lo que faran, vull dir que veus que tenen ganes de que allò rutlli. Vull dir, que és molt diferent de que et vingui de dalt a baix o que tu vegis la necessitat de fer allò 6:126 COORD 4: Algo imposit o que no acabes d'entendre, per exemple, de vegades, que són objectius que se'ns escapen una mica a nosaltres, no? són objectius institucionals que nosaltres igual no li veiem el què... Sí, i tu no ho veus... això mateix, això mateix. Llavors, això costa més.

Por lo que es necesario que los profesionales sean escuchados, y que se tengan en **consideración sus opiniones**, esto hace referencia a participar de las decisiones tomadas por los gestores. En estudios relacionados con la CVP queda patente la falta de participación en la toma de decisiones (Mesa-Melgarejo, Romero-Bailen, & Galindo, 2008). Este elemento es considerado como fuente de insatisfacción (Contreras et al., 2013). Existen estudios que concluyen con que una

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

alta participación en la toma de decisiones mejora la satisfacción (Duran, 2010; Seguel-Palma et al., 2015).

2:34: E10: tampoco se'ls ha escoltat a les persones de les unitats, jo penso que infermeria de vegades és poc escoltada, (...)no és escoltada ni pels directius ni pels comandaments d'infermeria. /2:35 E12: O que nos preguntaran ¿Qué queréis hacer, o cómo podemos hacer esto? o cómo .../ 3:127 E 20: Bueno, yo he enviado correos que me esperaba, y todavía estoy esperando que me devuelvan...

En nuestro cuestionario el resultado al ítem “*Es posible que mis respuestas sean escuchadas y aplicadas*” obtiene una puntuación media de 5,01, en la pregunta “*posibilidad de expresar lo que pienso y necesito*” se obtienen 5,33 puntos de media con lo que se observa que puede tratarse de un aspecto a mejorar desde los gestores.

Por lo que la escasa participación en los órganos de dirección es considerado en otros estudios, como fuente de insatisfacción (del Río-Moro, Perezagua-García, M, & Sánchez Donaire, 2001)

Este aspecto se relaciona con la autonomía en el trabajo (Peydró-Navarro, 2015). La **autonomía profesional** de las enfermeras es tenida en cuenta como un elemento considerado solo en los GD de las enfermeras las participantes. En los resultados del cuestionario el ítem *Tengo autonomía y libertad de decisión* ofrece una media de 5,50 lo que se considera como una percepción media de autonomía se considera como un aspecto a mejorar.

2:118 E12: A pesar de la formación continuada que hacemos, a pesar de todo lo que hacemos... creo que estamos igual, al menos en este hospital, que hace 25 años ¿no? y eso que es un hospital general que se podría avanzar muchísimo y se podrían hacer muchas más cosas... pero parece como que da miedo ¿no? dar responsabilidades, ¿no? bueno, porque enfermería como tal yo creo que es una profesión que tiene muchísimos... pues eso, tocamos muchísimos ámbitos de cualquier tipo, gestión, lo que sea... pero parece que da miedo que enfermería haga cosas porque no vaya a ser que pisemos ¿no? o... bueno, o... haga las cosas la... bueno, el médico... / 2:32 E12: podemos hacer muchísimas más cosas de las que hacemos si nos dejaran.

La autonomía es valorada como uno de los elementos propios de las profesiones, la conquista de la autonomía asegura el derecho a la práctica profesional (Burgos-Moreno & Paravic-Klijn, 2009). Se relaciona con calidad de vida profesional, satisfacción en el trabajo, ambientes profesionales positivos y percepciones de calidad del cuidado. El incremento de la autonomía de enfermería requiere el apoyo dentro del entorno de la práctica para la educación continuada, la colaboración y las relaciones de trabajo positivas. (Tapp, Stansfield, & Stewart, 2005) Una enfermera participante percibe esta pérdida de autonomía.

2:10 E10: (...) anys enradera,jo gestionava la meva feina, jo deia quan pujaven els ingressos, deia on el posar... jo he perdut, he perdut autonomia, vull dir... ara és una persona que em mana i diu mira, aquest ve aquí, aquest ve allà, bueno, pues jo m'ho muntava i a mi m'enriquia com a professional, (...) pues bueno, sóc simplement una persona que vaig complint ordres. 2:11 E10: Em dóna ordres la supervisora, em dóna ordres el metge, em dóna ordres el pacient... 2:37 E10: Si tu em pots gestionar el treball (...)Tinc que poder tenir una autonomia en el meu treball.

Según Tapp et al., (2005), los enfermeros la perciben (la autonomía) como la habilidad para cumplir con las metas del cuidado por medio de la práctica interdependiente con otros cuidadores de salud. Una de las participantes lo expresa en su aportación.

1:3 E2: (...) que realment tu com a infermera puguis decidir moltes de les coses que fas, sentir-te com realitzada professionalment 1:146 E2: en el meu servei, realment pots dir el que penses i es té en compte, i a vegades, la decisió infermera té més pes...

La falta de autonomía según las participantes depende de las directrices marcadas por la organización aunque hay autores que defienden la idea que esto es fruto del propio desarrollo de la profesión (Domínguez-Alcón, 1990). La feminización de la profesión es algo inherente a la misma y algunos autores explican la falta de autonomía en relación a dicha feminización (Celma-Vicente, 2009). A pesar de la presencia de esta falta de autonomía percibida por las enfermeras de nuestro estudio es cierto que y de acuerdo con Celma-Vicente, las enfermeras no emprenden proyectos de innovación porque han interiorizado que no se puede hacer frente al que ostenta el poder.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Los profesionales de nuestro estudio también hacen referencia a la falta de **apoyo por parte de los jefes** enfermeras para igualar la situación profesional delante del poder médico hegemónico, ya que piensan que continúan estando situadas por debajo, esto según Nowicki es debido a la falta de autonomía y la subordinación de las enfermeras al poder médico (Nowicki, 2015)

3:111 E 21: ... arropados, por nuestra propia dirección. O sea, como profesión, estamos muy poco arropados (...) Y cuando hay un enfrentamiento entre un médico y una enfermera, eh... nuestra dirección, o nuestro tal, es: anem a tapar-ho o anem a gestionar-ho per suavitzar-ho, cuando a lo mejor no hay que taparlo, ni suavizarlo... ells també es poden equivocar(...) Y pienso que esto nos ayudaría a tener un mejor clima laboral, al no tener que soportar y hacer determinadas situaciones que nos generan estrés, y que muchas veces, ni siquiera, son parte de nuestra, de nuestra... profesión

A pesar de que desde hace tres décadas se modificaron los organigramas de los hospitales de forma que las direcciones médicas y de enfermería eran independientes y de igual categoría jerárquica la realidad percibida por las enfermeras es diferente. Perciben un rol de subordinación del estamento de enfermería respecto al médico. En este sentido, sigue existiendo un sentimiento de inferioridad real semejante al que muestra un estudio en hospitales del país Vasco, se sigue considerando que el poder médico es quien toma las decisiones en gestión (Salvadores et al., 2001).

Como se ha hecho referencia en el marco conceptual la enfermería ha dependido históricamente del poder médico, tal y como muestran las primeras conceptualizaciones de la profesión propuestas por Florence Nightingale. Las informantes creen que las enfermeras han sido excluidas de la toma de decisiones directivas que siguen en poder de los médicos. Argumentan que sus competencias siguen reguladas por convenios y leyes estructuradas desde el estamento médico. (Nowicki, 2015).

Teniendo en cuenta esto y considerando que los cargos de gestión en enfermería en el centro estudiado están formados por enfermeras, son ellas las que desde sus puestos deberían proporcionar el empoderamiento tal y como se recomienda en la

Guía de buenas prácticas sobre el liderazgo de enfermería (Registered Nurses Association Toronto, 2006).

Según Miró Bonet (2008), la visión de las propias enfermeras sobre su profesión constituye un saber menor, complementario y subordinado. La propia enfermera pone el rol de colaboración por delante del rol independiente o propio (Francisco del Rey, 2008), priorizando la estimación de los riesgos y las complicaciones clínicas, abandonando otro tipo de actividades propias de enfermería. Estas concepciones vigentes en la literatura coinciden con las manifestaciones de las informantes de esta tesis.

En opinión de las participantes esta realidad constituye un importante reto. Opinan que los líderes enfermeros de la institución deberían ser los primeros en posicionarse ante el estamento médico, ya que la percepción de los profesionales continua siendo la de subordinación. Los líderes de enfermería deberían en consecuencia, empoderar a las enfermeras y brindarles su apoyo.

Las informantes comentan la falta de apoyo también en conflictos con los pacientes, perciben estar desamparadas y poco apoyadas

2:38 E10: ...no hi ha un bon recolzament i això m'estressa perquè si avui dia tens un problema i tu dius: escolta...que a infermeria no sento que la gent que m'envolta pues... estigui al meu costat, de favor meu, no que estigui al costat de l'usuari.

En relación a esta falta de apoyo percibida por los participantes, aparecen comentarios referentes a la gestión, aspectos organizativos y a la jerarquía en la toma de decisiones por parte de los gestores. Al respecto Hunter citado por Molina-Mula (2011), apunta que el modelo de gestión de los centros sanitarios corresponde a una ética de mercado y competitividad, con lo que este proceso repercute sobre la práctica de los profesionales.

3:36 E 19: Él tiene que delegar, él tiene que delegar. E 21: Esto es una pirámide y en función de la línea que marca el de arriba, bailan los del medio y bailamos los de abajo. E 23: A ver, también hay que decir una cosa: la organización de la planta depende también mucho de la coordinadora...E 21:

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Aquí nosaltres ens estem queixant de nuestro inmediato superior, que es el cap de área, pero por encima hay otra gente.

Los participantes manifiestan no tener la información sobre las acciones que realizan los gestores para mejorar su día a día.

2:124 E10: (...) no s'hi posen, no s'hi posen tu, no s'hi posen en el tema de dir: som equips multidisciplinars. (...)no tenim resposta de lo que fa la gestió amb el nostre dia a dia perquè sigui més bo..

Otro aspecto surgido en los GD en relación al apoyo institucional es el de las **mejoras de las condiciones laborales para los trabajadores**, en este caso son los grupos de auxiliares que proponen acciones por parte de la institución para conseguir estas mejoras, que incluyen aspectos como mejorar la calidad del servicio de comedor laboral, el acceso gratuito al parking, disponer de una guardería en el centro, o acciones como terapias para la mejora del bienestar personal de los trabajadores, Martínez-Gamarra & Ros-Mar (2010), consideran que pueden tenerse en cuenta como una fuente de beneficios tanto para la empresa como para los trabajadores. De esta manera, el trabajador siente que la empresa se preocupa por su bienestar, se siente, por tanto, más satisfecho y en consecuencia la empresa obtiene beneficios.

*4:89 AUX 3: Sona una mica estúpid, però, la qualitat del menjar va canviar, van dir: ¿qué queréis comer, y cómo lo queréis? ¿tú lo quieres empanado, lo quieres a la plancha? I es van.. es van redisenyar els menús, van habilitar espais per descans, amb aquestes xominades, sobretot el tema del pàrquing/
5:13 AUX 12: Sí, pues a lo mejor hacer unas sesiones conjuntas con el personal, nos ayudaría. O igual alguna persona en concreto, pues a lo mejor, o por algún caso en concreto, necesitaría un... una ayuda más... ¿no? de cara a esta persona. Pero que... hacer grupos de trabajo para hablar de... de situaciones que a veces vivimos, yo creo que nos ayudaría mucho. / 5:14
AUX 14: Sí pero estaría bien que tuviésemos un seguimiento, porque nuestro trabajo desgasta, ...*

6.3.1.2. Estabilidad laboral

La *estabilidad laboral*, se ha revelado como un elemento decisivo para la CVP disponer de horarios planificados, estabilidad de contratos y de servicios, ha sido

muy referenciada en los grupos de discusión. Esta categoría se relaciona con la categoría equilibrio vida laboral-vida personal, ya que, en ocasiones, el desequilibrio percibido viene dado por la falta de estabilidad en los horarios o en los contratos. Ello tiene como consecuencia la dificultad para conciliar la vida laboral y personal. Es una categoría que sin ser preguntada directamente surge en todos los grupos de discusión. Por esta razón podemos considerarla como una de las categorías principales.

Peiró citado por (Casas, Repullo, Lorenzo, et al., 2002a) Asegura que: *“La estabilidad del puesto de trabajo supone una relación positiva con la satisfacción laboral y con el compromiso con la organización”*, por lo tanto con la CVP.

Se ha establecido, que la estabilidad del puesto de trabajo es uno de los aspectos mas importantes de la vida laboral. La Satisfacción laboral guarda una relación positiva con el compromiso, con la organización y una relación negativa con la ansiedad, depresión, irritación, quejas somáticas y úlceras. También guarda una relación negativa con insatisfacción, absentismo, deseos de abandonar la empresa, bajo rendimiento, falta de dedicación, conflicto de intereses. (Rodríguez-Marín, 2010a)

Las aportaciones de los participantes demuestran que es un tema importante para ellos. Esta categoría incluye los códigos estabilidad de horarios, horarios personal sanitario, tipos de contratos, equidad entre los profesionales, estabilidad en el servicio, progresión lenta para la estabilidad laboral y gestión de personal.

Las enfermeras sin **estabilidad de horarios** llamadas ‘suplentes’ en nuestro estudio, son los profesionales dedicados a cubrir los días festivos del resto de la plantilla. Revisando la bibliografía ni siquiera tienen un nombre unificado para su designación, en algunos estudios se les denomina: enfermeras de apoyo, (Lapeña-Moñux, Cibanal-Juan, Orts-cortés, Maciá-Soler, & Palacios-Ceña, 2014), enfermeras correturnos, (Lozano León, Gómez Fernández, & Romero Indiano, Esther María Peral Belchior, 2010), o enfermeras roting (Castillo-Martínez, 2011)

De los participantes de los GD, 18 son suplentes frente a 33 fijos lo que representa un 35 % de suplentes presentes en las reuniones. Por lo que no es de extrañar

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

que el tema de estabilidad de horarios esté presente en los GD cuando se habla sobre CVP.

Estos profesionales juegan un papel fundamental dentro de las organizaciones, gracias a ellos se puede gestionar las ausencias del resto de trabajadores, en el caso de las organizaciones sanitarias es mas evidente. Este grupo de enfermeras y auxiliares son necesarias para la institución, para poder hacer frente a las ausencias del personal.

Las suplentes manifiestan que la falta de planificación de su horario laboral afecta a su calidad de vida.

5:68 AUX 10: No, no es calidad de vida. AUX 5: No saber si te van a llamar este fin de, s...AUX 9: Claro, no te puedes organizar. Es eso, no puedes tener vida fuera de aquí, no puedes organizarte la vida...AUX 13: No te puedes organizarte nada. A mi eso me pasa, no sabes si este fin de te necesitan, o mañana te necesitan, o es una noche, una tarde, o un.../ 5:70 AUX 13: La falta de planificación en el trabajo hace que no tengas calidad de vida profesional no? AUX 18: ...Pues si, eso digo yo, si resulta que por un fin de semana que tienes libre te llaman a última hora, que por favor vengas, que te necesitamos... y nada si tenias algo previsto pues nada...lo dejas y te vienes... y luego que te lo agradecen?...pues no... y eso cabrea y mucho ...la verdad... pues nada así que eso que de apoyo nada de nada... bueno de reconocimiento nada de nada

Simón-García et al., (2005), encuentran que las enfermeras eventuales son las que mas estrés presentan, ya que además de los estresores propios de la profesión tiene los derivados de su situación laboral. Así lo expresan nuestros participantes:

3:80 E 24: Porque la calidad de vida... es lo que... claro, seguridad-calidad de vida, la calidad de vida con un 80% cuando te de la gana llamarte, no es ninguna, que es lo que le pasa a ella, ¿por qué? Pues porque estoy vendida. / 4:5 AUX 5: Yo... ahora como tampoco tengo... parte variable de mi contrato y, trabajo igual, un día trabajo mucho, otro día no trabajo nada, otro día cuatro noches seguidas, claro, el problema es que como tampoco descansas, pues estás estresado... Pues que vienes... entre la faena que hay, súper estresada, pues claro, eso... a nivel... bueno en el trabajo, pues... también se nota ¿no?

Esta falta de estabilidad laboral repercute en el equilibrio vida laboral-vida personal, resulta complicado poder organizar su tiempo libre lo que repercute en su calidad de vida.

1:81: E2: Et pots organitzar millor, eh? jo reconec que aquest poder tenir un horari fixe...És una altra història... jo crec que Qualitativament es millora molt.1:82 quan tens un horari estable la cosa canvia molt. / 2:22 E13: ...el tema de los horarios, que puedas conciliar con tu vida personal, etcétera / 2:88 E14: es difícil, els horaris, dissabtes, diumenges... amb la parella, amb els fills... i no tens una vida normal. I ara de tarda i ara de nit, com li expliques al nen... / 2:99 E10: les persones que tenen un horari estandaritzat, que llavors és molt diferent, llavors pots conciliar.../ / 3:57 E 22: (...) porque tampoco puedo hacer estudios, y a mí me gustaría estudiar cosas y yo no puedo estudiar nada, porque estoy siempre con el turno diferente, tarde, noche.../ 6:46 COORD 4: Perquè tu ara imaginat el dia de Nadal que et truquin a les dotze, o tinguis que trucar tu perquè ningú et diu res, perquè la supervisora no és capaç de trucar, i truquis a la una i diguis: bueno, tinc que venir o no? / 6:65 COORD 1: Però és que a elles els hi toca Nadal, Sant Esteve, Reis, els hi toca tot. I a mi no em tocava tot. COORD 1: Sí, això sí... és que és molt dur, això eh?

La satisfacció laboral se relaciona con el horario laboral, de modo que aumenta, entre otras cosas, cuando existe una mejora del horario (Ruzafa-Martínez, Madrigal-Torres, Velandrino-Nicolás, & López-Iborra, 2008)

La falta de estabilidad de horarios repercute en sus relaciones personales y familiares, en definitiva en su vida personal.

2:146 E14: no me puedo echar pareja porque esto... no, no, no se coincide nunca y... y cosas que no te entienden, (...) / E11: Claro, yo iba más por ese lado, que tienes que tener una persona al lado que entienda que... que esto es como una segunda familia, que te pasas más tiempo aquí a lo mejor que... que.../ 4:105 AUX 7: Yo empecé... mis hijos ya están acostumbrados a que no esté para fin de año ni para San Juan. Empecé aquí que mis hijos tenían 4 años, ahora tienen 16 y 17...Y la mama nunca está en fin de año, nunca está... No has disfrutat mai d'ells en aquestes coses... I tot això t'ho has perdut d'ells, perquè no torna, saps? i dius... i encara no el veus el final... perquè encara no tens una plaça decent, i dius: quan?

Las ausencias del personal deben ser cubiertas por otros profesionales, en el caso de las organizaciones sanitarias, sobretodo a nivel de hospitalización. No se puede

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

prescindir del personal ya que cada uno de ellos tiene asignados unos pacientes y la falta de un profesional, teniendo en cuenta la ratio de pacientes por enfermera y auxiliar, no permite que el resto de profesionales del servicio o unidad puedan asumirlos, con lo cual, estos trabajadores deben ser substituidos. Esto implica una gran rotación de personal enfermero. Los profesionales *suplentes* se ven obligados a trabajar en distintas y diversas unidades que a menudo no conocen, lo que les provoca inseguridad y finalmente repercute en la calidad de los cuidados. Estos profesionales reclaman poder mantener estabilidad en los lugares donde van a trabajar.

2:42 E14: Tiene un poco que ver con la estabilidad de los sitios donde vamos, la poca estabilidad de turnos, de plantas, de... que no estamos ubicados.../4:6 AUX 14: hoy estás aquí, mañana estás allá, eso tampoco... que vas perdida, no ayudas, te da la sensación de que no te conoces la unidad y por más que quieras ayudar, no das.../ 4:7 AUX 4: Eso es un desgaste personal, importante, el no saber con quién vas a trabajar, dónde vas a ir a parar... si tienes rodaje en esa unidad... todo eso también ayuda... / 4:9 AUX 4: No se trabaja igual cuando estás siempre con la misma gente y en el mismo sitio, porque tienes una seguridad, porque conocer al paciente es muy importante también, porque llegas con una tranquilidad que...: bueno, ya me los conozco, ya sé cómo va esto... que no llegar a un sitio nuevo y digas: mmm ¿qué hago, no?.. / 6:101 COORD 3: Per això al vostre servei és important que siguin els mateixos, no? COORD 2: Clar! És bàsic, bàsic, perquè a més a més els residents, ells tenen... ells són a casa seva, o sigui, no és lo mateix que un pacient...

Baumann, considera que una mayor estabilidad del personal es beneficioso para la institución. Ésta debe analizar los costes que supone esta rotación y los efectos sobre la calidad de los cuidados (Gaviria-noreña, 2013).

Benner (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011b), describió desarrollo el desarrollo de habilidades clínicas en 5 niveles de competencia: novato, principiante avanzado, competente, profesional eficiente y experto. Teniendo en cuenta a Benner, los profesionales que carecen de **estabilidad en los servicios**, corren el riesgo de mantenerse en un rol de principiante lo que puede repercutir en la calidad de los cuidados (Lapeña-Moñux et al., 2014).

Estos profesionales se encuentran sometidos a una gran precariedad laboral. Se ven obligados a firmar varios contratos durante el mismo año en el mismo centro, lo que les provoca pérdida de autonomía y de planificación de vida personal, que lleva a situaciones de desgaste profesional. Además, se ha determinado que esta gran rotación de personal provoca también en el usuario, la pérdida del referente de la enfermera, por lo que los pacientes perciben la carencia de un seguimiento adecuado (Girbau et al., 2012) .

Esta situación en el centro estudiado, se prolonga en algunos casos durante años, por lo que esta **Progresión lenta** provoca insatisfacción, desmotivación y desgaste en los profesionales. Por temas de gestión, falta de acuerdo entre sindicatos y dirección y otros motivos, hace siete años que no se convocan nuevas plazas en el hospital estudiado, lo que ha hecho que muchos profesionales queden estancadas en sus contratos y en sus condiciones laborales sin conseguir progresos ni mejoras laborales.

1:17 E 3: El procés de progressió és molt lenta, des de que entres fins a que tens una estabilitat.../ 1:85 E8 -Amb lo qual han quedat molt encaixades... si tu tens horari de tarda, has passat quinze anys de.../ 3:64 E 23: De todas maneras (...) hay muchas cosas que sí que están mal, con los nuevos estos contratos, por ejemplo esto de que... yo entiendo que hay mucha gente que lleva... no es lo mismo que con tres o cuatro años trabajando ya tengas una plaza a estar doce, trece, quince, dieciséis, diecisiete...E 22: Y hasta veinte... y hasta veinte ... y veintiuno / 4:104 AUX 1: Es que imaginaros que yo ¿qué pienso? Y yo... ¿cuánto me quedará para conseguir algo aquí, sabes?... /6:38 COORD 1: És que... jo penso que la política d'empresa té molt a veure, eh? jo amb això sí que... perquè mmmm a veure, que tu estiguis com a suplent, com hem estat les que som d'aquesta generació, un any fins que t'agafin, pues això ho toleres bé, però és que hi ha gent que està així fa vuit i nou anys... COORD 7: I catorze... COORD 2: Dura massa temps, l'estar malament dura massa temps / 6:67 COORD 2: Sí, perquè viure putejada quan ets suplent, tots l'hem passada, jo també, però era molt més curt. / 7:21 AUX 18: No se puede tardar tanto en tener una estabilidad porque esto cansa a cualquiera.../ 3:133 ENF 19: ... tú veías a la gente del 100 y decías: bueno, de aquí a unos años yo estaré como ellos. -alguien ríe- No me importa venir... venía súper motivada, no importa venir fines de semana, doblar turnos, venir festivos, todo, porque tenías muchas ganas de aprender, muchas ganas de hacer cosas. Claro, cuando tú ves que doce años después... no estás igual que el primer día, sino peor...

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

1:84 E8- Jo penso que és molt important l'estabilitat d'horaris, un cop aconseguim una estabilitat d'horaris, una miqueta més, reconeixo que la gent que ve... les suplents, pobretes, ho passen molt malament, i ho passen molt malament, perquè a més portem... quants anys sense sortir plaça? Hem passat molts anys sense sortir plaça...

3:69 -E 23: No, pero yo creo que el problema es... el problema viene más agravado por eso, por gente que lleva muchísimos años y, que por una mala acción de lo que sea, porque realmente hay plazas que están pues... vacantes, desde hace muchísimos años, no han salido plazas...

Se percibe una **falta de equidad** entre los trabajadores, lo que provoca insatisfacción y repercute en el clima laboral y por lo tanto en a CVP.

3:89 E 21: Es que... es que... una cosa que pienso que no... que no ayuda, por lo menos al clima laboral, es que las normas no se aplican de forma equitativa, o no todo el mundo recibe el mismo trato.../ 3:90 E 21: Cuando hay las mismas cláusulas, o los mismos asteriscos escritos en un documento. Y esto... estas diferencias, pues son feas, y crean, crean conflicto./ 3:94 E 19: El problema es que luego eso afecta a las relaciones profesionales, y personales... Pero al final acaban, acaban haciendo que la gente se enfrente entre ellos.../3:91 E 22: Hay gente que no puede coger vacaciones en temporada de vacacional, y hay gente que sí .../3:92 E 21: Todos por el mismo rasero.../ 7:58 AUX 18: Pero se ve que no que llega gente nueva y venga... tu sigues igual.. eso no lo entiendo.. AUX 17: Si eso pasa a veces...AUX 20: Para los jefes somos un número, y nada mas...AUX 18- Si, si un número pero hay números preferidos, ...rie...-Rien- AUX 19: números preferidos, pues si AUX 20: ...es verdad... AUX 18: se ven las diferencias .

La equidad es considerada como uno de los elementos influyentes en la CVL como parte del clima psicosocial (Martínez-Gamarra & Ros-Mar, 2010) hace referencia al grado de justicia en cuanto al trato y las posibilidades de desarrollo profesional.

En este sentido es interesante considerar la teoría de John Stacey Adams en 1963, que indica que la motivación proviene de un proceso de comparación social, el trabajador evalúa la proporción existente entre sus esfuerzos y las recompensas que recibe a cambio y luego lo compara con lo que observa que se esfuerzan y reciben sus compañeros de trabajo. Cuando los trabajadores perciben esta falta de equidad, como consecuencia, se genera un estado de tensión e insatisfacción que impulsa al trabajador a intentar reducir este desequilibrio, se puede producir bajo

rendimiento, absentismo, etc. Esta teoría es citada en diversos estudios relacionados con la satisfacción y la CVL (Casas, Repullo, Lorenzo, et al., 2002a; Granados, 2011; Mireya Barrios, 2009; Peydró Navarro, 2015). Constituye una recomendación del Ministerio de sanidad y política social (2009), para las unidades de hospitalización.

En cuanto a los **horarios** de estos profesionales que están sometidos a turnos, se ha demostrado que causa alteraciones del sueño y genera mayor nivel de fatiga (Martínez-Gamarra & Ros-Mar, 2010). Concretamente con el turno de noche se altera el ritmo circadiano lo que provoca una disminución consecuente de la calidad de vida.

3:2 E20: Sobre la calidad de vida profesional... quiero decir... trabajamos de noche, trabajamos de noche, trabajamos festivos, trabajamos Navidad, Fin de año, Reyes, etc., con todo lo que conlleva, unos horarios absolutamente... al contrario de la vida normal de la gente, de la vida familiar... mmm... bueno, pues... / 3:54 E 19: Aquí el problema es que vamos al revés, vamos al revés.

Muchos de los participantes hacen referencia a la **gestión de los recursos humanos** como un elemento a mejorar dentro de la institución. La percepción de los profesionales es que la gestión no es la correcta, que cubren las ausencias sin planificación y con personal en muchas ocasiones novel.

1:67 E2: I si a nivell d'institució cuidessin els equips que funcionen.../ 2:36 E4: Equips que funcionen molt bé, es desfan. O... pel qualsevol motiu... / 2:76 E10: Vull dir, la nostra... la nostra vida milloraria amb una gestió adequada i amb un lideratge adequat, tu. Clar, i a més a més, amb una valoració del personal infermer de la casa, vull dir, tindríem que tenir, penso, des del meu punt de vista, més visibilitat i més veu en moltes coses, eh?/ 1:139 E4: Perquè cobreixen forats. Si la teva companya falta per algún motiu, cobreixen el forat. I no miren que, realment, hi ha infermeres que...Funcionen més bé, sí.../ 2:77 E11: Claro... un poquito de gestión. No pongas un equipo de los dos lados nuevos porque... que no se conocen ni la planta porque, claro, el próximo turno va a flipar.../ 3:20 E 21: Es una mala gestión...

La gestión de los recursos humanos es un tema en el que las instituciones deberían prestar una especial atención, según las directrices del documento de la OMS. Los recursos humanos de salud absorben entre el 40% y el 90% de los

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

presupuestos de los servicios de salud. Los sistemas de salud han tendido a considerar que éste era un coste, en lugar de ser considerado como una inversión («Directrices: Incentivos para los profesionales de atención de salud.», 2008).

Según el proyecto de reforma de la gestión de recursos humanos propuesto por la OMS “Crear un entorno de trabajo propicio”, se hace necesaria una cultura de colaboración y de excelencia que demanda de un entorno respetuoso y ético, una mejora en la administración de la justicia y una gestión moderna del personal (Change@WHO., 2014). Estos supuestos tal y como hemos citado en el marco conceptual, son los considerados por los hospitales magnéticos (Dominguez Sanchez et al., 2010; Santillana Garcia, 2010; Serrano Gallardo & Parro Moreno, 2015).

6.3.1.3. Comodidad en el espacio de trabajo

Esta categoría emergida en los GD, forma parte del entorno físico de los profesionales. En nuestro estudio es tenido en cuenta como ya hemos dicho, solo por los auxiliares

4:25 AUX 3: No es prioritari...(…) evidentment que jo no estaré 10 hores sentat, però un moment de descans... això és dignitat. (...) I això ni és qualitat, ni poder estar una estona assentat amb dignitat.../ 4:119 AUX 8: no tenemos, con perdón, un sillón, un dichoso sillón blando para sentarte después de cuatro o cinco horas de trabajo duro (...) son 10 horas, eh, lo que estás aquí de pie?.../ 7:77 AUX 20: Y ya que dices comodidad, la nuestra que? Digo por ejemplo una silla.. allí en urgencias no hay ni una silla en condiciones, es verdad que casi no paramos pero a veces tienes un momento y no puedes sentarte porque no hay,....

Es una consideración aseverada en otros estudios, incluida dentro de la estructura física del lugar de trabajo. En la publicación del Ministerio de Sanidad y Política Social (2009), se considera uno de los elementos influyentes en la CVL y según diversos autores como una condición objetiva dentro del ambiente físico (Casas, Repullo, Lorenzo, et al., 2002a; Rodríguez-Marín, 2010a)

6.3.1.4. Salario

El salario es considerado como una de las dimensiones o categorías para explicar la CVL como se refleja en el marco teórico en Apartado dimensiones CVL. Podemos afirmar que aparece de forma más o menos explícita en todas las clasificaciones (Ver Tabla 2: Dimensiones de calidad de vida laboral pág. 30).

La *satisfacción con el salario percibido* obtiene una puntuación media en el estudio cuantitativo de 4,38 es decir, no consigue el aprobado. Sin embargo en general en los grupos de discusión no se revela como el aspecto más importante. La mayoría de citas hacen referencia a aspectos relacionados con el tipo de contrato, como el caso de contratos a tiempo parcial, con porcentajes en los cuales cobran lo mismo tanto si trabajan el 150 % como si trabajan menos.

3:136 E 19: Porque a mí no me compensa para nada que yo en febrero venga nueve noches y en agosto tenga que hacer 22. Porque yo la nómina es la misma ¿eh? La nómina es exactamente la misma. / 4:43 A4: Eso sí que es mala calidad de vida... no cobrar lo que trabajas...

Todos hemos escuchado con frecuencia mencionada la frase “el dinero no da la felicidad pero ayuda”, frase que ha salido también en los grupos de discusión tal y como mencionan Martínez-Gamarra y Ros-Mar (2010). Parece que el hecho de ganar más dinero no daría una mejor calidad de vida, pero sí que ayudaría. Se habla de la congelación de los salarios durante varios años lo que les ha hecho perder poder adquisitivo.

3:4 E20: Entonces... bueno, se supone que... debía de estar compensado con el sueldo y... los sueldos están congelados desde el convenio 2004-2007, estamos a 2016.../ 4:36 AUX 3: O sea, para mí, evidentemente el refrán ¿no?: “el dinero no da la felicidad” , pero ayuda que no veas... Mi vida sería muy diferente si yo dispusiera pues de 500 euros más al mes y poder poner una chica que cuidara a mi madre, por ejemplo, que ahora mismo no lo puedo hacer...tengo una hipoteca, pago un coche... Y porque estamos cobrando lo que cobrábamos en el 2007. Es que... Eso es mala calidad...6:92 COORD 2: Escolta, la motivació està molt bé, i això que diu direcció: és que la gent s’ha de motivar, ja! Però, comença per la butxaca, comença per la butxaca! / 6:93 COORD 2: Però, si quan la butxaca cada vegada és menos, perquè clar, els descomptes hi són, cada vegada són menos els dies../ 6:130 COORD 1 : El

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

sou. COORD 7: Els sous, sí, sí, és lo que dèiem, és important. COORD 1: Sí, sí...

A pesar de las referencias de los profesionales, se intuye que el salario es algo mejorable pero que no es fundamental para su CVP. Coincide por tanto con lo encontrado en la bibliografía consultada. El tema del salario se explica también con la Teoría de equidad de Adams: los trabajadores establecen el criterio de equidad o la falta de ésta, en relación a las contribuciones que ellos hacen en su trabajo y las compensaciones que reciben (Granados, 2011).

El aspecto salarial, cuando se considera injusto o insuficiente a lo trabajado según Pérez y Saavedra (1999) “*puede producirse insatisfacción, absentismo, deseos de abandonar la empresa, bajo rendimiento, falta de dedicación, conflicto de interés*” (Casas et al., 2002 p.9)

6.3.1.5. Formación

Consideran que la institución debe **promover la formación**, dándoles, además de opciones formativas, la facilidad para poder realizar dicha formación continuada.

1:11: E1- és el tema dels cursos en els horaris en què es fan, no? O sigui, clar, jo habitualment estic al torn de tarda,. Si et demanes un curs has de demanar canvis, però ho has de fer... clar, vull dir, o empalme, o agafar i passar-te tot el dia a l'hospital. / 1:19 E8- que no s'incentiva en la formació, no? Veiem que no s'incentiva la formació... que l'has de posar tota teva, la teva part, no?

Como resultado de una revisión de artículos de investigación en España sobre satisfacción, (de Río Moro et al., 2001) se encontró que aquello que menos satisfacción produce a los enfermeros españoles, junto con otros factores, es la falta de formación y promoción profesional.

Las oportunidades de promoción y ascenso a lo largo de la carrera profesional, así como las facilidades para la formación constituyen importantes factores motivacionales. Por esta razón, en lo que se refiere a la formación, las organizaciones son las responsables de estimular y facilitar las actividades formativas (Casas, Repullo, Lorenzo, et al., 2002a; Segurado & Agulló, 2002).

Tanto las oportunidades de promoción y ascenso como las facilidades de formación, constituyen un factor motivacional para los trabajadores, el cual incrementa la CVL. Esto puede ser debido a que permite un desarrollo personal, mayor autonomía en el trabajo y la posibilidad de realizar tareas más interesantes y significativas (Granados, 2011).

En este sentido generar programas de desarrollo organizacional, en los que se potencie de la misma manera la participación de los trabajadores, pueden contribuir a mejorar la satisfacción con los objetivos y metas que deben alcanzar y con las oportunidades de formación(Cañón Buitrago & Galeano Martínez, 2011).

Los centros sanitarios deben potenciar la formación continuada y la carrera profesional, es lo que consiguen al respecto los hospitales *magnéticos* (Domínguez-Sánchez et al., 2010; Santillana García, 2010).

La promoción profesional en el cuestionario se encuentra en el ítem 4 en la pregunta *Promoción profesional* y es valorada con una media de 4,24 puntos. En otros estudios es considerada como uno de los principales motivos de insatisfacción laboral, se revela que se perciben como escasas las ofertas de desarrollo y formación profesional dentro del ámbito laboral del personal de enfermería (Molina Linde, Ávalos Martínez, Valderrama Orbegozo, & Uribe Rodríguez, 2009).

El turno de noche tiene más dificultades para obtener permisos u horas disponibles para la realización de la formación al no coincidir con su horario laboral.

2:70 E10: I si faig una sessió a les tres de la tarda... no pot venir la gent de la nit... no són respectuosos...no ens tenen en compte, no ens tenen en compte... A las ocho de la mañana... què vols que em quedí? A les vuit del matí no em puc quedar a una sessió.../ 3:49 E 25: El turno de noche yo lo he vivido recientemente ahora, tengo que hacer 200 horas de prácticas y no te dan ni un día. En turno de día sí, pero en turno de noche no, porque te dicen que laboralmente no te coincide tu horario con las horas de prácticas./ 3:50 E 20: Pero te coincide con las de sueño. E 22: Exacto. E 24: Tú necesitas dormir... E 23 : Pero ya dormirás, aunque sea en una columna de pie. E25: Claro, pero tú tienes 200 horas de formación, que las de día tienen, las de noche no, entonces ¿qué hago?

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Este aspecto se relaciona nuevamente con la Teoría de Equidad descrita por Adams. Perciben pues, que no se aplican estas facilidades de forma equitativa: algunos profesionales pueden disfrutar de estos permisos y otros no.

Consideran **importante incluir la formación dentro del horario laboral** ya que es una de las exigencias para desarrollar bien el trabajo. Las informantes comentan que años atrás se ofrecía más formación incluida en el horario laboral.

1:18: E4: Podies fer un curs dintre de l'horari laboral, i ara no trobes cap curs dintre de l'horari laboral. T'has de buscar la vida... E1: Clar, jo des d'aquest punt de vista, considero que si faig un curs és per millorar la qualitat assistencial dintre d'aquest centre, no? O sigui... vull dir, clar, aleshores... E4-Sí. Hores de la teva vida dedicar-les a formar-te... /1:148 E4. És un pas enrere perquè antigament, i no fa tants anys, et cobrien.../ 2:72 E10: La formació ha de ser dintre de la jornada laboral, quan porten una màquina a algun servei, han desapiguer que tots els treballadors l'han vista... i llavors posar-la a la pràctica. I això és feina del... del supervisor, eh? Del cap.../ 7:61 AUX 15: Pues ... mira...podrían, podrían... mirar para que hiciésemos cursos pero dentro del horario...como antes, ahora para hacer un curso está muy complicado, tienes que sacar tu las horas de tu tiempo...

Tanto en nuestro estudio como en el realizado por Sancho et al., (2002) se observa que las enfermeras, reclamaban una formación específica dentro del horario laboral, entre las propuestas de mejora de CVP.

La formación se revela como necesaria ya que existen estudios que demuestran que la formación de los profesionales influye en la mortalidad de los pacientes (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002). Del mismo modo lo demuestra el estudio Syrec en España («Incidentes y efectos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo enfermo crítico.»), 2009).

Las participantes consideran que para su correcto desempeño laboral, deben de estar **bien formadas** en nuevas técnicas, nuevos instrumentos y nuevos lugares de trabajo.

1:74 E4: I si volen que siguem polivalents, que ens formin. E7: Que ens formin. E4: Que ens formin /2:66 E13: no hay una formación como tendría que ser... /2:67 E13: las imágenes, no sé qué... las máquinas de no sé cuántos...

y vamos un poco al revés que todo el hospital, porque es verdad, porque la dotación tecnológica de la UCI pues es muchas veces muy diferente al resto ¿no? Y esto, pues sí, a veces estresa ¿no? Un poco... ves que tienes que manejar una máquina nueva y no sabes mucho.../ 2:69 E10: A mi també m'ha passat... els primers pleuros aquests nous que van posar, van anar a parar a Materno, (...) Y me quejé, y me enteré que cómo me había enterado... i vaig tenir un i tampoc no m'havien ensenyat, venga va hombre???... Está per internet, digo, no mira, yo en mi casa no miro internet i quan arribo aquí tampoc miro internet. I si faig una sessió a les tres de la tarda... no pot venir la gent de la nit... no són respectuosos amb la gent de la nit, no... no ens tenen en compte, no ens tenen en compte...

Los profesionales sin la formación específica pueden cometer errores y contribuir a un mal desempeño. Se debe tener en cuenta que el desconocimiento en la profesión, puede constituir un grave problema (Caicedo, Cristina, Abril, & Gustavo, 2013).

En nuestro estudio se percibe igual que en otras publicaciones, cómo son de escasas las ofertas de desarrollo y formación profesional dentro del ámbito laboral del personal de enfermería (Molina-Linde et al., 2009).

La formación es uno de los requisitos de la carrera profesional. Además en las convocatorias internas de plazas publicadas en el centro, la formación constituye uno de los principales elementos de puntuación constituyendo un 30% del peso del valor de la puntuación global. Este hecho hace que los profesionales sientan la obligación de formarse y se creen situaciones de competitividad entre ellos.

2:26 E12: También te exigen muchísima cosa de formación por ejemplo en enfermería yo creo que es una de las profesiones en la que más estudiamos.. / 2:44 E9: ...Ahora necesito este curso y ahora necesito este master y ahora necesito esto y ahora necesito lo otro ¿no? O sea, ¡más, más, más, más! (...) tu acabas de estudiar enfermería y dices: ah, ya soy enfermero, no sé qué... empiezas a trabajar, ¿no?... y parece que al otro día, como no te pongas las pilas... ¡eres el último mono! O sea, como no te pongas las pilas y empieces a hacer un curso y un master y no sé qué y un postgrado y un... ya, eres el último mono, entonces como diciendo: coño, si acabo de salir... de sacarme una carrera ¿no?/ 7:62 AUX 20: Pero claro luego nos vale para el currículum para coger puntos, si no haces no tienes puntos...

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Algunos profesionales hablan de la formación motivados por la obtención de una mejora para su trabajo diario. En este sentido consideran importante formarse también para mejorar su desempeño.

7:63 AUX 15- Pero si yo ya tengo un montón de puntos, si llevo aquí mas de media, llevo aquí... llevo toda la vida, vida llevo 39 años!... pero a mi me gustaría hacer cosas para mejorar mi trabajo y aprender más ...creo que sería una buena cosa...hacer cursos para mejorar en nuestro trabajo, cada uno de su sitio ...a mi... a mi.... los cursos que he hecho me han ayudado a cosas de mi trabajo...

Con todo esto se percibe como imprescindible para los profesionales la formación continuada. Esto incluiría desde su propia formación para el desempeño diario, hasta la posibilidad de obtener ascensos o mejoras en sus puestos de trabajo por lo que sería necesario que los directivos realizaran una adecuada promoción de la formación y de la carrera profesional de sus trabajadores.

6.3.1.6. Conciliación trabajo-vida personal

Los participantes consideran importante poder conciliar el trabajo y su vida personal. La mayoría de participantes hablan de cómo afecta el trabajo a su vida personal.

Fundamentalmente sus aportaciones hacen referencia a los horarios y los turnos que deben compatibilizar trabajo y vida personal. Esta categoría se relaciona con la estabilidad laboral.

La vida privada y el desempeño de la actividad laboral se influyen mutuamente. A nivel familiar los problemas afectivos, enfermedades, necesidades de atención a hijos, son circunstancias estresantes a nivel personal que pueden afectar al desempeño laboral. Por otro lado las exigencias en el trabajo pueden repercutir sobre la vida privada de los trabajadores (Peydró Navarro, 2015). Los participantes lo explican:

1:1 E3(⊗...) sería lo ideal que puguis compaginar la vida laboral amb la vida personal.../ 1:88 E6: Si estàs malament a la feina, estàs malament a casa i estàs malament amb el tio que toca el clàxon, que surts per la porta i dius: me cago en!/ 1:142 E3: Sí, bueno, de portar bé la feina i portar bé la vida

personal, perquè de vegades és incompatible, tant els horaris com la feina que puguis tenir... la feina te l'emportes cap a casa, cap a casa, vull dir... aquell dia aquella feina no l'has fet bé perquè has tingut molta pressió assistencial i marxes enfadat a casa i ho pagues amb la persona que, per exemple, en aquell moment tens a casa, la parella? Pues, la parella, pobret li toca. Però si també estàs bé, pues també es nota no? I tot això també, vulguis o no, en el teu estrès repercute, no?

En la mayoría de grupos de discusión se observa que la falta de estabilidad laboral, repercute a nivel personal y familiar. Especialmente hacen referencia a su dificultad para desconectar cuando termina su jornada laboral. Podemos deducir que las demandas laborales, como factores estresantes, no les afectarían excesivamente en el ámbito personal, ya que dispondrían de recursos para gestionarlas. Esta dificultad de desconexión la relacionan con la empatía que requieren su pacientes y con situaciones relacionadas con muerte y sufrimiento.

1:87 E2: moltes vegades quan me'n vaig en el tren ja no hi penso, sí que als dematins quan torno amb el tren ja començo a pensar amb aquest, amb aquest i allò... però sí que és veritat que quan marxo, com que m'oblido.../ 1:90 E4: I desconnectes. Jo me'n recordo que abans me'n portava la feina... pensava... E1 –Sí, jo també.....E4: I que hi ha serveis que te emportes més la feina que d'altres serveis... perquè vulguis o no, jo no diria que treballar en planta...E8: I som persones, i treballem amb persones... / 1:95 E2: És que ho hauries de deixar, jo no puc emportar-me els malalts a casa, no viuria.../ 2:84 E17: Yo intento separar... -...ya está, hoy lo he superado.../ 2:85 E17: Sí... Aunque tenga muy mal día aquí, a ver... cuando sales de aquí te olvidas.../ 2:89 E17: Jo intento, per exemple, parlar poc de l'hospital, però no per res, sinó perquè (...) sinó per tampoc reviure... 1:92 E8: Home sí que hi ha una maduració professional, que aprens a separar les coses... E4: I personal..../1:93 E8: Sí, i personal o professional, les dues coses, i amb els anys.... / 1:143 E1: (...) Vull dir, jo me'n recordo abans d' acabar la carrera ... Bueno sí, quan acabes la carrera, que comences a treballar i era que, pràcticament tot, li vas donant cinquanta voltes i estàs dormint i el parte, el repasses mentalment, a veure si ho he fet tot bé... i ara ja desconnectes, vull dir, desconnectes més... / 2:101 E10: ... sí, a mesura que han anat passant els anys, s'ha quedat molt més la... la cosa aquí, vull dir que quan me'n vaig a casa, pues vaig neta de ment, vull dir, quan en el moment em fico... em fico l'uniforme, em trec el perfil d'infermera, que també l'he deixat, el deixo aquí penjat a la taquilla, i me'n vaig allà com una persona així, ja està. I llavors, els problemes de casa, pues intentes, pues allò que dius, pues no portar-ho aquí...

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

6:96 COORD : *Jo ho he après... COORD : Yo como vosotras, no m'interfereix massa...6:97 COORD 3: Jo de aquí cap a casa he après... COORD 5: Jo també he après molt a tancar, però hi ha coses que sí influeixen. COORD 3: Jo no sé si els anys et fan aprendre això, que dius: de porta cap enfora.../ 7:67 AUX 15: Pues a mi, ya con los años no me afecta, yo me voy a casa muy tranquila y no pienso... bueno a veces pienso, no te digo que no.... bueno si hemos estado muy mal, pues llego un poco nerviosa, pero luego ya me pasa... es que si no nos volveríamos locas..*

Relatan como situaciones y momentos vividos con pacientes y familias les han repercutido a nivel personal, aunque entienden que forman parte de la profesión.

1:93 E8 : (...) , *sí que hi ha coses que encara, per molts anys que estigui, jo penso que a vegades som persones, i hi ha coses que et toquen i, moltes vegades, hi ha malalts que te'ls emportes per vint anys que tinguis de professió... bueno, per situacions./ 1:143 E1: Però són situacions particulars, no?/ 2:94 E14: En pediatria cuesta desconectar mucho, también ¿eh? Cuando te vas a casa y te has dejado un niño... malo o... justito... y son niños...E13: Sí, exacto. A mí me cuesta desconectar con eso.*

También aunque en menos número de citas, se relatan situaciones en las que el estrés laboral les afecta en su vida personal.

3:129 E23: *Acabas saliendo estresada, y aunque no lo quieras evitar... aunque quieras evitarlo, al revés pues... hay días que dices: uff, me parece que... te das cuenta, eres consciente ¿eh? Pues hoy me parece que he chillado un poco más de la cuenta en casa, y al igual es porque ya viene... de la noche anterior ¿sabes? Esa sobrecarga tiene que salir... yo desconecto, pero sí que es verdad que a veces...-E25: A mí normalmente del camino...E19: Ves, yo soy al revés, cuando llevo tres o cuatro días sin ver a mi marido en casa, es cuando me entra el... ataque./ 4:98 AUX8: No, no... yo te entiendo pero... pero llegar a casa muchas veces que es lo que decimos ¿no? con el estrés de aquí, porque vas estresado porque algo ha ido malamente o lo que sea, claro... tu mujer o tus hijos no tienen ninguna culpa...AUX2: Lo pagas con ellos, con los que tienes primero.*

Una coordinadora, dentro de su función como responsable de su servicio, explica que a menudo los fines de semana llama al hospital para interesarse por su servicio o bien recibe llamadas de los profesionales.

6:98 COORD 2: Jo no passo un cap de setmana que no parlo amb gent d'aquí, que no truco per veure com estan, o que no em truquen perquè mira què ha passat, ara si hi ha gent de guàrdia o no...

Esta categoría ha sido identificada como predictor de la CVP en diversos estudios. El término conciliación hace referencia a la compatibilización de los tiempos dedicados a familia y trabajo, no obstante, Girbau-García (2010), transmite que la idea de que la conciliación introduce otros elementos que abarcan el desarrollo pleno de las personas en el ámbito del trabajo, el afectivo, el familiar, de ocio, de estudio, de investigación e incluso la posibilidad de disponer de tiempo propio sin que por atender sus obligaciones, exista una disminución de su calidad de vida. Nuestros participantes hacen referencia a la conciliación en su concepción amplia, no solo familia sino amigos, estudios etc.

1:2 E2: Que hi hagi la conciliació familiar-laboral, no?/ 2:9 E10: la part de la conciliació, que és molt important, que no tenen en compte, vull dir que el professional..., hi ha professional que estudia, professional que ha de conciliar, i dius... escolta no em posis a la tarda que al dematí estudio, i et posen on tu sempre dius que no. Vull dir, que no et tenen en compte com a persona.(...) pues tenim que conciliar, o amb ells, o amb pares o amb el veí... / 3:131 E21: Y, a parte del turno, a nivel general la profesión ehh... es muy difícil para conciliar tu vida laboral con tu vida personal, sobre todo si tienes churumbeles, es difícil, es complicado, y si tu marido trabaja de lo mismo que tú, pues entonces ya... vamos...E25: Apaga y vámonos./ 4:27 AUX3: Una altra cosa de la que volia parlar és el tema de la... de la... jo que tinc la mare al meu càrrec, la poca facilitat que hi ha, de cara als comandaments, quan ma mare té alguna prova al dematí, la resposta és automàtica, és a dir: busca't la vida, i que no hi hagi cap manera, no? de poder aconseguir aquesta... aquesta.../ 7:69 AUX17: Pues a mi me pasa que si tienes un hijo que por ejemplo se pone malo, pues a ver como lo haces, llama a alguien para que te lo coja, que lo cuide, la conciliación esa de la que hablan no la tenemos bien, no tenemos ninguna facilidad...

Al respecto, Peydró-Navarro (2015), citando a Pirsaki 2007 explica que “El conflicto entre vida privada y trabajo se genera cuando el plano emocional y conductual no es compatible con los roles en el trabajo, de modo que la participación en una función se hace más difícil en virtud de la participación en la otra. La interacción entre trabajo y vida privada que funciona bien debería implicar muchos efectos positivos y pocos negativos”(p.31).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Tal y como se demuestra en varios estudios las interacciones familia-trabajo, negativas o positivas, guardan una relación significativa con la satisfacción en el trabajo (Girbau García, 2010; Makabe et al., 2015).

En el cuestionario la pregunta *falta de tiempo de mi vida personal* obtiene una puntuación de 5,23.

Algunos profesionales explican la dificultad de poder coincidir con la familia o parejas debido a los horarios laborales. Este código y la categoría a la que pertenece, se relaciona con la categoría estabilidad laboral.

4:94 AUX5: Fatal, fatal... Yo a mí me llaman y me da miedo decírselo a mi marido, porque ya verás... verás, y me dice: ¡dile que no, dile que no!

Una enfermera del turno de noche habla de las situaciones vividas con sus hijos debido a su trabajo nocturno.

3:61 E24: (...)Pero ¿sabes lo qué pasa? Que ahora tengo mis hijos... que sí, pero, por ejemplo, los míos que son grandes me dicen: es que tú... mira, por ejemplo, os voy a decir una cosa que lo tengo aquí... y que me duele muchísimo pensarlo... Una vez a mi hija le dijeron: un dibuix aquest fi de semana, y era como los tuyos... un dibuix aquest fi de semana...E21: Dibujó al padre y al hermano...E24: Dibujó al papá, en el parque, y la mamá en un rincón de la hoja con la 'z' de roncar...

De los discursos de estos profesionales podemos detectar la importancia que dan a poder ocuparse de sus familias y disponer de tiempo para dedicarles, con lo que podemos establecer que su conciliación trabajo-familia es fundamental para ellas. Algunos estudios sobre enfermeras, hablan de que la calidad de vida de estas profesionales está relacionada con la satisfacción que tienen respecto a sus necesidades personales y plantean la dimensión “trabajo-casa” como dimensión de la vida de las enfermeras (B. Brooks & Anderson, 2005; Girbau García, 2010).

6.3.2. Demandas de trabajo

Esta metacategoría incluye los requerimientos de trabajo de los profesionales. Son los factores estresantes referidos por los informantes cuando se les pregunta qué situaciones les provocaban estrés en su día a día.

Las demandas de trabajo incluye el mayor número de citas integradas en 19 códigos, lo cual refleja las situaciones de estrés a las que están sometidos los miembros del equipo de enfermería. Dentro de esta categoría se han incluido todos los códigos considerados como fuentes de estrés para nuestros participantes. Se incluyen los códigos de presión asistencial, falta de personal, falta de tiempo, ratio de pacientes, pacientes complejos, falta de recursos materiales, polivalencia/especialidad, los registros, responsabilidad profesional, falta de comunicación entre profesionales, objetivos propios de la institución, funciones del profesional, interferencias a las que está sometido, y presencia de profesionales noveles.

Tal y como se observa en los resultados, las enfermeras y las coordinadoras son las que perciben más estrés, prueba de ello es el número de citas que hacen referencia a este tema. En cuanto a las diferencias percibidas entre los dos colectivos, la falta de recursos materiales es un tema más recurrente en los grupos de auxiliares. Ello se debe a que entre las funciones de los auxiliares se incluye la gestión del material, así que es este colectivo el que sufre las consecuencias de esta carencia y lo considera un elemento estresante. En cambio, la ratio de pacientes, códigos referentes a registros, pacientes complejos, polivalencia, responsabilidad profesional, conflictos con compañeros o médicos, objetivos de la institución, interferencias y profesionales noveles son códigos más citados entre los grupos formados por enfermeras, ya que son muy propios de este colectivo. Los códigos como presión asistencial, falta de tiempo o falta de personal son comunes en las dos categorías profesionales.

En nuestro estudio, ha quedado reflejado que los elementos que se perciben como estresantes, son los relatados en relación a situaciones o factores que pueden ser controlados en este caso por la institución. Ésta puede minimizarlos dotando a los profesionales de recursos tanto materiales como personales, mejorando los registros, facilitando nuevos circuitos para la mejora de la comunicación entre las

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

distintas disciplinas, delimitando las funciones del profesional y realizando una adecuada gestión de sus recursos humanos.

6.3.2.1. Categoría Factores estresantes.

Los estresores laborales identificados en nuestro estudio coinciden con la literatura consultada (Cremades Puerto et al., 2011; Piñeiro Fraga, 2013) y la clasificación de Melià y Peiró (1999) por lo que utilizaremos esta clasificación para analizar estos aspectos. En nuestro estudio, los estresores del ambiente físico y los relacionados con otras esferas de la vida se han identificado inicialmente como elementos de la CVP. No obstante, los hemos reclasificado dentro de otras categorías al no ser identificados como fuentes principales de estrés y sí como elementos de las condiciones laborales necesarias para el profesional. En los siguientes apartados se analizan cada uno de ellos teniendo en cuenta la clasificación citada.

1. **Estresores del ambiente físico.** En nuestro caso estos aspectos los hemos considerado dentro de las comodidades en el trabajo como parte de las condiciones laborales.
2. **Demandas del propio trabajo.** La propia actividad laboral puede presentar fuentes del estrés como el turno de trabajo, la sobrecarga de trabajo o la exposición a riesgos, etc.

Como la sobrecarga derivada de la propia actividad, denominada en nuestro estudio **presión asistencial** o cantidad de trabajo. Nuestros participantes hacen referencia en primer lugar a la presión que reciben a nivel asistencial en el día a día, lo que les provoca estrés.

1:43: E6: A mi és la pressió...asistencial.. quan veig que no puc arribar...A tot...Això és el que em fa saltar l'alarma.../ 1:125 E2: Però vull dir, clar, és que no li pots... no acabes de poder fer la feina com la vols fer perquè, no? Hem d'assumir, hem d'assumir... sí, però si amb lo que tinc aquí ja en tinc prou.../ 4:2 AUX 8: Sí, y, a más a más, o sea, calidad de vida en el trabajo yo creo que también que es no ir saturado de trabajo... ir un poco más suave, ¿no?, más libre. Yo lo veo así también un poquito, ¿no? Porque aquí ya, como sabemos todos, la mayoría de las veces vamos doblando el trabajo. Y eso también...

¿no?.../ 7:7 AUX 15: Si o no? Es que todas las higienes por la mañana de tanta gente es una barbaridad... y mientras tanto los timbres todo a la vez...y tu enfermera que te pide cosas y que muchas veces no las tienes.../ 7:32 AUX 16: I a la planta també perquè ja tens els llits amb els pacients però arriben els de quiròfan i els has d'atendre, s'han de fer moltes coses a un pacient que arriba de quiròfan eh? I la resta també necessiten coses perquè acaben d'arribar igual fa una hora, i tenen nausees o vomiten o es compliquen... 6:15 COORD 1: És també que el volum de feina ens sobrepassa, a mi em passa... 4:68 AUX 4: Y una habitación cabreada, la otra habitación cabreada, la otra... uff, y... y, bueno, la verdad es que eso es súper estresante porque... hay mucho trabajo. Hay mucho trabajo...

A nivel cuantitativo la pregunta “Cantidad de trabajo que tengo” obtiene una puntuación de 8,36 de media siendo la puntuación más alta dentro de la dimensión por lo que resulta significativo. La pregunta “Presión que recibo para mantener la cantidad de trabajo” tiene una media de 7,32 y el ítem “Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo”, 7,22.

Dentro de estas demandas del propio trabajo podemos incluir las **Interferencias**. Este código hace referencia a las interrupciones que tienen en su trabajo diario. Sobre todo el grupo de coordinadoras es el que hace más referencia a este aspecto.

2:135 E10: ...el teléfono que no para, y cuando llegas ha parado, dius: janda ya!/ 6:10 COORD 2: De totes maneres a mi l'estrès laboral no me'l provoca tant la feina en sí, sinó totes les interferències de l'entorn. La feina en sí, per més que n'hi hagi, em costa de que em provoqui estrès. M'estressa l'entorn, no sé si m'explico.../ 6:14 COORD 2: Sí, ara no sé què, ara l'auxiliar et diu que s'han espatllat els timbres, mecachis!, ara ve aquest resident i resulta que ha vingut la seva filla i tinc de baixar, ara... o sigui, m'estressa l'entorn que m'envolta, però no tant de la feina. COORD 6: Les interferències.../ COORD 4: ... i, hi ha, jo què sé, no? per exemple, no? hi ha problemes de cuina? Pues ara a la cuina... ara...COORD 3: I serveis centrals, tot.-totes van assentint alhora-/ COORD 4: Hi ha... jo què sé, informàtica, no van bé els ordinadors, truques, mira, jo l'altra dia els vaig trucar i em van dir: estem molt enfeinats. Però heu de venir perquè hem començat administració per Savac... no poden venir, jaguantate! I dius: bueno... ells, això, tranquil·lament et diuen: no podem venir, espavilat, perquè tu

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

tens el problema i t'aguantes, fes el que vulguis, no?/ 6:117 COORD 6: Les interferències, no, potser? COORD 1: m'estressa que... ara ve el de manteniment i...i et pregunta no sé què...

Para Piñeiro-Fraga (2013), es considerado como uno de los estresores más frecuentes en este colectivo: “*Interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas*” junto con “*Sentirse impotente en el caso de un paciente que no mejora*”, “*Ver a un paciente sufrir*” y “*Realizar demasiadas tareas que no son de enfermería*” (p.153).

En el ítem correspondiente del cuestionario a la pregunta *Interrupciones molestas*, se obtiene una media de 6,39 puntos.

La **falta de tiempo** para realizar las actividades que deben finalizar dentro de su jornada les causa estrés. Se puede incluir dentro de las demandas del propio trabajo. Refieren que al finalizar turno les queda la sensación de inseguridad y la insatisfacción y de no haber hecho bien su trabajo.

1:44 E6: I no poder fer la feina ben feta... eh? No pots... has d'anar massa ràpida i tu no saps... en el fons penses que ho fas bé però... ho fas mmm... massa ràpid, et dona una mala impressió de no estar-ho fent bé, saps?/ 4:65 AUX8: ...que has hecho algo mal... ¿qué pensarán los de la mañana? Que si no he querido hacerlo... y es exceso de trabajo y es que no te ha dado más tiempo de hacer las cosas.../ 4:66 AUX8: Te vas con la sensación de que... que algo te has dejado, AUX7: Que ho has deixat tot a mitges..... / 4:118 AUX4: No podemos entrar en una habitación y estar tranquilo para tu paciente el tiempo que necesita porque está sonando otro timbre, porque te llega un quirófano, porque... porque, porque, porque, porque.../ 6:1 COORD 1: Una de les coses és el temps, no? el temps necessari per poder fer les tasques, amb la tranquil·litat que requereixen./ 6:2 COORD 4: ... amb la qualitat que tu vols perquè tens el temps necessari per fer allò, no que vas nerviosa pensant que...

La falta de tiempo les lleva a pensar que su dedicación temporal al paciente es insuficiente.

5:4 AUX 11: Y este es el problema principal, no tienes tiempo para el enfermo, más que para hacer cosas de... de todo, menos para estar con él. Y esto desconforta mucho, porque no es lo mismo poder levantar

a un abuelo con el tiempo y hablándole, que no pim-pam-pim-pam-pim-pam. Yo, este es el problema que veo más... más importante.

En este caso se hace referencia a no poder dedicar al paciente todo el tiempo que necesita debido a la existencia de otras múltiples tareas que deben realizar. Todo esto se relaciona con el modelo de Cuidado Transpersonal de Watson, basado en la interacción cercana con el paciente y la familia (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011c). Sin embargo, las instituciones hospitalarias regidas por el modelo biomédico y curativo, reduce lo humano a lo biológico, alejando el trabajo de las enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado centrándose más en las múltiples tareas delegadas (Troncoso, M. P., & Suazo, 2007). Este aspecto se desarrolla dentro de la metacategoría *satisfacción de ofrecer cuidados*.

3. Los contenidos del trabajo y las características de las tareas que hay que realizar son también potenciales desencadenantes del estrés laboral. En la clasificación de Peiró, se mencionan la oportunidad de control, el uso de habilidades que permite la realización de las tareas, el *feedback* que se recibe por la propia ejecución del trabajo, la identidad de la tarea y la complejidad del propio trabajo.

Las enfermeras son responsables de sus pacientes, tienen un gran sentimiento de **responsabilidad** lo que les provoca estrés. Cuando se sienten desbordadas experimentan dificultad para delegar tareas.

1:126 E2: És una feina l'he de fer jo, perquè l'ingrés és meu i el malalt és meu, no? i si no tinc el temps ni tinc l'espai... no?/ 1:129 E8: treballes amb persones i et sap greu.../ 1:166 E8: Sí, els deixes penjats../ 1:167 E6: I et sap greu per la persona, perquè jo podria dir, una hora i mitja com si són dues, no? jo dono lo que puc, d'aquí a aquí arribo i ja està però... és allò que em poso el llistó molt alt, i no, hem d'entrar a l'olla, tinc que estar per ells tinc que estar l'estona que necessiten... clar i dius...

Los contenidos del trabajo también incluyen los **registros** que deben realizar las enfermeras y el tiempo que han de dedicar a ello. Estos registros sobre los cuidados realizados constituyen una labor obligatoria dentro del plan de cuidados que realizan

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

1:99 E8: *Però encara passes molt de temps davant de l'ordinador.../*
1:103 E8: *“tens que fer això, tens que fer això, això... i estàs més rato*
a l'ordinador, o valorant certes cos.../ 1:116 E2: *Però és que això no*
podem decidir nosaltres com a infermeres.../ 1:117 E1: *Això ens ho*
marca la institució.../ 1:107 E4: *Ja, però, enregistrar ho has de fer.../*
1:119 E4: *Enregistrar s'ha d'enregistrar. I vulguis o no, la por existeix, i*
la por a que ens denunciïn, també .../ 1:122 E7: *No ho entendria cap*
jutge aquestes creus... -rien- No crec que això un jutge ho pugui
valorar.../ 1:108 E8: *I tant que has de registrar, però poder s'ha de fer*
més còmode, no, els registres? O no duplicar registres/ 1:109 E1: *Més*
àgils

El registro de las actividades enfermeras es una obligación de los profesionales para dejar constancia de sus acciones dentro de la historia clínica del paciente aunque es vivido como una sobrecarga de trabajo. En el estudio de Puello-Viloria et al. (2014), se hace referencia a este aspecto, “*los profesionales sanitarios trabajan en un entorno muy demandante, lo que se suma a la burocracia administrativa exigida hace que la autonomía sea minimizada y se vea afectada la capacidad resolutive*”(p. 90).

4. El **desempeño de roles** plantea también potenciales desencadenantes del estrés laboral. Son ampliamente conocidos y han sido bien estudiados: el conflicto, la ambigüedad y la sobrecarga de rol. En nuestro estudio se relacionan con las funciones que los profesionales asumen y que no son consideradas como propias.

Las enfermeras consideran que deben ser especialistas, que deberían ser consideradas como tal y recibir el reconocimiento y estar ubicadas en sus especialidades dentro de la institución. Contrariamente, la institución les exige **polivalencia** debiendo asumir pacientes de otras especialidades. Frecuentemente las informantes no se consideran preparadas para asumir los cuidados de pacientes ajenos a su especialidad. Esto les puede provocar estrés relacionado con el conflicto de rol.

1:53 E8: *A nosaltres ens estressa molt la polivalencia.../* 1:73 E8:
tornem a lo mateix no'? No hem de ser polivalents, hem de ser
especialistes i ens han de respectar això, haurien de respectar-nos per

no passar-ho malament, no?/ 1:56 E2: Jo penso que no hem de servir per tot.../ 1:130 E8: (...) assumeixes malalties que t'has tingut que posar corrents a saber perquè no en portaves.../ 1:131 E8: d'un dia per un altre, la direcció te diu que tu has d'assumir tota la curta estada, i sense posar-te al dia assumeixes molts tipus d'intervenció i sense tenir recursos (....) pues clar, això ens estressa. Sí, sí, poc a poc anem assumint tots els malalts que ens demanen, però si això ha sigut un canvi, la polivalència, no? t'exigeixen... tota aquesta polivalència..

Los objetivos de la institución, en ocasiones, no son compartidos por los participantes enfermeros como propios de su profesión. Son percibidos como factores que distorsionan su trabajo diario y que requieren de mucha atención. En este caso las protagonistas de los comentarios son exclusivamente de las enfermeras. Tiene que ver de nuevo con el conflicto de rol porque piensan que no forman parte de sus funciones.

Las participantes piensan que la cumplimentación de algunos registros exigidos quitan tiempo de dedicación al paciente consideran que no forman parte de sus funciones.

1:161 E8: Fent papers que t'exigeix la institució fer-los... i tot això perds el temps d'estar amb el pacient no?.../ 6:76 COORD 1: És que aquí en infermeria tenim la sensació que ens ho van col·locant tot lo que... home, les escales aquestes que hem de fer ara.../ 6:77 COORD:1 Escales d'assistent social, que és allò que... COORD 1: Això també ens ho hem de carregar a infermeria, i clar, arriba un moment.../ 6:79 COORD 2: Molt bé, i aquests indicadors qui els està governant, qualitat? És que, clar, qualitat crec que arriba un moment que lo que fa és gestionar les dades que recull d'infermeria.../ 6:80 COORD 1: El que a infermeria no és cosa nostra, perquè clar, l'excusa és: l'assistent social no pot fer tot això perquè no n'hi ha prou. Coi, pues a infermeria tampoc tenim el suficient... a veure, des d'ells ho tindrien que haver defensat aquesta postura.

Estas manifestaciones hacen referencia a las funciones que los profesionales perciben como propias, y también establecen las que consideran que no son propias. Algunas participantes explican que todo recae sobre ellas, “la enfermera debe hacer de todo”.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

2:133 E9: *Claro, pero es que tú eres enfermera... tú sirves para todo... E10: tu has d'anar... tu li dius: necessito... clar, tu dius... tens algun convulsionant?, no tens un Rivotril ?, clar, pues agafa escala i baixa... agafa escala, al menos jo a pediatria, agafa escala i comença a anar a buscar el Ribocil a la farmàcia...E16-Haces varios roles... Administrativa.../ 6:17:COORD 4: És que el col·lectiu d'infermeria, bueno, no sé si és el col·lectiu o... jo crec que sí que és el col·lectiu, jo crec que potser... tot, o sigui, tot ens acaba parant a nosaltres.../ COORD 4: ... i, hi ha, jo què sé, no? per exemple, no? hi ha problemes de cuina? Pues ara a la cuina... ara.(...) Hi ha... jo què sé, informàtica, no van bé els ordinadors, truques, mira, jo l'altra dia els vaig trucar i em van dir: estem molt enfeïnats. Però heu de venir perquè hem començat administració per Savac... no poden venir, jaguantate! I dius: bueno... ells, això, tranquil·lament et diuen: no podem venir, espavilat, perquè tu tens el problema i t'aguantes, fes el que vulguis, no?/ 6:19 COORD 4: En canvi a tu et fan resoldre... una mica... no sé, no sé si és que la nostra, la nostra... manera de fer és ser... resoldre-ho tot, i al final acabem pringant sempre. No?*

De estas afirmaciones emerge el concepto de “*enfermera para todo*”. En un estudio cualitativo en Colombia lo denominan “*rol del todismo*” (Mesa-Melgarejo & Romero-Bailen, 2010). Este término designa el rol de los profesionales de la enfermería que ejercen sus tareas desde perspectiva de un todo compuesto por múltiples roles propios, más los que la institución les exige, que incluyen en muchos casos tareas administrativas.

“*Conflicto en el rol*” se refiere a *expectativas incompatibles mantenidas por la propia persona, o por otras personas, para un determinado rol o conjunto de roles desempeñados por la persona*” (Mendes & Lopes Monteiro, 2009 p. 5). El actor puede estar expuesto a contradicciones por el hecho de ocupar dos o más posiciones. Su definición clara es una parte importante del proceso de representación del mismo rol, por ser determinante en la calidad del desempeño.

Las coordinadoras hacen referencia a sus funciones específicas relatando que sus funciones incluyen un estrés añadido. Tal y como se observa en el estudio cuantitativo, los profesionales con cargo de gestión perciben más estrés ya que obtienen una puntuación más alta en cargas de trabajo.

6:20 COORD 1: *Però és que jo crec que aquesta figura de coordinadora porta un estrès afegit perquè, a veure jo, quan nosaltres no en teníem, i quan la van posar, primer, clar, és un volum de gestió de dos plantes que allò és impossible que la pugui fer, en part perquè són moltíssims malalts, no? però clar, la gent agafa aquesta figura com que és la que resoldrà tots els problemes, no?/ COORD 3: De referent de tot.COORD 1: I clar, i jo els hi dic: una persona sola no pot resoldre els problemes de vint, no? o de... de les que siguin. Vosaltres heu de ser responsables del que teniu igualment. L'altra cosa és que llavors jo m'ho monti tot i partim, com que m'estic una estona més que vosaltres, però jo en el moment també tinc uns pacients, també tinc... i clar, això de que et vagin bombardejant per tot arreu, això estressa moltíssim, perquè...COORD 2: Perquè cada una de nosaltres també tenim especificitats molt diferents...COORD 2: Jo sóc la coordinadora però tinc tota l'assistència per fer...COORD 1: És lo que dèiem, cada planta la funció de la coordinadora és diferent.COORD 3: Cada una... És diferent, molt diferent...*

5. Las **relaciones interpersonales y grupales** pueden ser fuentes de estrés. Entre ellas Peiró menciona las relaciones con los superiores, con los compañeros, subordinados, clientes, etc.. Coincide con los conflictos con los compañeros u otros profesionales relatados en nuestros GD.

Los profesionales del equipo de enfermería en ocasiones se enfrentan a **conflictos con los pacientes y con las familias** lo que genera situaciones que son vividas como estresantes.

2:130 E10: *a nivell laboral m'estressa (...)* A veure, jo li tracto amb respecte, a mi no... com volent dir, bueno, clar, estem... no va amb el sou, que t'insultin, no?.../ 5:31 AUX9: *A mi lo que me estresa son los conflictos familiares. Me estresa muchísimo.... Sí. Porque es algo que siempre me ha costado mucho... manejar, o sea no, no... me cuestan los enfrentamientos aquellos... con la gente, siempre me ha costado muchísimo y... es una de las cosas que me estresa. Cuando... cuando no hay ningún problema ni con el paciente ni con la familia, puedes tener más o menos faena, pero si encima añadimos un... un paciente o un familiar conflictivo, te estresa muchísimo.../ 5:38 AUX12: *También, bueno, los conflictos con los enfermos, con las familias**

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Del mismo modo relatan situaciones en las que el **conflicto entre compañeros** genera malestar, insatisfacción y estrés.

2:95 E13: a mí sí, a mí me afecta, y si hay alguna discusión, por ejemplo... yo no... alguna vez, que sí que ha pasado, yo lo llevo a casa... E14: No se puede evitar, a veces.../ 2:102 E10: ...aquellas vegades que penses que les persones et tracten com tu no els tractes amb ells o com tu creus que no t'han de tractar. Aquelles sortides de to, aquella falta de... de respecte simplement per la persona. Això és lo que més m'afecta. Jo sempre penso, jo per exemple... empenyar-me amb el jefe, pues no tinc cap problema, però els companys sí que em dolen, el company és lo que més em dol, vull dir, allò que dius: òstia, m'hi he barallat per lo que sigui, eh? o que un dia la veus sèria i penses: Òstia i què li passarà avui? No? i vas dient... no sé si demanar-li què li passa, si li he fet algo... això és lo que més... i sobretot treballar amb un bon equip i rient... és lo millor! Rient d'aquella manera, saps? / 5:64 AUX 6: Eso es importante que los equipos funcionen porque si hay dos personas que no conectan, pues eso también se nota y hace que el equipo no vaya bien, todo son problemas y las maras caras , y estar con malas caras en el trabajo es fatal, y eso a veces pasa.../ .6:11 COORD 5: És això que t'he dit jo, no? si la gent que jo tinc al voltant no, no... no estic bé, cosa que m'ha passat, per exemple, llavors jo... estava parada.. a la porta i no volia entrar... COORD 1: És que això és importantíssim, eh?

En el trabajo "Desencadenantes del estrés laboral" de Melià y Peiró (1999), afirma que la ausencia de contacto con otros trabajadores y la falta de cooperación y apoyo entre compañeros pueden producir un elevado nivel de estrés y tensión entre los miembros del grupo.

Las relaciones personales con los compañeros son fuente de satisfacción, del mismo modo, la falta de éstas o los conflictos, provocan la disminución de la satisfacción. Algunos estudios lo han demostrado (Aguirre-Raya, 2009; Ruzafa-Martínez et al., 2008).

En una revisió realitzada sobre satisfacció laboral en professionals sanitaris, en Espanya, se encontró que lo que más insatisfacción les provoca es la poca comunicació e interrelació con otros profesionales junto con la escasa participació en los órganos de dirección (del Río Moro et al., 2001).

Relatan también situaciones de **Conflictos con los médicos**.

2:82 E10: vaig treure un catèter femoral, vaig treure un catèter femoral i va sagnar de l'artèria, i va dir que traient el catèter femoral jo havia tocat l'artèria....havia tocat l'artèria.../ 2:83 E10: ... i així continuament...Es que lo has aspirado demasiado, la sonda de aspiración ha salido... vull dir, és que, la culpabilitat... i aquí penso: òstia, tio, és que sempre estan buscant un culpable i és la infermera la culpable del problema. Sempre si es salva és gràcies al metge. Però si és que l'han cagat és que la infermeria l'ha cagada.../ 2:122 E10: a vegades, una professió busca el culpable a l'altra, quan la cosa va malament...E10: Hi ha un grup professional que busca el culpable en l'altre, i això ho he viscut eh? vull dir... amb una cosa que... bueno, no hi ha temps d'explicar-ho... però bueno...E14-Sí que és veritat... que si algú té problemes, tota la culpa és...E16: És veritat.../ 3:9 E22 : Porque no los puedes despertar que están durmiendo.../ 3:143 E22: Porque no pueden despertar al médico.../ 6:69 COORD 1: 'Rifi-Rafe' amb els metges sempre el tenim... COORD: 7 Això ho tindrem tota la vida, aquestes coses...COORD 5: Som infermeres i ells metges...

Los médicos a lo largo de la historia, han considerado a las enfermeras como subordinadas y este es un problema que persistente en la época actual, los problemas de comunicación entre el médico y la enfermera se deben entre otros factores a esta relación de subordinación, los médicos con esta concepción, no confían en el juicio de la enfermera. En ocasiones, cuando los facultativos son avisados por las enfermeras tardan en dar respuesta, ésta es una queja común de las enfermeras. Por otro lado la enfermera al no sentirse escuchada tiende a evitar comunicaciones con el médico esto puede amenazar la seguridad del paciente (Vítolo, 2012).

En el cuestionario de este estudio la pregunta '*conflicto con otras personas de mi trabajo*' obtiene una puntuación especialmente baja, de 3,25, lo que determina que a pesar de ser una fuente de estrés, cuantitativamente los profesionales del centro estudiado parece no tener demasiados conflictos con otros profesionales.

En cuanto a los problemas en relaciones con los médicos, los grupos de enfermeras participantes cuando se refieren el trabajo multidisciplinar,

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

manifiestan la falta de equiparación entre ambos colectivos. Se compara la profesión de los médicos con la profesión enfermera en manifestaciones como:

1:6 E4: Bueno, jo de fet penso que ni els metges són més que les infermeres... no, hem de fer un treball, una feina, i hem de fer un treball conjunt, i... si això ja no existeix, ja anem malament... ja anem malament.../ E10: 2:80 l'equip multidisciplinar, equip multidisciplinar, i això només és una paraula... perquè... E17: Això és mentida, és una utopia.../ 2:81 E10: Clar, és una utopia. I aquí és... i aquí és el gran fallo. Perquè haver-hi... haver-hi professions que treballen conjuntament amb el mateix... pel mateix objectiu, llavors s'hauria de clarificar que són professions que van paral·leles i no van subordinades unes a les altres, i això és lo que hi ha, vull dir, és un treball en equip, i això falta. E13: No estem equiparats. 3:145 E21: La calidad asistencial es de todos los profesionales que haya, la calidad asistencial... E22: Pero sobre todo los médicos siempre evalúan mucho a las enfermeras y los médicos no se evalúan nada. E 21: Que estamos muy poco, muy poco, muy poco...E 22: Y dejan mucho que desear, muchos.

El anterior relato hace referencia a **la falta de comunicación** que se percibe en ocasiones entre los profesionales sobretodo de otras disciplinas como el caso de los médicos.

2:56 E 16- La poca comunicació que tenemos con los médicos por ejemplo, sobretodo en los pases de visita... pasan y no te dicen nada, entras a la habitación y el paciente te dice que ha pasado el doctor y que le pondremos esto o lo otro y tu como profesional no sabes nada...porque no tienes poderes... y lo peor es que vas a mirar el registro al curso clínico y no lo ha escrito hasta que no pasa un rato...y claro...esto es fatal.../ 5:42 AUX 13: A mi la falta de comunicació entre los diferentes profesionales que hay en la planta. A mi queaquí, por ejemplo, que venga el médico y no le diga a la enfermera, que la enfermera esté perdida, que no controle la faena, eso a mi me crea pues... un estrés que no... claro, te sientes perdida y no... no atiendes de la misma forma al paciente, con la misma confianza en lo que estás haciendo, porque igual: pues ahora te pongo esto, ahora le pongo lo otro, ahora antes era aquello, ahora no sé qué... a mi eso me... me estresa mucho. Y claro la enfermera que está contigo no lo tiene controlado y esto repercute en nosotras también.

Algunos estudios hacen referencia al este deterioro de la comunicación entre médico y enfermera por el efecto de la historia clínica electrónica (Vítolo, 2012), debido a los cambios en el proceso asistencial introducidos por las nuevas tecnologías. La historia electrónica facilita que el profesional médico pueda introducir cambios en el tratamiento o las indicaciones del paciente de forma on-line sin que sea necesario el imprescindible contacto comunicativo con la enfermera. Aunque la tecnología no debería substituir las relaciones directas entre profesionales, la experiencia de las informantes demuestra que en algunos casos, el médico no contacta con la enfermera para comunicar algún cambio en el tratamiento; directamente realiza la visita del paciente y luego registra en la historia clínica indicaciones o cambios de tratamiento. En ocasiones durante el tiempo transcurrido entre esta visita y el registro en la historia clínica, la enfermera interactúa con el paciente y no conoce estos cambios. El paciente percibe esta falta de comunicación médico enfermera. Esto genera desconfianza de los pacientes. El enfermo desconfía innecesariamente de la atención que recibe como consecuencia de la percepción de descoordinación entre los profesionales que lo tratan.

Por consiguiente, la comunicación puede deteriorarse significativamente, a pesar de su importancia en el actual modelo de cuidados de práctica profesional que proporciona apoyo organizacional a la práctica profesional de enfermería, según lo señalan Tapp et al. (2005).

- 6. El desarrollo de la carrera profesional**, en sus múltiples aspectos, es una fuente potencial de estrés. En concreto cabe mencionar estresores como la inseguridad laboral, las diferentes transiciones de rol, las situaciones de las distintas etapas de adquisición de competencias, las promociones excesivamente rápidas o las demasiado ralentizadas, etc. Este aspecto en nuestro estudio no lo hemos recogido como factor estresante pero es un tema que ha surgido y hemos incluido dentro del área, estabilidad laboral tanto con el tema de contratos y horarios, como con la promoción laboral comentada en la categoría formación. Todas estas categorías se incluyen dentro de las condiciones laborales necesarias para los profesionales. Estos elementos

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

provocan insatisfacción en los profesionales estudiados, ya que lo consideran como condición laboral necesaria para su desempeño profesional.

7. Diferentes aspectos relacionados con las nuevas tecnologías son también fuentes potenciales de estrés. Dentro de este grupo Peiró menciona problemas de diseño, de implantación y de gestión de esas tecnologías

Se percibe como estresante la **duplicidad de los registros** dado que se convive en la actualidad con dos soportes, el papel y el informático. En el centro estudiado, aun no se han instaurado los registros enfermeros informatizados, esto implica que hay una parte de los registros en papel y otra parte informatizada.

1:38 E2: Al cap i a la fi és el mateix que després enregistrem en el paper /1:39 E6: No cal repetir-ho tantes vegades../ 1:41 E1: És fer dos cops una cosa../ 1:110 E3: Només per exemple, a l'ordinador, jo, els papers per exemple, avui dia, jo els trauria...Per exemple les creus que fem..E7: Jo també../ 1:111 E3: ...Per exemple les creus que fem d'activitats, tot això que perds molt de temps... Has de duplicar../ 2:50 E10: ...escrivim tot a tot arreu, jo penso que fa molts anys que m'han enganyat, molts anys eh? m'han enganyat ja des de l'any 90! Quan vaig començar Virginia Henderson?? encara estic exactament igual que al 92, amb el Virginia Henderson, per favor, per favor! / 2:51 E10: la glicèmia..., tinc que apuntar, el d'insulina en allà, a més a més haig d'apuntar en el paper... / 2:52 E10: ... Duplicitat de coses, vull dir... cansa molt, cansa molt... i ara, llavors, la búsqueda de la analític../1:164 E1: El problema és que encara no s'ha fet l'impàs de deixar completament els papers i fer un hospital completament informatitzat, perquè nosaltres, jo per exemple que estic a una unitat de cures intensives, que nosaltres funcionem amb Savac ? amb determinades coses i amb gràfiques amb unes altres, i dius... o sigui, clar, unificar-ho, vull dir, o continuo amb la gràfica que per a mi, personalment és més... còmode, o bé ja passem a una UCI sense papers, perquè l'impàs aquest, clar nosaltres hem de fer comandes de farmàcia per Savac, escriure el parte per Savac, però lo que és el registre del malalt es fa amb gràfica. Després a la part del darrere tens diguéssim totes les necessitats d'infermeria que l'has d'anar omplint amb creuetes, però dius, clar, si ja escric al Savac, haig d'omplir una altra vegada les creutes? vull dir... clar, i això queda una miqueta a l'aire, no? o sigui que, en aquest aspecte...

En el año 2009 se implantó la nueva herramienta informática que constituyó sistema hospitalario de información principal para la gestión del centro, incluyendo la historia clínica informatizada.

Los profesionales, principalmente enfermeras, hacen referencia al **registro informático** y a las dificultades de cumplimentar los registros informáticos o consultar la historia clínica del paciente. Estas dificultades en ocasiones les produce estrés.

2:48: E10: El programa informàtic avui tenia el carro desenxufat, saps quants carros tenia pel pasillo corrent?...El carro ha estat desenxufat tota la tarda, vol dir que no anava eh? Pues tenia el carro de la central del mig, que no té calaixos, el de la central amb el meu, perquè totes les dades estan... pues això em fa treballar malament. Llavors, el fet de connectar-te i desconnectar-te, que ara no et connecta el Savac, que ara no sé què... em fa treballar malament. I quan necessito, un moment urgent, que necessito sapiguer que té aquest senyor, arribo a les nou, toco un timbre, eh? a les nou de dissabte, toca un timbre que no he treballat ni dijous ni divendres, eh? toca un timbre, aquell senyor no el conec, perquè de veritat, a casa meva no tinc temps de llegir les històries/ 2:132 E10: Una de les coses que em posen molt nerviosa és el programa informàtic./ 6:18 COORD 4: Hi ha... jo què sé, informàtica, no van bé els ordinadors, truques, mira, jo l'altra dia els vaig trucar i em van dir: estem molt enfeïnats. Però heu de venir perquè hem començat administració per Savac... no poden venir, ¡aguantate! I dius: bueno... ells, això, tranquil·lament et diuen: no podem venir, espavilat, perquè tu tens el problema i t'aguantes, fes el que vulguis, no?

La falta de material clínico o bien la dificultad para conseguirlo, también aumenta el nivel de estrés de los profesionales sobretodo en situaciones de urgencia, aspecto que según Cremades-Puerto (2011), pueden incluirse dentro de este punto.

2:53 E14: También lo que estresa bastante es cuando tenemos algún paciente ectópico, que no tenemos la medicación, o nos sube alguno que... de urgencias, porque allí, pues nos sube a materno o a pediatría, que no tenemos la medicación vamos, vete a buscar la medicación... no, nos facilitamos muchas veces... y medicaciones que hace falta que tienes que ir a la segunda, a la quinta... te pasas más tiempo buscando medicaciones y buscando... esto... que en verdad atendiendo a la

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

persona./ 2:62 E4: Mira, hay un monitor que sobra en la UCI, vamos a actualizarlo y vamos a llevarlo a urgencias...¿Sobra?, claro, los han cambiado todos, porque le han puesto a la UCI todo mega guay, con todo mi respeto, ¿eh? Que a mí me parece estupendo, o sea no... no desto. Pero ponen todo mega guay en la UCI y urgencias que es el último... o sea, es la puerta de entrada del hospital, es donde entra el primer, el usuario, lo primero que ve, y ve que vamos todos corriendo a buscar... ¡queda fatal! ¿Sabes? ¿No tienes un aparato de electros? ¡El monitor que no funciona! Que no sé qué... claro, es que no... no te ayuda, no te ayuda, no te ayuda./ 2:63 E13: Continuamente parchean... sí, sí... y es un histórico realmente en este hospital, Yo no sé en otro 5:34 AUX11: A mi me estresa bastante no tener material que necesito. Por ejemplo hacer un... un electro, y no está, o está estropeado, o ahora vendrá el de electromedicina... no tener material me estresa muchísimo, porque normalmente vamos pim-pam, pim-pam, o lo necesitamos ya y, a veces, te lo tienen que dejar, o no tienes, o estás pendiente de que lo vengán a reparar.../ 7:8 AUX19: Pues sí, tener que salir de tu unidad todo el rato a buscar material y cosas, o aunque sea en la misma planta tener que ir siempre a buscar cosas.... te entorpece mucho, no acabas las cosas nunca y todo se alarga... claro, si todo el mundo se encarga de reponer el material y eso, y solo tener que ir a por unas cosas puntuales...

La falta de recursos materiales y humanos son algunas de las situaciones que generan indiscutiblemente insatisfacción en el personal de enfermería, lo cual repercute directa e indirectamente en la calidad de la atención y cuidado del paciente (Cifuentes Rodríguez, 2012). La adecuada disponibilidad de recursos ha sido identificada como protector del estrés en otros estudios (Astudillo Diaz et al., 2009)

- 8. Componentes de la estructura o del clima organizacional:** pueden resultar estresantes una excesiva centralización o un clima muy burocratizado o bien de poco apoyo social entre los miembros de la organización. Aunque tampoco lo hemos considerado en nuestro estudio como fuente de estrés lo tenemos reflejado dentro de la categoría condiciones laborales en la categoría apoyo laboral.

En el caso de la estructura organizacional se incluye la **falta de personal** como elemento estresante. Este elemento también está relacionado con la cantidad de trabajo, con la presión asistencial y con la ratio de pacientes.

1:127 E4: i no ho posen amb una infermera de més... això no! / 2:6 E16- ...a nivel de personal, igual, claro en mi servicio geriatría, por ejemplo, pues una mano más sería... o dos, estupendo./ 4:3 AUX8: ... por escaso personal, hay sitios que si empezamos a valorar, falta personal, y bastante. / 5:3 AUX11: Yo creo que lo cada vez tenemos es más faena, y somos las mismas manos, porque no teníamos cocina, y ahora tenemos que repartir y recoger, y así todo./ 5:5 AUX9: Falta de manos, falta de manos.../5:81 AUX11: ¡Como siempre nos han dicho que no hay más! Lo primero que nos dicen es que no hay más, que no... ya no... no pueden poner a nadie más, pues clar...

Se menciona la **ratio de enfermeras/paciente y la complejidad de las patologías** como otros factores que contribuyen al estrés de enfermería

1:100 E4: És pel volum de feina que tenim, que tenim una ràtio que és una passada/ 2:8 E15. hay muchos pacientes, pacientes complicados, tenemos una ratio grande en general.../ 3:101 -E25: Ya, pero en la quinta B a veces se han encontrado con 20 o 22 pacientes ¿no?, estando una sola, que, en muchos hospitales, llevan 10./ 3:102 -E25: Sí, però demanen una... una qualitat igual, vale? Amb la meitat de coses o el doble de pacients. Yo lo que no encuentro normal es que tú tengas un ratio, ahora no sé si es de 16 o 18 pacients, y que en una quinta B tengas 20, para ti sola. O tú que estàs sola abaix...1:47 E4: cada vegada tenim més malalt complexe a planta, eh? més malalt ehh... amb necessitat de més cures, de més atenció, -van assentint- amb el mateix personal. I... bueno això crea... ?? se't complica un o dos i els altres catorze que passa, no?/ 1:49 E8: Assumim més malalts complexes. 1:50 E7: A totes ens afecta les complexitats dels malalts...

Se ha demostrado como elevada ratio enfermera/ paciente puede producir aumento de los eventos adversos en los pacientes (Caicedo et al., 2013). Se ha encontrado relación entre la elevada carga asistencial de las enfermeras y el aumento de las infecciones respiratorias nosocomiales, de la incidencia de las úlceras por presión e incluso el incremento de la mortalidad. Otros estudios respaldan estos hallazgos: los pacientes presentan más dolor

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

cuando existe una insuficiente dotación de personal de enfermería. (Escobar-aguilar, Gómez-garcía, & Ignacio-garcía, 2013)

Según las "Recomanacions per la dotació d'infermeres a les unitats d'hospitalització" del Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya, 2007. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009) en la tabla 44 se evidencia que en el centro estudiado se superan las ratios de las recomendaciones. Actualmente en unidades de hospitalización hay una ratio de 12-14 pacientes en turnos de día y 16 en turnos de noche.

Tabla 44: Recomendaciones de la dotación de enfermeras en las unidades de hospitalización.

Perfil del paciente	Patrón de cuidados	Tiempo de cuidados + organización	Estándares de equipo (1 DUE +1 Auxiliar de Enfermería)
> 80 años	Cuidados técnicos 51%	5,29 horas * paciente * día	6-8 pacientes en turnos de día
Necesita ayuda completa para las actividades de la vida diaria (AVD)	Cuidados básicos 42%		12-13 pacientes en turnos de noche
Proceso agudo y comorbilidad	Comunicación 7%		Festivos igual
<74 años	Cuidados técnicos 65%	3,91 horas * paciente * día	8-10 pacientes en turnos de día
Necesita ayuda completa para, al menos, dos AVD	Cuidados básicos 20%		14-15 pacientes en turnos de noche
Proceso agudo, médico o quirúrgico, con comorbilidad	Comunicación 20%		Festivos igual
<74 años	Cuidados técnicos 60%	2,8 horas * paciente * día	10-12 pacientes en turnos de día
Necesita ayuda completa para, al menos, dos aAVD	Cuidados básicos 20%		15-16 pacientes en turnos de noche
Proceso agudo, médico o quirúrgico, sin comorbilidad destacable	Comunicación 20%		Festivos igual
< 40 años	Cuidados técnicos 45%	1,8 horas * paciente * día	12-15 pacientes en turnos de día
No necesita ayuda para las AVD	Cuidados básicos 34%		16-18 pacientes en turnos de noche
Proceso agudo sin comorbilidad destacable	Comunicación 21%		Festivos igual
Por ejemplo: parto sin complicaciones. Cuidados (madre y recién nacido)			

Fuente: "Recomanacions per la dotació d'infermeres a les unitats d'hospitalització" (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009)

La dotación de recursos es una de las dimensiones peor valoradas en un estudio en 30 hospitales españoles (Roqueta Egea, Tomás Vecina, & Chanovas Borrás, 2011).

Nuestras participantes relatan situaciones en las que trabajan con **profesionales nóbeles**, lo que en ocasiones les provoca estrés.

1:140 E4: I la pobra companya en aquest cas...La companya està desesperada, la pobre nana...-Es posa histèrica perquè no controla la situació...-Clar es posa més histèrica que tu...I si a això afegim que hi ha molta feina, que... bueno, i clar.../ 1:72 E4-Perquè és un caos,

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

perquè és un caos... perquè bueno, perquè ens trobem tots. El primer que passa és que et poses histèrica, primera hora del matí i ja pensen: bueno... i ara què? És veritat o no?/ 7:38 AUX18: A mi me estresa estar con gente que no es la de siempre, porque no controlan y te hacen a ti ir mal...AUX16: Con tu enfermera? AUX 18: Si porque aunque se complique todo y tengamos estrés si estas con las enfermeras que están siempre, estás mas tranquila, al final lo hacemos todo, con las que solo están de vez en cuando ...AUX- 20- Si ya te digo....AUX17: El equipo influye mucho, si estas con gente que estas bien, que trabajas bien....

El hecho de tener en el equipo **enfermeras noveles** o inexpertas en el servicio supone estrés tanto para las propias enfermeras inexpertas como para las profesionales veteranas que han de trabajar con ellas que pueden experimentar un estrés añadido a su trabajo (Lapeña-Moñux et al., 2014). Esta percepción de sobrecarga de trabajo implica relaciones difíciles entre profesionales noveles y experimentados (Feng & YF., 2012). Nuestras participantes refieren este estrés añadido así como situaciones de enfrentamiento que afecta al clima laboral.

3:152 E24: ahora mismo tenemos el problema de que es verano, que han empezado las enfermeras nuevas... / 3:153 E24: Y todas a la vez. O sea, en el turno de mañana hay enfermeras nuevas, en el turno de tarde hay enfermeras nuevas y en el turno de noche hay enfermeras nuevas. Tú cuando llegas, que eres la única... vieja,/ 2:142 E13: (...) caía sobre ti todas las responsabilidades si pasaba alguna cosa y tal... porque resulta que venían tres suplentes de hacía muy poco tiempo y eras tú el que llevabas más tiempo, y a lo mejor tampoco llevabas tanto, pero bueno... y, bueno, pues eso pasa frecuentemente y seguramente que en el resto del hospital, en servicios pues igual

9. Finalmente, las informantes mencionan una serie de estresores laborales que tienen que ver con las **relaciones entre el trabajo y otras esferas de la vida** como la vida en familia y las demandas conflictivas entre la actividad laboral y los roles familiares. En este caso, en nuestro estudio se han tenido en cuenta dentro de la categoría equilibrio trabajo vida personal perteneciente a las condiciones laborales necesarias para los profesionales.

6.3.3. Satisfacción con el trabajo

Los factores que más valoran los participantes de nuestro estudio son la satisfacción con el desempeño de su rol enfermero, la relación con los compañeros y los factores personales. De estos datos emerge la metacategoría: *Satisfacción con el trabajo*.

Esta satisfacción personal que sienten las enfermeras está centrada, según Ramió-Jofre (2005), en los cuidados que aplican y en los beneficios que éstos producen en las personas. Se trata de una satisfacción por el trabajo bien hecho, de sentirse útiles en situaciones de vulnerabilidad. Esta percepción es independiente de los aspectos contractuales u organizativos; resulta algo personal e íntimo entre los profesionales.

Los elementos que generan satisfacción en nuestros profesionales son los derivados de su satisfacción profesional y están relacionados con la vocación, la dedicación al cuidado directo de las personas, la calidad de los cuidados que prestan, el reconocimiento de los pacientes, de los compañeros y la satisfacción con el trabajo bien hecho. Consideran, además, las relaciones en el trabajo como fuentes de satisfacción y explican que los factores personales influyen en estas percepciones.

En relación con la satisfacción, los resultados son similares en los tres tipos de GD, y las tres categorías incluidas en esta metacategoría - *satisfacción profesional, relaciones en el trabajo y factores personales* - están presentes en todos los grupos de discusión.

A pesar de las diferencias presentes entre los colectivos estudiados, en el caso de *la satisfacción profesional*, cabe destacar que tanto a enfermeras como a auxiliares de enfermería les satisface el cuidado directo de las personas, el agradecimiento de pacientes y familias y el hecho de identificarse con la profesión a la que pertenecen, ya que sienten que lo que hacen influye en la vida de las personas. Cuando ven que su trabajo no es realizado en unas adecuadas condiciones, explican la insatisfacción que les provoca el no ofrecer cuidados de calidad,

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

relacionándolo con el tiempo del que disponen y con el concepto o idea de trabajo bien hecho.

En cuanto a las *relaciones en el trabajo*, no se perciben diferencias entre los profesionales de los GD. De igual manera, se valoran de forma positiva las relaciones con los compañeros, constituyendo para ellos una fuente de satisfacción personal.

Las respuestas de nuestros participantes en relación a lo que les satisface en su trabajo han sido, principalmente y como ya se ha mencionado, la descripción de situaciones o sentimientos que les provocaban satisfacción profesional en el desempeño de sus funciones y la relación con sus compañeros. Las relaciones surgidas en el entorno laboral son descritas como una de las grandes satisfacciones que obtienen en el trabajo, consideran a los compañeros como una segunda familia con la que pasan gran parte de su tiempo y con la que han desarrollado grandes amistades, lo que resulta determinante para su CVP.

No obstante, es preciso destacar que de las intervenciones de los participantes emerge la idea de que si las condiciones laborales son las adecuadas también se obtendrá satisfacción. De la misma manera, si las demandas laborales, es decir, los factores que consideran estresantes pudiesen minimizarse o controlarse, aumentaría también su satisfacción y alcanzarían lo que consideran Calidad de Vida Profesional.

6.3.3.1. Satisfacción laboral

La satisfacción con su trabajo tiene que ver con elementos como el agradecimiento del paciente, el cuidado directo de ellos, el orgullo de pertenecer a su profesión, la satisfacción con el trabajo bien hecho, la calidad de sus cuidados y el agradecimiento de sus compañeros.

El agradecimiento del paciente es el código más citado dentro de la categoría satisfacción. Cabe destacar que las relaciones personales en el trabajo con los

compañeros (incluido dentro de la primera metacategoría) surge con frecuencia al preguntar a los participantes sobre que elementos les satisfacen. Además de esto les satisface principalmente que los pacientes reconozcan su trabajo y que agradezcan su labor.

2:15 E14: El agradecimiento del usuario.../ 3:27 E23: Y que te salga un familiar, como me ha salido a mí hoy, nos ha salido al control a decir: gracias porque le habéis alegrado la noche, cuando realmente... simplemente me ha dicho eso su mujer: hoy le habéis arreglado la noche, parece otro, sabiendo que... no está bien, pues tú dices: ostras, ¿no?/ 5:21 AUX 9: Un montón...de cosas... AUX10: Cuando la gente te felicita, te reconoce todo lo que haces... te agradecen AUX13: Sí... El agradecimiento de la familia...AUX 10: Es lo que llena más...AUX9: Cuando reingresan y se acuerdan.../ 5:22 AUX11: Sí, el reconocimiento de... o de la familia o de los pacientes. Es lo que más te reconforta. 5:23 AUX14: Que los pacientes te reconozcan y hagan que te sientas bien con lo que haces, entonces te sientes útil y sientes que merece la pena lo que haces, que lo haces bien..

Les recompensa ver bien a los pacientes y haber contribuido a su mejora durante su proceso de atención clínica.

2:16 E14: Es la mejor recompensa que hay, cuando los ves que están bien o que has hecho tu trabajo bien hecho... o que los ves contentos con lo que... entonces ya... eso es lo mejor.../ 2:23 E13: cuando... ves la cara de aquella persona a la que has atendido, y que has podido contribuir directamente, como uno más ¿eh?, del equipo, en su curación, o en que mejore y tal... ostia esto, pues te llega ¿no? seguramente hay pacientes que te llegan más y menos, pero te sigue llegando.

Esto se relaciona con **el trato directo a los pacientes**, es decir con lo que llamaríamos la relación enfermera-paciente

3:25 E21: ...Cuando puedes ir a una habitación, hablar con el enfermo, preguntarle cómo se encuentra, cambiarle el pañal, ponerle un poquito de crema, darle un yogur, cogerle la mano, ehhh.../ 3:28 E22: Te satisface... E23: Cinco minutos de tenerle de la mano, de hablar de cosas que le gustan y de cambiar un poco de.../ 3:158 E20: Vamos, el contacto con el paciente, el contacto con el paciente, estar con el paciente....: A mí me satisface.../ 5:25 AUX13. El cuidado directo con las personas es lo que me satisface, poder estar con ellos el tiempo que necesitan y cubrir sus necesidades.../ 6:82 COORD 2: La mateixa feina diària, a mi personalment em motiva. Quan parlo

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

de feina vull dir pura i dura amb el pacient, eh? O sigui, tot el que és d'ell a mi i de jo a ell./ 6:84 COORD 1: A mi l'assistència en sí m'agrada, eh? COORD 2: Jo l'assistència. COORD 2: Jo... sempre m'ha agradat l'assistència, ja et dic, em motiva./ 6:85 COORD 7: Home, l'assistència és que és molt maca i et pots dedicar al pacient molt..

Desde la Teoría Enfermera, la relación enfermera-paciente es eleje central de los cuidados. Hildegar Peplau, en su teoría de las relaciones interpersonales, fue la primera enfermera que se refirió a la interacción enfermera-paciente como un fenómeno central dentro del cuidado de enfermería; posteriormente la siguieron Joyce Travelbee e Imogene King (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011d).

Peplau (1989), define la enfermería *“como un proceso interpersonal terapéutico. Este funciona cooperativamente con otro proceso humano que hace posible la salud para individuos y comunidades”*.

Imogene define la enfermería *“como un proceso de acción, reacción e interacción, en el cual la enfermera y el cliente comparten información sobre sus percepciones en la situación de enfermería”* (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011). Presenta como enfoque de la enfermería el cuidado de los seres humanos. Estos son sistemas abiertos que interactúan con el ambiente (Salazar-Maya & Martínez-de Acosta, 2009)

Joyce Travelbee propone el modelo de relaciones entre los seres humanos. Según esta autora, el ser humano es un individuo único e irremplazable. Define a la enfermera *“como un ser humano que tiene un bagaje de conocimientos especializados y la capacidad para aplicarlos en un proceso interpersonal con el propósito de ayudar a otros seres humanos y a la comunidad”* (Salazar-Maya & Martínez-de Acosta, 2009). También pone de relieve la relación terapéutica enfermera-paciente. Destaca como fundamentos de esta relación la empatía, la compasión y la transferencia. Se consideran cualidades que debe poseer la enfermera y todas ellas están relacionadas con la atención directa a los pacientes (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011)

Hildegar Peplau, Joyce Travelbee e Imogene King coinciden en que la comunicación es una pieza fundamental de las relaciones interpersonales y cada

una de las fases que conforman sus teorías mantiene una relación estrecha entre ellas con el fin de proporcionar cuidados con humanidad y calidad para bienestar de los pacientes (Müggenburg & Ramírez, 2015).

La revisión de la teoría, nos recuerda la importancia de la relación enfermera-paciente, por lo que no es de extrañar que las enfermeras de nuestro estudio lo consideren como principal fuente de satisfacción.

Las enfermeras hablan también del **orgullo de tener la profesión que tienen** y de lo importante que es para las personas a las que prestan cuidados. Las preguntas del cuestionario que hacen referencia a este aspecto, “ *Me siento orgulloso de mi trabajo*” y “*Mi trabajo es importante para la vida de otras personas*” obtienen puntuaciones medias de 8,70 y 8,77 respectivamente (siendo las puntuaciones más altas del cuestionario).

1: 105 E4: ... i El cuidar... això va amb la persona. I el fet de sortir i estar encantada, encara que hagi tingut... E6: Un mal dia...E4: ... horrorós, però estàs encantada de ser el que ets i de tenir la professió que tens...doncs això...E6: Bueno, ha valgut la pena, no?/ 1:30 E4: Això és la nostra professió. Vocació, aquesta paraula tampoc m'agrada molt, no? Perquè possiblement si jo no cobrés res per ser infermera, no seria infermera, no?/ 1:31 E7: Sí senyor. És vocacional.../ 1:33 E4: Però que sí que hi ha un punt de vocació, segur que sí.../ 1:35 E4: però estàs encantada de ser el que ets i de tenir la professió que tens...doncs això / 2:18 E14: Un poquito de vocación también hay que tener, la verdad... nos gusta, porque... ya que por una parte estamos un poquillo así... si vemos que la faena la hacemos bien y estamos bien... satisfechos de... de lo que hacemos, pues al menos te compensa un poquillo, y te gusta lo que haces, claro.

De estos relatos emerge la idea de que las enfermeras se encuentran orgullosas de pertenecer al colectivo enfermero, lo que nos lleva a pensar que su profesión constituye, en si misma, una fuente de satisfacción. Problemente, este es un aspecto característico de la profesión. Desde la Universidad, las estudiantes de enfermería comprenden la profesión desde la perspectiva del cuidar, de la ayuda a los demás, dando relevancia a este aspecto.(Arreciado Marañón, 2013) Por lo que tiene un componente vocacional y de altruismo (Ramió Jofre, 2005).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Nava-Galán (2012), nos habla así de la vocación de las enfermeras: *“La vocación es la suma de cualidades que caracteriza a cada persona y la lleva a orientarse hacia un determinado oficio o profesión; en enfermería, los profesionales que acceden a estos estudios por vocación sienten la necesidad de ayudar a los demás, sobre todo en los momentos más difíciles de la vida, cuando la persona se enferma, se siente desvalida y vulnerable. La vocación en enfermería refleja la personalidad de la profesión en cada uno de quienes la ejercen; viene inmersa en los valores y principios de cada uno; es un reflejo del cuidado que demuestra el profesional de enfermería.”* (p. 1)

Para Watson (1988) la palabra *nurse* es nombre y verbo. La enfermería consiste en *“conocimiento, pensamiento, valores, filosofía, compromiso y acción, con cierto grado de pasión”* (Raile Allgood & Marriner Tomey, 2011c). Este es el mismo concepto que emerge de los discursos de nuestros participantes:

2:148 E13: Que infermeria és la teva vida... bueno, no sé vosaltres, però bona part de la teva vida és infermeria, perquè a més a més, estàs fent plus, estàs estudiant quantitat, i tal... i estàs amb això, no? i van passant els anys

En cuanto a la importancia que tiene su labor para la vida de las personas, las auxiliares también relatan situaciones y expresan sentimientos en relación a la satisfacción que esto les provoca. Estos datos sugieren que las auxiliares de enfermería, igual que las enfermeras, se sienten satisfechas con su trabajo y con lo que representa para los pacientes.

4:114 AUX3: Inauguramos el... el hospital ese día, el paritorio, y pensé, y lo pensé: formo parte de la vida de esta señora, o sea... y yo no hice nada, lo hizo la matrona, pero yo estaba ahí, el equipo es matrona y auxiliar. Y me fui tan contento, pensé: esta mujer siempre dirá que un chico, un auxiliar estuvo en el parto de su hija... de alguna manera... y encima, coincidí con el segundo. / 4:116 AUX8: E Ir por la calle... que vas por la calle y hay gente que te conoce, hay gente que te dice: ¡Ay, s...¡Ay, si tú me limpiaste esto, me hiciste esto, me pusiste la cuña! Una serie de cosas que... eso te engrandece, como persona te engrandece. Esa es la satisfacción que yo veo .../ 4:136 AUX4: Es que, sin quererlo, acabas formando parte de la vida de esa persona. /4:137 AUX3: acabas formando parte de la vida de los pacientes. Para bien y para mal, por los dos lados. AUX8: De eso se trata, te satisface

sinceramente...AUX3: Que quan se'n recorden de tu, et fa molta il·lusió...AUX4: Y no te olvidan, ¿eh?, que no te olvidan...

Para enfermería, una fuente de satisfacción es el ayudar a las personas prestando cuidados, lo que hace que sientan su profesión como útil (Borges-de-Melo, Alves-Barbosa, & Souza, 2011).

Para Kolcaba (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011a), cuando las enfermeras proporcionan confort a sus pacientes, éstos y sus familias salen reforzados y ellas mismas se sienten mas satisfechas con los cuidados que prestan .

Para los enfermos es muy importante que el profesional demuestre empatía y sea de trato agradable:

“Para los enfermos, el contar con una mano solidaria, empática y con agradable relación humana, de respeto y cuidado personalizado, es vital y papel de la enfermería, profesión que se debe ejercer con espíritu de servicio, buscando la excelencia en el cuidado y favoreciendo así la calidad en la Atención” (Nava-Galán, 2012).

Nuestras participantes también hablan de la insatisfacción que les provoca el no ofrecer cuidados con calidad. Quieren poder ofrecer **cuidados de calidad**, porque es en definitiva la esencia de su trabajo: el cuidado de las personas.

*1:36 E8: Jo vull criticar -riuen- el poc rato que podem estar amb el pacient, no?.../ 1:37 E8: ...i tot això perds el temps d'estar amb el pacient, no?(...)
1:132 E8: abandonem tot lo que és educació de maternitat, que no podem assumir perquè tenim molta cirurgia i no podem estar per la lactància materna, vull dir que ens demanen una qualitat quan ens estan canviant.../
4:126 AUX 7: Y la calidad que das a los pacientes... no es calidad. Vas pim-pam./ 6:29 COORD 1: Això s'ha notat que... una davallada de qualitat dintre de l'hospital...*

Nuestros informantes identifican como fuente de satisfacción, **el reconocimiento de los compañeros**.

2:127 E12:gracias por todo lo que me has enseñado ¿no? eso, pues hablando de la satisfacción, es una cosa que...me satisfacía, ¿no?, o te viene

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

un médico y te dice: oye, te ha tocado con ella..., pues súper bien porque vas a aprender mucho... porque... pues son cosas de estas las que te satisfacen / 2:129 E13- El reconocimiento, que te venga de diferentes estamentos desde tus compañeros hasta arriba y tal.../ 5:26 AUX 6: También satisface si tu compañera la enfermera te dice que muy bien, que lo has hecho bien y que le has ayudado... eso el reconocimiento de los demás... de todos digo...ademas de los pacientes y las familias.../ 6:122 COORD 3: Ens valoren els pacients... els companys... /7:43 AUX19:y que las compañeras te den las gracias, que te digan que has ayudado y que gracias por tu ayuda... eso es lo que me satisface de mi trabajo../ 7:47 AUX 20: que algún médico también de las gracias...porque sin nosotros a ver como se apañan... porque a los médicos les cuesta a veces agradecer

La sensación de haber realizado de forma correcta su trabajo es lo que los participantes han denominado el **trabajo bien hecho**.

E3: Clar... la satisfacció... E2: Bueno això és el que queda...E7: La feina ben feta...La qualitat... És una mica el que em satisfà, el que em satisfà dia a dia, seria això.../ 2:128 La satisfacción también propia de tú... ser consciente de que has hecho el trabajo bien ¿no?.../ 3:42 E24: Hacerlo lo mejor posible, ser enfermera lo mejor que sé.../ 3:149 Pues poder realizar tu trabajo... eh... mmm... de una forma... bien hecha ¿no? sin... sin estrés ¿no? / 3:160 E23: Que salga con la satisfacción de decir: ostras, lo he podido hacer bien, he podido trabajar a gusto... incluso si alguien me ha dicho algo, pues mira, mejor que mejor, lo demás como que ya... ya me he cansado./ 5:103 Porque te gusta el trabajo, te gusta hacerlo bien y que la gente se vaya bien.../ 3:25 Pues cuando puedes hacer tu trabajo bien hecho. Cuando puedes ir a una habitación, hablar con el enfermo, preguntarle cómo se encuentra, cambiarle el pañal, ponerle un poquito de crema, darle un yogur, cogerle la mano, eh... pinchar una vía tranquilamente, sin tener que ir como las locas y decir veinte veces: lo siento ahora no puedo. Eso es lo que a mí me satisface, hacer mi trabajo bien hecho y no apagar fuegos./ 6:4 COORD 2: Jo per mi seria... quan me'n vaig, tanco barraca, i me'n vaig amb tranquil·litat, no? com amb seguretat. Ja està, lo que he fet ja està, i no marxar mmm a veure, repassa què m'he deixat, mmm ho he fet tot? Ostres, m'he deixat això, o sigui, això és el que m'estressa bastant a mi. El no marxar... no sentir-me segura quan marxo./ 6:7 COORD 6: ...doncs és poder arribar a tot arreu, no? i poder dir: pues mira, he pogut fer tot això, perquè durant el matí tens molts entrebancs, no? (...) i llavors, quan te'n vas, a la teva hora i dius: mira, bueno, però he fet la feina que tu creus que has fet ben feta, no? i això és satisfacció, això és dir: avui he treballat a gust, no? és... 6:83 COORD 3:A mi el ser resolutiva, o sigui, que em plantegin un problema i ho puc resoldre amb les

eines que tinc, a mi això em satisfà./ 6:86 COORD 7: Bueno, i també passa una mica com a la X, si veig que m'ensurto penses: ostres, mira.. mira... que potser ho he pogut solucionar tot, no?/ 6:87 COORD: La feina ben feta...

Se corresponde con la idea de realización del trabajo y de la consecución de objetivos lo que genera satisfacción. Es el hecho de haber disfrutado con el trabajo lo que provoca la satisfacción.

6.3.3.2. Relaciones en el trabajo

Las relaciones en el equipo es un tema muy citado en los grupos de discusión. Las informantes refieren la importancia de tener unas buenas relaciones en el equipo y la satisfacción que supone para ellos trabajar con personas con las que se sienten apoyados. De aquí se derivan las dos concepciones de la idea de equipo, defendidas por Peduzzi (2001): la primera de equipo en cuanto agrupamiento de agentes, caracterizado por la fragmentación, y la segunda, representando la articulación de las acciones e interacción entre los trabajadores. Los profesionales hacen referencia a la idea de constituir un equipo para el reparto de las tareas para poder trabajar de forma ordenada y se refieren a la necesidad de sentir el apoyo de los compañeros.

El trabajo en equipo, en nuestro estudio, se muestra como un factor relevante, cuando preguntamos por satisfacción. El trabajo en equipo es una herramienta que puede ser capaz de mejorar la calidad de los servicios prestados además de facilitar las tareas del profesional y contribuir a la satisfacción en los ambientes de trabajo.

En diversos estudios sobre satisfacción laboral en los últimos años, la relación con los compañeros es considerada como una de las dimensiones más valoradas y que contribuyen más a la satisfacción profesional (Cifuentes Rodríguez, 2012; García Martínez, Pérez Emeterio, Montesinos López, & Méndez Ávila, 2011; Nava-galán et al., 2013; Porcel-Galvez, Martínez Lara, Gil Garcia, & Grao Cruces, 2014; Portero de la Cruz & Vaquero Abellan, 2015; Urbina Baltodano & Victoria Mori, 2013). Otros estudios anteriores, también lo ponen de manifiesto (Aguirre Raya, 2009; Fernandez San Martín et al., 1995; Herrera-Amaya & Manrique-Abril, 2008;

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Ruzafa-Martínez et al., 2008; Sarella Parra & Paravick K, 2002). Estos hallazgos establecen la relación con los compañeros como un determinante de la satisfacción laboral.

3:29 E20: Quizás el turno de noche lo bueno que tiene sea los compañeros. E23: Bueno, y lo único que compensa es lo que hemos dicho antes ¿eh? Que una vez que llegas, si estás con la gente que estás a gusto, como tienes buen destio, es como que se te olvida ¿no? a las doce dices: ostia pues mira, ya está, va, ya ha pasado la noche... pero ¿por qué? Porque hay buen rollo, venimos a lo mismo, porque hay buen rollo, porque te llevas bien con los compañeros, porque estás haciendo una cosa que te gusta, ¿sí no? apaga y vámonos. Bueno.../ 3:151 E23: el turno de noche creo que es el más unido. . Creo que precisamente más trabajas en equipo, más apoyo tienes...3:159 E25: Y el... y el ambiente laboral, lo que decíamos antes.../ 4:79 AUX8:...me satisface mucho también mis compañeros, llevarme bien con mis compañeros. Porque son 10 horas lo que estoy con ellos trabajando./ 4:80 AUX4: El equipo... es todo... AUX8: Más que en mi casa. Eso me satisface mucho. AUX6: Sí, es todo... Eso es...AUX2: Sí, porque tienes tu pequeña familia, ¿no?/ 4:81 AUX8: Claro, es que es mi familia, sinceramente

En estudios sobre calidad de vida profesional, este factor obtiene puntuaciones por encima de 4 en una escala de 5 (Peydró Navarro, 2015). En nuestro cuestionario, la pregunta “*apoyo de mis compañeros* “ es una de las mejor valoradas con 7,48 puntos de media.

En la literatura científica, se evidencia que para los trabajadores, todos los miembros del equipo son importantes (Thofehm Buss et al., 2014; Borges de Melo et al., 2011).

En un artículo brasileño basado en un estudio cualitativo (Buss Thofehrn, Leopardi, Coelho Amestoy, & Oliveira Arrieira, 2010), se afirma que las enfermeras reconocen la crucial importancia de trabajar en equipo.

1:61 E8: Home, està clar que treballar amb una altra companya amb la que es treballi bé...../ 1:64 E4: És molt important que hi hagi una bona relació, que hi hagi una bona compenetració, que hi hagi una mirada i ja sàpigas què s'ha de fer.../ 1:65 E6: És que lo important és això, que hi hagi un bon equip E7: Molt, això és important.. / 2:74 E13: Seguro que estamos de acuerdo todos en que estar con una persona con la que tengo buen rollo.../ 2:75 E14: Es que son...

a parte de muchas... es que son muchas horas, muchos días, muchos años y... convives mucho.../ 5:63 AUX5: Sí que la relación con tu compañera directa influye mucho.../ 6:9 COORD 5: Exacte, l'equip és molt important.

Un estudio realizado en 30 hospitales españoles sobre la seguridad de los pacientes (Roqueta Egea et al., 2011), afirma que una de las dimensiones mejor valoradas fue la de "Trabajo en equipo en la unidad" con un 68% de respuestas positivas en relación a su importancia.

No obstante, en las relaciones del trabajo de equipo la literatura describe algunas dificultades como el individualismo, la alta rotatividad, la falta de autonomía, las relaciones verticales de poder y la falta de momentos de encuentro y de líderes para el estímulo del trabajo en equipo (Thofehm Buss et al., 2014). Estas dificultades pueden tener respuesta si existe el compromiso por parte de la organización para favorecer las relaciones del trabajo en equipo. Algunos estudios proponen dinámicas de grupo para favorecer estas relaciones (Buss Thofehn et al., 2010).

Las informantes reclaman **poder trabajar siempre con las mismas personas**. La continuidad de la interacción con compañeros con los que se tiene una buena relación constituye una fuente de satisfacción. Este código está relacionado con la gestión del personal y con la alta rotatividad del personal.

1:70 E2: Però per això, si la institució valorés el que realment com a equip tu i jo ens entenem treballem bé, qui surt guanyant és el malalt i la institució.../ 1:137:...la veritat és que es nota molt quan hi ha algú dels que estem habitualment, a quan ve algú nou que no sap.. mmm la dinàmica que té, perquè ve d'un altre lloc i a l'altre lloc funcionen d'una altra manera, però si anem a una, la feina surt, i surt bé.../ 2:79 E10: És molt important l'equip, has de poder treballar i poder riure i poder sapiguer que tens l'altre al costat i... i passes una bona nit, i... encara que la tinguis la més dolenta que... que puguis imaginar-te, però si l'equip va... tot és... va bé... és molt important. L'estabilitat dels equips és important.

La **relación con los jefes directos**, habitualmente, es percibida por las informantes como buena. Generalmente refieren sentirse escuchadas por ellos.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

3:32 E24: *Yo sí. Yo sí, yo tengo que decir que yo con mi cap no me llevo mal y que todo esto que puedo... que digo ahora... no, no, pero yo cuando digo... yo todo esto que estoy hablando ahora, cuando llegue le diré, nos sentaremos y se lo diré y lo discutiremos y él me dirá sus cosas, yo le diré las mías y.../ 3:33 E25 : *Yo tampoco... E21: Li dius amb ell... E24: Claro, pero también... te voy a decir, también he tenido caps que no lo he podido decir, encima./ 4:50 AUX8: *Aquí hablamos... hablamos, estoy de acuerdo, yo de noche yo también me siento apoyado, ¿por qué?,...porque tengo gente que... bueno, a lo mejor llevamos muchos años y nos entendemos y podemos hablarlo...***

Los profesionales valoran de forma muy positiva poder establecer una buena comunicación con los jefes directos, sentirse escuchados y apoyados.

6.3.3.3. Factores personales

Es evidente que la satisfacción depende de los factores personales de cada individuo. A pesar de reconocer que existen elementos comunes como fuentes de satisfacción, a nivel personal, cada individuo puede experimentar estas fuentes de forma diferente dependiendo de su percepción individual de éxito. Cada persona posee las experiencias de las que ha sido partícipe, las que han repercutido en su percepción personal.

“La personalidad es el conjunto de características físicas, genéticas y sociales que reúne un individuo, y que lo hacen diferente y único respecto del resto de los individuos” (Ucha, 2008). La interrelación de estas características van a determinar el comportamiento del individuo. Por eso constituye un factor importante para el afrontamiento del estrés ya que interviene en la interpretación que se hace de la situación. Por esta razón, la **motivación personal** de los individuos esta influida siempre por los factores personales. A nivel individual, alguno de los participantes han confesado que se sienten desmotivados.

3:122 E24: *Pues yo voy a decir... pues yo voy a decir una cosa: yo entro en el hospital con la única ilusión que sean las ocho de la mañana....-ríen- E21: ¿Sí?-/ E24: *Hacerlo lo mejor posible, ser enfermera lo mejor que sé, estar con las compañeras lo mejor posible, pero a las ocho de la mañana... me quiero ir a mi casa./ 3:123 E23: *...ya hace tiempo que yo no estoy motivada. Lo de las ocho de la mañana a lo mejor no pienso tanto, pero en lo otro que has dicho tú sí. Vengo des... también así. Y si tuviera que hacer algo, creo que no haría***

cosas que... con hacer bien mi trabajo que la... sobre todo... ¿sabes? Que salga con la satisfacción de decir: ostras, lo he podido hacer bien, he podido trabajar a gusto, incluso si alguien me ha dicho algo, pues mira, mejor que mejor, lo demás como que ya... ya me he cansado./ 3:161 E23: Pues al principio, al principio, pues al igual sigues motivada como ella, y cuando llevas... según van pasando los años ¿eh?

La motivación es definida como una fuerza impulsora, un elemento fundamental para el desarrollo de las actividades cotidianas de cada ser humano que adquiere mayor importancia en el área laboral, pues en esta es la que los individuos ocupamos la mayor parte de la vida (López-Ibort et al., 2011). Algunas participantes piensan que están motivadas porque forma parte intrínseca de sus personalidades y de su profesión, pero no perciben que sus jefes contribuyan a su motivación. Esta motivación personal constituiría fundamentalmente una motivación intrínseca.

3:40 E19: Es así... y sigo motivada ¿eh? Porque sigo haciendo cosas/ 5:51 AUX9: Si nos motivamos es porque somos nosotras muy motivadas, pero no porque te.../ 6:74 COORD 4: Vull dir, que jo crec que sí que som gent motivada i que sí que, tot i estar enfadades, perquè no ens sentim ben tractats, encara donem... lo que passa que, lo que te emprenya és quan et ve... i tu allò no ho veus.../ 6:125 COORD 5: Jo crec que les... que les infermeres ens motivem soles, en aquest sentit...

No obstante, como ya se ha dicho en relación a la motivación proporcionada por los directivos, en realidad la motivación no se caracterizaría únicamente como un rasgo personal, sino por la interacción entre las personas y la situación.

Algunos autores analizan la **implicación de los profesionales** con sus tareas y en los lugares en los que desempeñan su labor. Lodhal y Kejner (1965) definen el concepto de implicación laboral como *“el grado en que una persona se identifica psicológicamente con su trabajo o la importancia de éste para la identidad del individuo”* (Lucia-Casademunt, Ariza-Montes, Morales-Gutierrez, & Becerra-Alonso, 2013).

El grupo de coordinadoras, como responsables de los servicios, hablan de esta implicación y reconocen que la rotación de algunas enfermeras en su horario y lugar de trabajo es una de las causas de falta de implicación.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

6:33 COORD 1: I que aquella persona no té l'interès, ni implicació, no? I clar, tampoc se sent implicada... no tenen continuïtat, no tenen... COORD 4: No se senten implicades amb l'empresa.../ 6:34 COORD 6: Clar, la implicació tampoc potser la mateixa, no? Si vens un dia, que saps que allò, perquè lo que sigui veus en la gent que ve de suplències és que a vegades: com jo vinc avui, pues mira fas lo que bonament... i lo altre, pues no ho fas, no? recollir o posar bé en un despatx que tinguin totes les coses, els papers... tot el que es necessita per una consulta, en el cas de les consultes, pues el mateix si fos aquí pues un carro de.../ 6:36 COORD 5: Jo crec que aquí lo més important és la implicació de la gent...

Otros estudios han determinado que la CVL afecta a los estados de ánimo y a la motivación, que a su vez afectan al nivel de implicación del trabajador y a las conductas de colaboración (Martínez-Gamarra & Ros-Mar, 2010). Un grupo de auxiliares también manifiesta que la falta de implicación se relaciona también con la falta de motivación, en este caso causada por la falta de apoyo institucional.

7:73 AUX17: Si que se ve que no hay motivación y por eso no hay implicación, es lo que tu dices vienen y...dicen para que? Pues hago lo que sea y paso la mañana.... y ala me piro...si aquí no se que día voy a volver... claro es lo que piensan ... no te digo?/ 7:74 AUX19: Es que eso de la implicación se dice muy alegremente, pues yo me implico si también veo que se implican con migo no? Si luego no te dan nada a cambio ni reconocimiento ni nada pues al final la gente pasa....implicación/ AUX18: Claro los de arriba, los jefes, hablan de la implicación de los profesionales, es lógico, yo creo que a pesar de todo la gente es responsable y sí que existe implicación... bueno yo hablo por mi, por la mayoría de gente que conozco que he trabajado... la gente sí que se implica más de lo que se merecen.

A pesar de la relación que establecen en sus discursos sobre la falta de apoyo institucional y la implicación profesional, en el grupo de coordinadoras también surge la idea de, que la implicación depende de un factor personal que relacionan con la responsabilidad personal e individual de cada persona.

6:37 COORD 5: ... ho sento amb l'ànima però aquí l'empresa pot posar-hi algo però si la gent no s'implica.... a veure, tu si vas a algun lloc a mi em poden dir: és que per un dia que vinc... bueno, però és que vens un dia a la setmana, o vindràs ara i després vindràs poder un mes i mig seguit, i després tornaràs a estar dos mesos que no vens, però tornaràs a venir, per lo tant tu t'has d'implicar amb la teva tasca diària, no val això de jo no m'implico perquè m'avisen un dia... bueno, però és que comences així com ha començat

tothom, ara fas uns dies, després fas uns altres, ara l'aggravant és que pots estar molt temps així i poder sí que arriba un punt que et cansa, però la teva implicació és la teva implicació./ COORD 6: Sí , però hi ha un factor que depèn de la persona que hi hagi, eh? que ja de per sí... que si està en un lloc està en un lloc i procurarà que tothom ho tingui, perquè ja és així, és veritat, però que el pla de treball que tenim aquí no ajuda a que la gent..

Nuevamente observamos como la implicación en trabajo, igual que otros conceptos analizados en este estudio, depende de distintos factores. Tal y como comentan nuestras participantes tienen que ver con las características individuales que pueden ser tanto demográficas como de personalidad, aunque también depende del contexto laboral. La implicación surge en este caso, como respuesta a las condiciones laborales, por último, se encuentra asociada con variables actitudinales y de bienestar como es la satisfacción laboral (Lucia-Casademunt et al., 2013).

La implicación en la empresa es uno de los objetivos que persigue toda institución: el directivo quiere que el trabajador se sienta implicado. La empresa conseguirá el interés del trabajador si consigue que éste se sienta asociado al esfuerzo común, para lo cual, además de los factores personales del individuo, el trabajador debe participar activamente en la empresa y sentir que se consideran sus opiniones.

La motivación para los profesionales enfermeros, es considerada como dependiente de ellos, de los factores personales, lo que se correspondería con la motivación intrínseca. No obstante en la categoría apoyo institucional se ha determinado que los factores que motivan a las enfermeras tienen que ver con el reconocimiento profesional, reconocimiento económico, autonomía profesional, buen ambiente laboral, entre otros. En el estudio de Lopez-Ibort et al. (2011), igual que en nuestro estudio, el personal de enfermería es consciente de que además de la motivación intrínseca existente, se requiere la motivación extrínseca, es decir la proporcionada por la institución.

6.4. Elementos considerados para el modelo de confort profesional enfermero

Los elementos considerados como componentes clave para el modelo de confort tienen respuesta en la categoría central: *poder cuidar de mis pacientes en buenas*

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

condiciones. Esta categoría central emergida de los datos resume la percepción de los participantes cuando se les pregunta de forma inicial qué necesitan para tener una buena calidad de vida profesional. La respuesta es que para poder realizar bien su trabajo de cuidadores de pacientes necesitan disponer de unas buenas condiciones laborales, las cuales deben ser ofrecidas por la institución y precisan de una disminución de los factores estresantes. Para ello, reclaman apoyo institucional, estabilidad laboral, comodidad en el espacio de trabajo, remuneración económica, formación, equilibrio vida laboral- vida personal y, por último, disminución de los factores de estrés. Por otro lado, la satisfacción en su trabajo se deriva del cuidado directo de las personas y de las relaciones entre compañeros.

De estos datos se determina que los profesionales de enfermería necesitan disponer de unas adecuadas condiciones laborales, las cuales deben ser aseguradas por la institución, para ejercer su profesión de manera satisfactoria. Es una profesión que está dedicada al cuidado del paciente y que comporta vivir situaciones estresantes que no pueden ser controladas, como puede ser la complicación del estado de un paciente.

Los elementos que influyen en la calidad de vida laboral y profesional se dividen en condiciones laborales necesarias, demandas laborales y satisfacción de ofrecer cuidados. Ello se corresponde con el modelo demandas-control-apoyo (Karasek, 1979; R. Karasek & Theorell, 1990).

Teniendo en cuenta las tres metacategorías definidas en este estudio, la metacategoría principal es la de *condiciones laborales necesarias para el profesional*, el segundo lugar lo ocupa la metacategoría *demandas de trabajo*, en tercer y último lugar está la metacategoría correspondiente a la *satisfacción con mi profesión*.

Los elementos que nuestros participantes consideran que les conducirían a una buena calidad de vida laboral empiezan según nuestros resultados por disponer de una adecuadas condiciones laborales. No obstante, teniendo en cuenta el número de citas incluidas en cada categoría, los profesionales referencian por orden de importancia las siguientes categorías como elementos de mejora para su CVP:

1. Disminución de los factores de estrés.
2. Estabilidad laboral.
3. Apoyo institucional.
4. Relación con los compañeros.
5. La satisfacción de la dedicación a los pacientes.
6. Equilibrio vida laboral-personal.
7. Salario adecuado.
8. Formación para los profesionales.
9. Comodidad en el trabajo.
10. Factores personales.

El modelo de confort laboral enfermero, incluye las condiciones laborales necesarias para los profesionales, y debe ser proporcionado por la institución. En nuestro estudio lo hemos denominado modelo de confort para enfermería, considerando a los profesionales como objetos de confort, según explica la teoría de Kolcaba (Kolcaba 2010). En este marco, las propuestas establecidas para un *hospital magnético*, siguiendo las recomendaciones de Kolcaba, encajarían con el modelo de confort.

Este modelo de confort laboral contiene los elementos que deben ser proporcionados por la Institución y los propios de los profesionales derivados de su satisfacción.

Los elementos que dependen de la institución, traducidos en las acciones que debe realizar la institución por orden de importancia según los resultados de nuestro estudio son: disminuir los factores estresantes, proporcionar estabilidad laboral a los trabajadores, brindar apoyo a los trabajadores, facilitar el equilibrio entre su vida laboral y personal, proporcionar oportunidades y promocionar la formación, ofrecer un salario adecuado y equiparado con otros entornos sanitarios, ofrecer la comodidad necesaria en el entorno de trabajo.

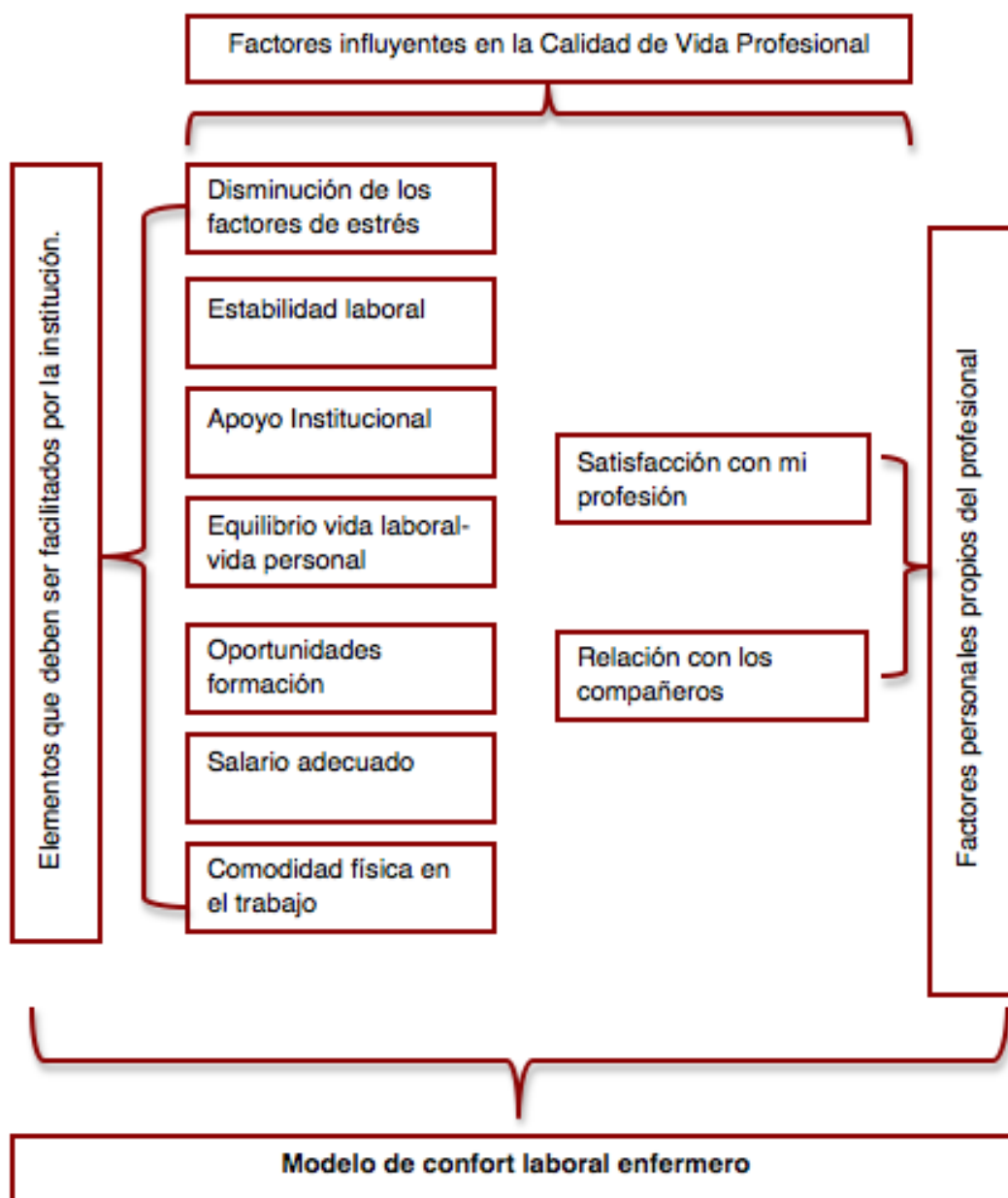
Los elementos considerados como fuentes de satisfacción son los dependientes del profesional y son: la satisfacción con lo que consideran su función principal, el cuidado de los pacientes, y las relaciones que se establecen entre los

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

profesionales.

Teniendo en cuenta estos componentes resultantes se puede afirmar que se corresponden con las dimensiones de la calidad de vida profesional descritas en el marco teórico. En la figura 13 se esquematiza el modelo de confort.

Figura 13: Modelo de confort laboral enfermero



Fuente: creación propia

VII. CONCLUSIONES

En este capítulo y para concluir la investigación, mostramos las conclusiones del estudio, teniendo en cuenta las dos perspectivas metodológicas consideradas y dando respuesta a los objetivos planteados inicialmente.

En primer lugar se concluye con los resultados obtenidos a partir de la investigación cuantitativa acerca de la Calidad de Vida Profesional en relación al primer objetivo.

En segundo lugar se muestran las conclusiones obtenidas a partir de los datos obtenidos mediante la investigación cualitativa, referentes al segundo objetivo planteado la percepción de la Calidad de Vida Profesional, emergida de los discursos de los participantes.

Por último se ofrecen las conclusiones respecto al tercer objetivo planteado, los elementos clave para el modelo de confort enfermero.

En las condiciones del estudio y considerando los objetivos planteados (ver apartado 4.2.1 y 4.2.2) se establecen las siguientes conclusiones:

7.1. Conclusiones principales

- **Los factores que intervienen en la calidad de vida profesional percibida** de los profesionales de enfermería son el apoyo directivo (puntuación más baja en el cuestionario), la dimensión motivación intrínseca (puntuación más alta del cuestionario) y la excesiva carga de trabajo (puntuación media-alta). Consecuentemente, se observa que el colectivo enfermero tiene mucha motivación Intrínseca, bastante carga de trabajo y que percibe menor apoyo directivo.
- **El fenómeno de Calidad de vida profesional percibido** por los profesionales determina, siguiendo la metodología propuesta por la Teoría Fundamentada, la obtención de una lista de 66 códigos que se agruparon por temáticas y generaron 10 categorías: apoyo institucional, estabilidad laboral, comodidad en el espacio de trabajo, relaciones en el trabajo, salario, formación, equilibrio trabajo-vida personal, factores estresantes, satisfacción laboral y factores personales.
- **Respecto a los componentes clave de un modelo de Confort laboral** para este colectivo profesional se observa que el componente cualitativo central es *poder cuidar de los pacientes en buenas condiciones* requiriendo de una buena situación laboral la cual debe ser ofrecida por la institución y una disminución de los factores estresantes.

7.2. Conclusiones secundarias

- **Las características socio-laborales de los participantes** muestran mayoritariamente mujeres en la cuarentena, que viven en pareja con un único descendiente, una experiencia laboral de más de 15 años, jornada planificada y contrato indefinido.

CONCLUSIONES

- **La motivación intrínseca** se relaciona con la edad, con la ausencia de familiares dependientes, antigüedad en el trabajo y contratos temporales, pero no se correlaciona con el resto de variables socio-demográficas ni con las variables laborales. **El apoyo directivo** se relaciona con las variables laborales como el caso de la categoría profesional, el área en la que trabajan y el turno, pero no se relaciona con las variables socio-demográficas. **Las cargas de trabajo** se relacionan con la categoría profesional, área de trabajo y tipo de contrato pero tampoco. Estos resultados nos demuestran que la motivación intrínseca de los profesionales depende de sus propias características personales, y que la percepción del apoyo directivo y de las cargas de trabajo dependen de las variables laborales.
- En relación al **grado calidad de vida profesional**, la calidad de vida profesional global o obtiene una puntuación que supera escasamente 5 puntos de una escala de Likert de 0 a 10. El ítem calidad de vida profesional se relaciona negativamente con la variable familiares dependientes y no con el resto de variables socio-demográficas.
- Las categorías emergen a partir de las opiniones de los encuestados y han sido estructuradas siguiendo sus aportaciones. De esta estructura se desprende la idea de **qué significa y constituye para ellos la Calidad de Vida Profesional (CVP)** y queda patente que para una buena CVP es necesario que se cumplan una serie de condiciones laborales.

Los resultados en el estudio cualitativo son similares en cuanto a la presencia de categorías en los grupos de discusión (GD) de enfermeras y de auxiliares de enfermería. No obstante, aunque todas las categorías estuvieron presentes en todos los GD, es necesario resaltar que los códigos incluidos en las categorías han sido diferentes en algunos casos, dependiendo del colectivo entrevistado. Por lo tanto, aun teniendo en cuenta que, en general, la CVP es percibida de igual forma por enfermeras y auxiliares, existen matices distintos en cuanto al contenido de sus discursos.

Los participantes en el estudio precisan de apoyo por parte de la institución que debe ofrecerles herramientas para hacer frente a las demandas de su trabajo. Este apoyo al que hacen referencia corresponde a la primera metacategoría, *condiciones laborales necesarias para el profesional*, que estas condiciones son consideradas por los participantes como imprescindibles para obtener la CVP. Incluye apoyo institucional, estabilidad laboral, salario adecuado, formación, equilibrio vida laboral-vida personal y comodidad en el espacio de trabajo

Teniendo en cuenta estas consideraciones, la Enfermería, necesita disponer de un reconocimiento institucional que se traduzca en apoyos globales, propiciando nuevas formas de trabajo más autónomas y dotándola de recursos humanos, espacios adecuados, oportunidades de formación acordes a la realidad. Además se revela como necesario disponer de un equilibrio entre su vida laboral y personal lo que se logrará a partir de una adecuada estabilidad laboral.

- En cuanto a **los factores estresantes percibidos por los profesionales**, se agruparon en 19 códigos, lo cual refleja las situaciones de estrés a las que están sometidos los miembros del equipo de enfermería. Dentro de esta categoría se han incluido todos los códigos considerados como fuentes de estrés para nuestros participantes. Se incluye presión asistencial, falta de personal, falta de tiempo, ratio de pacientes, pacientes complejos, falta de recursos materiales, polivalencia/especialidad, los registros, responsabilidad profesional, falta de comunicación entre profesionales, objetivos propios de la institución, funciones del profesional, interferencias a las que está sometido, y presencia de profesionales noveles.

En nuestro estudio, ha quedado reflejado que los elementos que se perciben como estresantes, son los relatados en relación a situaciones o factores que pueden ser controlados en este caso por la institución. Ésta puede minimizarlos dotando a los profesionales de recursos tanto materiales como personales, mejorando los registros, facilitando nuevos circuitos para la mejora de a

CONCLUSIONES

comunicación entre las distintas disciplinas, delimitando las funciones del profesional y realizando una adecuada gestión de sus recursos humanos.

- Las respuestas de nuestros participantes **en relación a lo que les satisface en su trabajo** han sido, principalmente, la descripción de situaciones o sentimientos que les provocaban satisfacción profesional en el desempeño de sus funciones y están relacionados con la vocación, la dedicación al cuidado directo de las personas, la calidad de los cuidados que prestan, el reconocimiento de los pacientes, de los compañeros y la satisfacción con el trabajo bien hecho

Las relaciones surgidas en el entorno laboral son descritas como una de las grandes satisfacciones que obtienen en el trabajo, consideran a los compañeros como una segunda familia con la que pasan gran parte de su tiempo y con la que han desarrollado grandes amistades, lo que resulta determinante para su CVP.

- **Los elementos que influyen en la calidad de vida laboral y profesional** se han resumido en las tres metacategorías emergidas: *Condiciones laborales necesarias para el profesional* , *Demandas de trabajo* y *Satisfacción con el trabajo*.

No obstante los que influyen de manera positiva son los relacionados con la satisfacción, que además de los citados, es preciso destacar que de las intervenciones de los participantes emerge la idea que, si las condiciones laborales son las adecuadas también se obtendrá satisfacción. De la misma manera, si las demandas laborales, es decir, los factores que consideran estresantes, pudiesen minimizarse o controlarse, aumentaría también su satisfacción y alcanzarían lo que consideran Calidad de Vida Profesional.

- **El modelo de confort laboral** contiene por un lado los elementos que deben ser proporcionados por la Institución y los propios de los profesionales derivados de su satisfacción:
 - Los elementos que dependen de la institución, traducidos en las acciones

que ésta debe realizar, por orden de importancia según los resultados de nuestro estudio son: disminuir los factores estresantes, proporcionar estabilidad laboral a los trabajadores, brindar apoyo a los trabajadores, facilitar el equilibrio entre su vida laboral y personal, proporcionar oportunidades y promocionar la formación, ofrecer un salario adecuado y equiparado con otros entornos sanitarios y ofrecer la comodidad necesaria en el entorno de trabajo.

- Los elementos considerados como fuentes de satisfacción dependientes del profesional y son: la satisfacción con lo que consideran su función principal, el cuidado de los pacientes, y las relaciones que se establecen entre los profesionales.

La Calidad de Vida Profesional se consigue con los elementos que debe ofrecer la institución en la que trabajan, la satisfacción la obtienen a través del desempeño de sus funciones relacionadas con la esencia de su trabajo, el cuidar. En consecuencia, deben recibir confort por parte de la institución, lo que les va a ofrecer las herramientas necesarias para la mejora de su CVP.

CONCLUSIONES

VIII. LIMITACIONES

En relación al estudio cuantitativo, la validez externa de los cuestionarios (aunque están validados con el CVP-35) se encuentra limitada intrínsecamente porque los resultados son locales y difícilmente extrapolables a profesionales de otras organizaciones sanitarias. No obstante resulta necesario incluirlo en los resultados de esta tesis para establecer el escenario de la investigación cualitativa.

Otra limitación de nuestro estudio es propia de la naturaleza y tipo de estudio realizado, las derivadas de un estudio observacional. Los resultados que se obtienen en nuestra investigación son principalmente observacionales, orientativos e incluso analíticos, pero no consideran las relaciones causales entre las variables que han intervenido en el estudio. Además, el factor veracidad en las respuestas de los profesionales debe ser mencionado, ya que el uso de cuestionarios tiende a infraestimar el grado de estrés o de insatisfacción

La distribución de los cuestionarios se realizó mediante correo electrónico a la totalidad de la población, la tasa de respuesta puede estar relacionada con la motivación del personal, lo que podría haber condicionado las respuestas de los participantes, se puede pensar que los profesionales menos motivados o más insatisfechos, no han colaborado con el estudio por lo que no disponemos de sus respuestas.

Se aprecia a necesidad de reproducir el estudio en otros contextos sanitarios y culturales para comprobar si se encuentran resultados similares o diferentes para poder confirmar las conclusiones de este estudio.

El hecho de que la investigadora forme parte del colectivo estudiado, en el caso de la perspectiva cualitativa, puede suponer en cierta forma una limitación. Sin embargo, la plena conciencia de ese hecho, ha impulsado distintas estrategias que se han mantenido presentes durante todas las etapas de la investigación.

A pesar de estas limitaciones, este estudio aporta buena información para el conocimiento sobre la percepción de la calidad de vida profesional de los trabajadores sanitarios aportando resultados y su interpretación un gran interés para el avance en el conocimiento de un modelo de confort profesional.

IX. UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS

Cualquier trabajo de investigación debe ser considerado como una contribución a la profundización de un determinado problema, que no debe constituirse como un fin en sí mismo, sino como un comienzo para otras vías de investigación adicionales, así como un motor de cambio en diferentes áreas en las que se integre como la prestación de cuidados, la gestión de los recursos humanos y la satisfacción laboral.

Este estudio aporta la visión del personal de enfermería en cuanto a calidad de vida profesional percibida. Indagando en los sentimientos, experiencias y actitudes de los profesionales de enfermería y aportando una construcción teórica del fenómeno de estudio, se establece un modelo de confort laboral para la enfermera.

La identificación de los elementos que influyen y que pueden proporcionar una buena calidad de vida profesional del equipo de enfermería, son importantes para aportar mejoras y de este modo incidir en la calidad de los cuidados de enfermería, introduciendo las modificaciones oportunas en el tipo de gestión tanto a nivel individual como organizacional del personal de enfermería hospitalario.

Los proyectos de calidad de vida laboral buscan el bienestar y desarrollo de los trabajadores y al mismo tiempo la eficiencia organizacional, son beneficiosos para ambos. Los beneficios que brindan permitirán a la organización orientar sus fuerzas y recursos, hacia actividades para el logro de sus objetivos.

Toda implementación de un proyecto de Calidad de Vida Laboral implica en muchos casos, costos adicionales a la empresa, lo cual podría ser un limitante, pero en el futuro, al ganar eficiencia organizacional, estos serían cubiertos.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

En el siguiente apartado se detallan las referencias bibliográficas siguiendo la estructura propuesta por el manual de publicaciones de la *American Psychological Association* (APA) en su 6ª edición.

Acinas, M. P. (2012). Burn-out y Desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista digital de Medicina Psicosomática y psicoterapia*, 2(4), 1-22. Recuperado a partir de http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Burnout_en_cuidados_paliativos.pdf

Aguirre-Mas, C., Labarthe-Carrara, J., & Vuro-Desiderio, M. (2015). Estresores laborales y bienestar en el trabajo en personal aeronáutico de cabina. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 293-308.

Aguirre-Raya, C. D. (2009). Satisfacción laboral de los recursos humanos de enfermería. Factores que la afectan. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(4).

Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J., & Silber, J. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987-93.

Albanesi de Nasetta, S. (2012). Calidad de vida percibida en un hospital general. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 18(1), 52-59.

Albanesi De Nasetta, S. (2011). Calidad de Vida Profesional en Médicos en Cuyo. *Revista Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 16(4), 387-395.

Albanesi de Nassetta, S. (2013). Percepción de calidad de vida profesional en trabajadores de la salud. *Alternativas en Psicología*, 28.

Almalki, M. J., Fitzgerald, G., & Clark, M. (2012). Quality of work life among primary health care nurses in the Jazan region. Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Human Resources for Health*, 10(30), 1-13.

Alonso-Fernández, M., Iglesias-Carbajo, A. I., & Franco-Vidal, A. (2002). Percepción de la calidad de vida profesional en un área sanitaria de Asturias. *Atención Primaria*, 30(8), 483-489.

Amezcuca, M., & Gálvez-Toro, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

de Salud Pública, 76(5), 423-436.

Amin, A., Vankar, J., Nimbalkar, S., & Phatak, A. (2015). Stress and Professional Quality of Life in Neonatal Intensive Care Unit Nurses in Gujarat, India. *Indian Journal Pediatric*, 82(11), 1001-5.

Aradilla-Herrero, A. (2013). Inteligencia Emocional y variables relacionadas en Enfermería. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona.

Arboleda, L. (2008). El grupo de discusión como aproximación metodológica en investigaciones cualitativas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 26, 69-77.

Ardila, R. (1986). *Psicología del trabajo* (2ª Edición). Chile.

Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164.

Ardila-Suárez, E., & Rueda-Arenas, J. F. (2013). La saturación teórica en la teoría fundamentada: su delimitación en el análisis de trayectorias de vida de víctimas del desplazamiento forzado en Colombia. *Revista Colombiana de Sociología*, 36(2), 93-114.

Arrecciado-Marañón, A. (2013). Identidad profesional enfermera: Construcción y desarrollo en los estudiantes durante su formación universitaria. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona.

Astudillo-Díaz, P., Alarcon-Muñoz, A., & Lema-García, M. (2009). Protectores de estrés laboral: Percepción del personal de enfermería y médicos, Temuco, Chile. *Ciencia y Enfermería XV*, (3), 111-122.

Ayuso, D. (2017). Liderazgo y motivación. Bitacora enfermera. Ideas y opiniones para el desarrollo de la enfermería, Recuperado a partir de <http://bitacoraenfermera.org/liderazgo-y-motivacion>

Aziri, B. (2011). Job Satisfaction: A literature Review. *Management Research*, 3(4), 77-86.

Barbany i Ciurans, C. (1999). L'Hospital de Granollers. (Lunweg Editores). Barcelona: Fundació Hospital Asil de Granollers.

Barragan Hernández, O., Hernández Villa, E., & Peralata Peña, S. (2013). Una mirada a la profesión de enfermería desde la perspectiva de género. *EPISTEMUS*, 15(7), 34-37.

Barrios Casas, S., & Paravic Klijn, T. (2006). Promoción de la salud y un entorno laboral saludable. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 14(1), 136-141.

Bertran Noguer, C. (2005). La feminització de la infermeria causalitat i estratègies per a la formació de professionals. Tesis doctoral. Universtat de Girona.

Blegen, M. (1993). Nurses' Job Satisfaction: A Meta-analysis of related variables. *Nurs Research*, 42(1), 36-42.

Borges de Melo, M., Alves Barbosa, M., & Souza, P. R. De. (2011). Satisfacción en el trabajo del equipo de enfermería: revisión integradora. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 19(4), 1-10.

Brooks, B. A. (2001). Development of an instrument to measure quality of nursing work life. University of Illinois at Chicago.

Brooks, B., & Anderson, M. (2005). Defining quality of nursing work life. *Nursing Economics*, 23(6), 319-326.

Brosschot, J., Pieper, S., & Thayer, J. (2005). Expanding stress theory: Prolonged activation and perseverative cognition. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 1043-49.

Burgos-Moreno., M., & Paravic-Klijn, T. M. (2009). Enfermería como profesión. *Revista cubana de Enfermería*, 25(1), 1-9.

Burton, J. (2010). Entornos Laborales Saludables : Fundamentos y Modelo de la OMS. Contextualización, Prácticas y Literatura de Apoyo. (Organización Mundial de la Salud Ediciones). Ginebra.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Buss-Thofehrn, M., Leopardi, M., Coelho-Amestoy, S., & Oliveira-Arrieira, I. (2010). Formación de vínculos profesionales para el trabajo en equipo en enfermería. *Enfermeria Global*, 20, 1-11.

Cabezas-Peña, C. (1998). Síndrome de desgaste profesional laboral y calidad de vida profesional. *Formación Médica Continuada en Atención primaria*, 5(8), 491-492

Cabezas-Peña, C. (2000). La calidad de vida de los profesionales. *Formación Médica Continuada en atención primaria*, (Supl 7), 53-68.

Cabo-Salvador, J. (2010). Sistemas de salud y reformas sanitarias en España, Canadá y EEUU. En Centro de estudios Financieros (Ed.), *Gestión Sanitaria Integral: Pública y Privada* (1ª edición). Madrid.

Caicedo, L., Cristina, J., Abril, M., & Gustavo, F. (2013). Pacientes por enfermera-auxiliar y presencia de eventos adversos en unidades de cuidados intensivos de Ibaguè-Colombia. *Enfermeria Global*, (32), 238-249.

Calvo-Fernandez, S., García-Fernandez, P., & Martín del Burgo, M. (2013). Libro blanco de la profesión de técnico de enfermería. Recuperado a partir de http://www.sindicatosae.com/pdfs/LIBRO_BLANCO.pdf

Camacaro, P. R. (2010). Abordaje conceptual de calidad de vida en el trabajo. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Recuperado a partir de www.eumed.net/rev/cccsc/07/prc.htm

Cañón-Buitrago, S. C., & Galeano-Martínez, G. (2011). Factores laborales psicosociales y calidad de vida laboral de los trabajadores de la salud de ASSBASALUD E.S.E Manizales (Colombia). *Archivos de Medicina*, 11(2), 114-126.

Caricati, L., Sala, R., Marletta, G., Pelosi, G., Ampollini, M., Fabbri, A., ... Mancini, T. (2014). Work climate, work values and professional commitment as predictors of job satisfaction in nurses. *J Nurs Manag*, 22(8), 984-994.

Carpenito, L. (2002). *Manual de diagnósticos de enfermería*. (McGraw-Hill). Madrid

Carrero, V., Soriano, R. M., & Trinidad, A. (2006). Teoría Fundamentada Grounded Theory. El desarrollo de teoría desde la generalización conceptual. (Cuadernos metodológicos 2ª edición). Madrid.

Casas, J., Repullo, J., & Lorenzo, S. (2002). Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias adaptativas de afrontamiento. *Revista de calidad asistencial*, 17(4), 237-46.

Casas, J., Repullo, J., Lorenzo, S., & Cañas, J. (2002a). Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios. *Revista de Administración sanitaria*, 6(23), 527-44.

Casas, J., Repullo, J., Lorenzo, S., & Cañas, J. (2002b). Validación de la escala Q-Labors para evaluar la calidad de vida laboral en hospitales. *Revista de Administración sanitaria*, 6(23), 161-182.

Castillo-Martínez, A. (2011). Percepción de competencias en enfermeras de «rotating». *Index de Enfermería*, 20(1-2), 26-30.

Generalitat de Catalunya. (9 de julio de 1990) Llei d'ordenació sanitària de Catalunya. (LLEI 15/1990). Recuperado a partir de http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?action=fitxa&documentId=48426

Ceballos-Vásquez, P. A. (2014). Percepción de riesgos psicosociales y carga mental de los trabajadores/as del equipo de salud de Unidades de pacientes críticos. Tesis doctoral. Universidad de Concepción, Chile.

Celma-Vicente, M. (2007). Cultura organizacional y desarrollo profesional de las enfermeras. Tesis doctoral. Universidad de Granada.

Celma-Vicente, M. (2009). Influencia de la feminización de la enfermería en su desarrollo profesional. *Revista de antropología Experimental*, (9), 119-136.

Chan, M. (2015). Alocución de la directora general de la Organización Mundial de la Salud ante la Conferencia del Consejo Internacional de Enfermeras. En *Enfermeros*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

y Ciudadanos del Mundo: Conformar la Enfermería para las Futuras Necesidades de los Ciudadanos. Seúl. República de Corea. Recuperado a partir de <http://www.who.int/dg/speeches/2015/international-conference-nurses/es/>

Change@WHO (2014). Novedades sobre la reforma de los recursos humanos. Recuperado a partir de http://www.who.int/about/who_reform/change_at_who/issue4/human-resources-reform/es/#.WSVDMR2LnjC

Cifuentes-Rodríguez, J. (2012). Satisfacción laboral en enfermería en una Institución de salud de cuarto nivel de atención. Tesis doctoral. Universidad Nacional de Colombia.

Consejo General de Enfermería. (2015). Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y La Unión Europea 2015. Análisis comparativo de la situación de médicos y enfermeras. Gabinete de estudios.

Contreras, F., Espinosa, J. C., Hernández, F., & Acosta, N. (2013). Calidad de vida laboral y liderazgo en trabajadores asistenciales y administrativos en un centro oncológico de Bogotá (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, 30(3), 569-590.

Cortés-Rubio, J., Martín-Fernández, J., Morente-Páez, M., Caboblanco-Muñoz, M., Garijo-Cobo, J., & Rodríguez-Balo, A. (2003). Clima laboral en atención primaria: ¿qué hay que mejorar? *Atención Primaria*, 32(5), 288-295. <http://doi.org/10.1157/13051632>

Craigie, M., Osseiran-Moisson, R Hemsworth, D., Aoun, S., Francis, K., Marrón, J., Hegney, D., & Rees, C. (2016). The influence of trait-negative affect and compassion satisfaction on compassion fatigue in Australian nurses. *Psychol Trauma*, 8(1), 88-97.

Cremades-Puerto, J. (2011). Factores laborales estresantes en profesionales de enfermería en unidades hospitalarias con pacientes ingresados por problemas médico-quirúrgicos: Una revisión bibliográfica. *Revista Científica de Enfermería*, (2), 1-17.

Cremades-Puerto, J., Macià-Soler, L., López-Montesinos, M., & Orts-cortés, M. I. (2011). Identificación de factores de estrés laboral en profesionales de enfermería. *Cogitare Enfermagem*, 16(4), 609-614.

Da Silva, M. (2006). Nuevas perspectivas de la calidad de vida laboral y sus relaciones con la eficacia organizacional. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona.

de la Cuesta-Benjumea, C. (2005). La contribución de la Evidencia Cualitativa al campo del cuidado y la salud comunitaria. *Index Enfermeria online*, 14(50), 47-52.

del Río-Moro, O., Perezagua-García, M., & Sánchez-Donaire, A. (2001). Satisfacción personal de enfermería. ¿Se cumplen nuestras expectativas? 4º Congreso Virtual de Cardiología. Recuperado a partir de <https://www.fac.org.ar/ccvc/llave/tl014/tl014.pdf>

Departament de la presidència. (2015). LLEI 2/2015, de l'11 de març, de pressupostos de la Generalitat de Catalunya per al 2015. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, (6830-13.2.2015), 1-102. Recuperado a partir de http://aplicacions.economia.gencat.cat/wpres/AppPHP/2015/pdf/VOL_L_ART.pdf

Departament de la Presidència. (2007). LLEI 8/2007, del 30 de juliol, de l'Institut Català de la Salut. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, (4940-3.8.2007), 26364-26373. Recuperado a partir de <http://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/4940/919776.pdf>

Departament de Salut (2010). Decreto 196/2010, de 14 de diciembre, del sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña (SISCAT). *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* 5254-5258.

Díaz-Corte, C., Suárez-Álvarez, Ó., Fueyo-Gutiérrez, A., Mola-Caballero de Rodas, P., Sanchez-Fernández, A. M., Suárez-Gutierrez, R., & Díaz-Vazquez, C. (2013). Calidad de vida de los profesionales en el modelo de gestión clínica de Asturias. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), 502-507.

Directrices: Incentivos para los profesionales de atención de salud, (2008). OMS. Recuperado a partir de

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/38_3.pdf

Domínguez-Alcón, C. (1979). Para una sociología de la profesión de enfermería en España. *Reis. Revista española de investigaciones sociológicas*, (8), 103-132.

Domínguez-Alcón, C. (1990). Feminización de las profesiones sanitarias. *Revista Jano*, 909(38), 69-74.

Domínguez-Sánchez, P., Zarate-Grajales, R., Serrano-Diosdado, J., & Arroyo-Merino, M. (2010). Hospital Magnético, ¿qué es y cómo funciona?. *Innovación para la Practica*, 7(3), 55-58.

Dowd, T., Kolcaba, K., & Steiner, R. (2006). Development of the Healing Touch Comfort Questionnaire. *Holistic Nursing Practice*, 20(3), 122-129.

Dupuis, G., Perrault, J., Lambany, E., Kennedy, E., & David, P. (1989). A new tool to assess quality of life: The quality of life systematic inventory. *Quality of Life and Cardiovascular Care*, (5), 34-35.

Duran, M. M. (2010). Bienestar psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista nacional de administración*, 1(1), 71-84.

Organización Colegial de Enfermería (2016). Grado en enfermería. Recuperado a partir de <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/primer-ciclo/grado-en-enfermeria>

Enquesta de qualitat de vida en el treball (2010). Recuperado a partir de <http://www.idescat.cat/pub/?id=eqvt&n=1959&lang=es>

Errasti-Ibarrondo, M., Arantzamendi-Solabarrieta, N., & Canga-Armayor, N. (2012). La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer-The public image of nursing: a profession to learn about. *Anales del sistema Sanitario de Navarra*, 35(2), 269-283.

Escobar-aguilar, G., Gómez-garcía, T., & Ignacio-garcía, E. (2013). Entorno laboral y seguridad del paciente: comparación de datos entre los estudios SENECA y

RN4CAST. *Enfermería Clínica*, 23(3), 103-113.

Escribà, V., Más, R., Cardenas, M., & Pérez, S. (1999). Validación de la escala de estresores laborales en personal de enfermería: «the nursing stress scale». *Gaceta Sanitaria*, 13(3), 191-200. [http://doi.org/10.1016/S0213-9111\(99\)71350-6](http://doi.org/10.1016/S0213-9111(99)71350-6)

Feng, R., & YF., T. (2012). Socialisation of new graduate nurses to practising nurses. *J.Clinic.nurs*, 21(13-14), 2064-71.

Fernández-Mayoralas, G. (2005). Calidad de vida y salud: planteamiento conceptual y métodos de investigación. *Territoris*, (5), 117-135.

Fernández, M., Moinelo, A., Villanueva, A., Andrade, C., Rivera, M., & Gómez, J. (2000). Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del área 10 del Insalud de Madrid. *Revista española de salud pública*, 74, 139-47.

Fernández-Araque, A., Cuairán Sola, M., & Curbelo Rodríguez, R. (2016). Calidad de vida profesional de enfermería en urgencias de un hospital de referencia. *Enfermeria Global*, (42), 376-385. Recuperado a partir de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/235781>

Fernandez-Araque, A., Santa Clotilde-Jiménez, E., & Casado-del Olmo, M. (2007). Calidad De Vida Profesional de Los Profesionales de Enfermería en Atención Primaria de Soria. *Biblioteca Lascasas*, 3(1).

Fernandez-Martínez, O., García-del Río, B., Hidalgo-Cabrera, C., López-López, C., Martín Tapia, A., & Moreno-Suárez, S. (2007). Percepción de la calidad de vida profesional de los médicos residentes de dos hospitales de distinto nivel asistencial. *Medicina de Familia*, 7(2), 83-90.

Fernandez-San Martín, M., Villagrasa-Ferrer, J., Gamo, M., Vazquez-Gallego, J., Cruz-Cañas, E., Aguirre-Trigo, M., & Andradas-Aragonés, V. (1995). Satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. *Rev. Esp. Salud Pública*, (69), 487-497.

Ferrer-Ferrandiz, E. (2009). La medición de la comodidad en enfermeras y pacientes

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

oncológicos. *Reduca*, 1(2), 501-515.

Ferrer-Ferrandiz, E. (2007). Comodidad: acción de cuidado como pensamiento, como hecho cuidativo y como resultado de la acción de cuidar. *e.ducare* 21, 5(4). Recuperado a partir de <http://www.enfermeria21.com/revistas/educare/articulo/35022/>

Ferrer-Ferrandiz, E., & Martín-Baena, D. (2015). Translation and Validation of a Spanish version of the Kolcaba ' s General Comfort Questionnaire in Hospital Nurses. *International Journal of Nursing*, 2(1), 113-119. <http://doi.org/10.15640/ijn.v2n1a12>

Fingley, C. (1995). *Compassión fatigue comping with secondary traumatic stress disroder in those who treat the traumatized*. (Brunner/Mazel publishers). New York

Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. (E. M. y F. Paideia, Ed.). Madrid.

Flores, N., Jenaro, C., González-gil, F., & García-calvo, P. M. (2010). Análisis de la calidad de vida laboral en trabajadores con discapacidad. *Revista de Servicios Sociales*, 47, 95-107.

Francisco-del Rey, J. C. (2008). *De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera . Concepciones presentes en el ejercicio profesional*. Tesis doctoral, Universidad de Alcalá.

Freudenberger, H. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-75.

Frutos-Martín, M. (2014). *Relación entre los modelos de gestión de recursos humanos y los niveles de estrés laboral y burnout en los profesionales de enfermería de atención especializada*. Tesis doctoral. Universidad de León.

Galeano, M. . (2004). *Teoría fundada: arte o ciencia*. En *Estrategias de investigación social cualitativa: El giro en la mirada* (pp. 161-184). (La Carreta) Medellín, Colombia,

Garcés-Rodríguez, A. O. (2014). *Calidad de vida en el trabajo del profesional médico*

y de enfermería en una empresa social del estado (E.S.E) III Nivel, Bogotá. Tesis doctoral. Universidad Nacional de Colombia.

García-González, R. (2010). Utilidad de la integración y convergencia de los métodos cualitativos y cuantitativos en las investigaciones en salud. *Revista cubana de Salud pública.*, 36(1), 19-29.

García-Martínez, J. J., Pérez-Emeterio, F., Montesinos-López, O. A., & Méndez-Ávila, J. C. (2011). Nivel de satisfacción de los trabajadores que laboran en una institución del sector salud en el estado de Colima, México. En XVII Congreso Aeca (pp. 1-21). Recuperado a partir de <http://www.aeca1.org/xviicongresoaeaca/cd/21c.pdf>

García-Sánchez, S. (1993). La qualitat de vida professional com a avantatge competitiu. *Revista de Qualitat*, 11, 4-9.

Garriga-Guitart, D. (2008). Calidad de vida profesional de las enfermeras dentro del equipo multidisciplinar. *Àgora de enfermería*, 12(4), 8.

Gaviria-noreña, D. L. (2013). Planning the required nursing personnel to respond to care needs. *Investigación y Educación en Enfermería*, 31(1), 116-124.

Generalitat de Catalunya. (1983). LLEI 12/1983, de 14 de juliol, d'administració institucional de la sanitat i de l'assistència i els Serveis Socials de Catalunya. Recuperado a partir de http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?action=fitxa&documentId=14038&newLang=ca_ES&mode=single

Generalitat de Catalunya. (2014). Documento de bases para el Pacto nacional de Salud. Gencat. Recuperado a partir de http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/model_sanitari_catala/pacte_nacional_de_salut/pacte_nacional_salut_acords_cas.pdf

Girbau, M. R., Galimany, J., & Aguilar, G. (2012). Desgaste profesional, estrés y de la profesión en enfermería. *Nursing*. 30 (1) 58-61

Girbau-García, M. R. (2010). La conciliación de la vida personal y laboral y la

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

satisfacción en el trabajo Estudio en enfermeras de Atención Primaria de Salud. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona.

Glaser, B., & Strauss, A. (1967). The discovery of grounded Theory: Strategies for qualitative research. (2006.^a ed.). Chicago: Aldine.

Gómez-Sánchez, M. C., Álamo-Santos, M., Amador-Bohórquez, M., Ceacero-Molina, F., Mayor-Pascual, A., Muñoz-González, A., & Izquierdo-Atienza, M. (2009). Estudio de seguimiento del desgaste profesional en relación con factores organizativos en el personal de enfermería de medicina interna. Medicina y Seguridad del trabajo, 55(215), 52-62.

González-Ávila, M. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. Revista Ibero-americana, (29), 85-104.

González-Baltazar, R., Hidalgo-Santacruz, G., & Salazar Estrada, J. (2007). «Calidad de vida en el trabajo»: Un término de moda con problemas de conceptualización. Psicología y Salud, 17(1), 115-123.

González-Baltazar, R., Hidalgo-Santacruz, G., Salazar-Estrada, J. G., & Preciado-Serrano, L. (2010). Elaboración y Validación del Instrumento para Medir Calidad de Vida en el Trabajo « CVT-GOHISALO ». Ciencia & trabajo, Año 12(36), 332-340.

González-Gil, T. (2009). Flexibilidad y reflexividad en el arte de investigación cualitativa. Index Enfermería online, 18(2), 121-125.

Granados, I. (2011). Calidad de vida laboral: historia, dimensiones y beneficios. Revista de Investigación en psicología, 14(2), 271-276.

Grimaldo-Muchotrigo, M. (2010). Calidad de vida profesional en estudiantes de ciencias de la salud. Revista de Psicología, (12), 51-80.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (1997). Metodología de la Investigación. (Mc Graw Hill, Ed.). Mexico.

Hernández Carrera, R. M. (2014). La investigación cualitativa a través de entrevistas:

su análisis mediante la Teoría Fundamentada. *Cuestiones Pedagógicas*, (23), 187-210.

Herrera-Amaya, G., & Manrique-Abril, F. G. (2008). Condiciones laborales y grado de satisfacción de profesionales de enfermería. *Aquichan*, 8(2), 243-256.

Herrera-Sánchez, R., & Cassals Villa, M. (2005). Algunos factores influyentes en la calidad de vida laboral de enfermería. *Revista Cubana de enfermería*, 21(Enero-abril), 1-11.

Herzberg, F., Masner, A., & Sneyderman, B. (1959). *The motivation to work*. (Wiley, Ed.). New York.

Hospital General de Granollers. (2016). Recuperado 15 de noviembre de 2016, a partir de <http://www.fphag.cat/>

Hunsaker, S., Chen, H., Maughan, D., & Heaston, S. (2015). Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *J Nurs Scholars*, 47(2), 186-94.

Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico (2009). SYREC 2007. Informe, mayo 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social

Institut Català de la Salut (2016). Antecedents Històrics. Recuperado 13 de febrero de 2017, a partir de cs.gencat.cat/ca/lics/informacio-corporativa/antecedents-historics/

Íñiguez-Rueda, L. (1999). Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Atención Primaria*, 23(8), 496-502.

Johnson, J., & Hall, E. (1988). Job Strain, Work place social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, (78), 1336-1342.

Jones, D., Manzelli, H., & Pecheny, M. (2004). *Grounded Theory: Una aplicación de*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

la Teoría Fundamentada a la salud. Cinta de Moebio: revista electrónica de epistemología de ciencias sociales, (19), 56-67.

Jorge-Rodríguez, F., Blanco-Ramos, M., Issa Pérez, S., Romero García, L., & Gayoso Diaz, P. (2005). Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 36, 442-7.

Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, (24), 285-308. <http://dx.doi.org/10.2307/2392498>

Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. (Basic Book). New York.

Kelly, L., Runge, J., & Spencer, C. (2015). Predictors of Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction in Acute Care Nurses. *J Nurs Scholars*, 47(6), 522-6.

Kim, K., Han, Y., Kwak, Y., & Kim, J. (2015). Professional Quality of Life and Clinical Competencies among Korean Nurses. *Asian Nursing Research*, 9(3), 200-206. <http://doi.org/10.1016/j.anr.2015.03.002>

Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(19), 1178-1184. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>

Kolcaba, K. (2001). Evolution of the Mid Range Theory of Comfort for Outcomes Research. *Nursing Outlook*, 49(2), 86-92. <http://doi.org/10.1067/mno.2001.110268>

Kolcaba, K. (2010). *Comfort Line*. Recuperado 15 de noviembre de 2015, a partir de <http://www.thecomfortline.com/theory.html#development>

Kolcaba, K., & Kolcaba, R. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16(11), 1301-1310. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01558.x>

Lapeña-Moñux, Y. R., Cibanal-Juan, L., Orts-cortés, M. I., Maciá-Soler, M. L., & Palacios-ceña, D. (2014). La experiencia de las enfermeras «de apoyo» en un

hospital español: estudio cualitativo fenomenológico. *Rev Esc Enferm USP*, (48), 62-69. <http://doi.org/10.1590/s0080-623420140000800010>

Locke, E. (1976). The nature and causes of job satisfaction. En M.D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organisational Psychology* (pp. 1297-1349). Chicago: Rand McNally.

López Agrelo, V. L. (2013). Rasgos, trastornos de personalidad y comorbilidad psiquiátrica de profesionales sanitarios con síndrome de burnout. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.

López-Fernández, J. A. (2002). Validación de la Escala de Estrés de Enfermería (NSS), de Gray-Toft y Anderson. Memoria de licenciatura. Universidad de la Laguna. Santa Cruz de Tenerife, España.

Lopez-Ibort, N., Gonzalez-de la Cuesta, D., Barrado-Narvi3n, M. J., & Bara-Machin, G. (2011). ¿Qué motiva a la enfermería española? *Rev Tesela*, 9.

LOPS. (2003). Ley 44/2003 de 21 de noviembre del 2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Boletín Oficial del Estado. Recuperado a partir de <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>

Lozano-Le3n, T., G3mez-Fern3ndez, J. A., & Romero-Indiano, Peral-Belchior, E. (2010). Disertaci3n sobre el Rotating de Enfermería ¿Equipo de segunda o pieza clave de benchmarking? *Revista Tesela*, (7).

Luceño-Moreno, L., Mart3n-Garc3a, J., & D3az-Ramiro, E. (2004). Factores psicosociales en el entorno laboral, estr3s y enfermedad. *eduPsykh3 Revista de psicología y psicopedagog3a* 3(1), 95-108.

Lucia-Casademunt, A., Ariza-Montes, J., Morales-Gutierrez, A., & Becerra-Alonso, D. (2013). Implicaci3n laboral y emociones en el trabajo: Estudio emp3rico de sus factores determinantes. *Revista Venezolana de Gerencia*, 18(62), 217-246

Makabe, S., Takagai, J., Asanuma, Y., Ohtomo, K., & Kimura, Y. (2015). Impact of work-life imbalance on job satisfaction and quality of life among hospital nurses in

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Japan. *Industrial Health*, (23), 152-159.

March-Cerdà, J. C., Prieto-Rodríguez, M. A., Hernán-García, M., & Solas-Gaspar, O. (1999). Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gaceta Sanitaria*, 13(4), 312-319. [http://doi.org/10.1016/S0213-9111\(99\)71373-7](http://doi.org/10.1016/S0213-9111(99)71373-7)

Martín, J., Cortés, J. A., Morente, M., Caboblanco, M., Garijo, J., & Rodríguez, A. (2004). Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 129-136. <http://doi.org/10.1157/13059283>

Martín-Fernández, J., Gómez-Gascón, T., Martínez-García-Olalla, C., del Cura-Gonzalez, M. I., Cabezas-Peña, C., Garcia-Sánchez, S. (2008). Medición de la capacidad evaluadora del cuestionario CVP-35 para la percepción de la calidad de vida profesional. *Atención Primaria*, 40(7), 327-36.

Martín-Arribas, M. C. (2007). Estrés relacionado con el trabajo (modelo de demanda-control-apoyo social) y alteraciones en la salud: una revisión de la evidencia existente. *Enfermería Intensiva*, 18(4), 168-181. [http://doi.org/10.1016/S1130-2399\(07\)74400-0](http://doi.org/10.1016/S1130-2399(07)74400-0)

Martínez-Gamarra, M., & Ros-Mar, R. (2010). De la calidad de vida laboral a los riesgos Psicosociales: Evaluación de la calidad de vida laboral. *Acciones e investigaciones Sociales*, 28(julio), 5-55.

Martínez-Lara, C. (2013). Satisfacción laboral de la Unidad de Gestión Clínica. Opinión de los profesionales de enfermería. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla.

Martínez-Miguélez, M. (2004). Los Grupos Focales de Discusión como método de investigación. *Heterotopia*, (26), 59-72.

Martínez-Miguélez, M. (2006). La investigación cualitativa. Síntesis conceptual. *Revista de Investigación en Psicología*, 9(1), 123-146.

Martínez-Miguélez, M. (2011). Uso del Programa Computacional Atlas.ti de Thomas Mühr (Univ. de Berlín) en la estructuración teórica de «datos» cualitativos. *Argos*,

revista de la Asociación Argentina de Estudios Clásicos (34), 139-156.

Marx, C. (1973). El capital. (Siglo XXI Editores) México.

Más, R., Escribà, V., & Cárdenas, M. (1999). Estresores laborales percibidos por el personal de enfermería hospitalario : un estudio cualitativo *. Archivos de Prevención de Riesgos Laborales, 2(4), 159-167.

Más-Pons, R., & Escribà-Agüir., V. (1998). La versión castellana de la escala «the nursing stress scale». proceso de adaptación transcultural (*). Rev. Esp. Salud Pública, 72, 529-538.

Maslac, C. (1976). Burnout. Human Behavior, 5, 16-22.

Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. Psychological Review, 50(4), 370-396.

Mazuecos-Gómez, F. J. (2015). Revisión documental de Calidad de Vida Profesional de Sanitarios de Enfermería. Opción, (Año 31) N° especial 5, 1075-1096.

McGrath. (1976). Stress and behaviour in organizations. En Handbook of Industrial and Organizational Psychology (pp. 1351-1395). Chicago: Rand McNally.

Melià, J., & Peiró, J. (1999). Desencadenantes del estrés laboral. (Editorial Pirámide). Madrid.

Mendes, M., & Lopes-Monteiro, D. (2009). La Teoría de los Roles en el Contexto de la Enfermería The theory of the roles in the context of the nursing. Index Enfermería, vol.18 no.4 Granada oct./dic. 2009, 18(4).

Mesa-Melgarejo, L., & Romero-Bailen, M. N. (2010). Profesionales de enfermería y cuidado en las condiciones laborales actuales. Investigación en Enfermería: Imagen y desarrollo, 12(2), 55-92.

Mesa-Melgarejo, L., Romero-Bailen, M. N., & Galindo, S. (2008). Calidad de vida de los profesionales de enfermería y sus consecuencias en el cuidado. Avances en

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

enfermería, 2, 59-70.

Mingote-Adán, J., Pérez-García, S., & Antón, A. (2003). Estrés en la enfermería. El cuidado del cuidador. (Ediciones Diaz Santos, 1ª edición). Madrid.

Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales. (2005). Especialidades de Enfermería. Recuperado a partir de <https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/espEnfermeria.htm>

Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). Unidad de enfermería en hospitalización polivalente de agudos. Estándares y recomendaciones. Recuperado a partir de <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UEH.pdf>

Mireya-Barrios, R. (2009). Motivación, satisfacción y desempeño laboral en profesionales de enfermería. Tesis doctoral. Universidad de Deusto.

Miró-Bonet, M. (2008). ¿Por qué somos como somos? Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/os enfermeras/os en España (1956-1976). Tesis doctoral. Universitat de les illes Balears.

Molina-Linde, J., Ávalos-Martínez, F., Valderrama Orbegozo, L., & Uribe Rodríguez, A. (2009). Factores relacionados con la satisfacción laboral de enfermería en un hospital médico-quirúrgico. Investigación Educación en Enfermería, 27(2), 218-225.

Molina-Mula, J. (2011). El sistema sanitario: efecto sobre la práctica clínica de las enfermeras. Index Enfermería, 20(4), 238-242.

Monistrol-Ruano, O. (2007). El trabajo de campo en investigación cualitativa. Nure Investigación, (28), 1-4.

Montcada, S. (2003). Estrés, factores psicosociales i salut. En Jornada Riscos psicosocials. Barcelona. Institut Sindical de Treball, Ambient i Salut.

Montero-Simó, M., Rivera-Torres, P., & Araque-Padilla, R. (2013). El modelo de demandas-control-apoyo y su relación con el riesgo percibido de enfermedad-

accidente. Una aplicación a la Comunidad Autónoma andaluza. *Revista Internacional de Sociología*, 71(3), 643-668. <http://doi.org/10.3989/ris.2012.07.26>

Moreno, I., Cuevas, M., & González, J. (2009). Validación y adaptación del Cuestionario de Calidad de Vida en el Trabajo (QWLQ) y del Cuestionario Genérico de Estrés en el Trabajo (GJSQ). *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 28(1), 56-80

Morse, J.M. (2003). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. (Universidad de Antioquia): Medellín, Colombia.

Müggenburg, C., & Ramírez, P. (2015). Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Universitaria*, 12(3), 134-143. <http://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.004>

Muñoz-Quezada, T., & Lucero Mondaca, B. (2013). Calidad de vida profesional de trabajadoras de una escuela de estudiantes con discapacidades múltiples. *Salud trabajo*, 21(2), 151-162.

Muñoz-Ruiperez, C. (2014). Factores genéticos y de personalidad vulnerabilidad-protección al estrés en euna muestra de médicos internos residentes: aplicación desde la prevención de riesgos laborales. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.

Murofuse, N., Abranches, S., & Napoleao, A. (2005). Reflections on stress and burnout and their relationship with nursing. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 13(2), 255-61.

Narali, P., & Rashmi, P. (2010). Study of Quality of Work Life of Nurses and its Impact on their Job Satisfaction in Selected Private & Government Hospitals of Gujarat. *IJBR*, 10(3), 172-77.

Nava-Galán, M. G. (2012). Profesionalización, vocación y ética de enfermería. *Enfermería neurológica*, 11(2), editorial.

Nava-Galán, M. G., Hernández-Zavala, M., Hernández-Cantoral, A., Pérez-López, M.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- T., Hernández-Ramírez, M. G., Matus-Miranda, R., & Balseiro-Almario, C. L. (2013). Satisfacción laboral del profesional de enfermería en cuatro instituciones de salud. *Archivos Neurociencias*, 18, 16-21.
- Navarro-Fallas, R. A. (2006). El ejercicio profesional y la responsabilidad penal, civil, administrativa y ético disciplinaria derivada de su ejercicio. *Gestión.*, 14(1), 11-54.
- Neffa, J. (2003). *El trabajo humano. Contribución al estudio de un valor que permanece* (Grupo Editorial). Argentina.
- Noguera, J. A. (2002). El concepto de trabajo y la teoría social crítica. *Papers*, 68, 141-168.
- Nowicki, R. I. (2015). La profesión enfermera y los dispositivos de poder que subordinan su práctica dentro de las organizaciones sanitarias. *Revista Iberoamericana de educación e investigación en enfermería*, 5(1), 63-69.
- Okuda-Benadives, M., & Gómez-Restrepo, C. (2005). Metodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV(1), 118-124.
- OMS. (2016). Personal Sanitario. Recuperado 19 de octubre de 2016, a partir de http://www.who.int/topics/health_workforce/es/
- Oriol i Bosch, A., Oleza, R (2003). *Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya*. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.
- Pades, A., & Homar, C. (2006). Estrés laboral y burnout en Enfermería. *Metas de enfermería*, 9(3), 67-72.
- Palmero, F. (2005). Motivación: conducta y proceso. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, VIII(20-21), 1-11.
- Patlán-Perez, J. (2016). ¿Que es la calidad de vida en el trabajo? Hacia una definición integrada Capítulo 4. En *Calidad de Vida en el trabajo. (Manual Moderno)* Mexico.

Pedone, C. (2000). Trabajo campo y metodologías cualitativas. Necesidad de nuevas reflexiones desde las geografías latinoamericanas. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, (57).

Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde : conceito e tipologia. *Rev. Saude Pública*, 35(1), 103-109.

Perez, G. (2004). Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. (Editorial Muralla Vol I. 3ª edición) Madrid.

Pérez-Bilbao, J., & Fidalgo-Vega, M. (1996). NTP 394 : Satisfacción laboral : escala general de satisfacción. Ministerio de Trabajo y asuntos sociales. España. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. Recuperado a partir de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_394.pdf

Pérez-Sanchez, R., & Viquez-Calderón, D. (2010). Los grupos de discusión como metodología adecuada para estudiar las cogniciones sociales. *Actualidades en psicología*, 23-24(10-111), 87-101.

Peydró-Navarro, C. (2015). Calidad de vida, trabajo y salud en los profesionales sanitarios: Un estudio en el Hospital General Universitario de Alicante. Tesis doctoral. Universidad de Alicante.

Ping-yi, L., Maclennan, S., Hunt, N., & Cox, T. (2015). The influences of nursing transformational leadership style on the quality of nurses ' working lives in Taiwan : a cross-sectional quantitative study. *BMC Nursing*, 14(33), 1-9. <http://doi.org/10.1186/s12912-015-0082-x>

Piñeiro-Fraga, M. (2013). Estrés y factores relacionados en el personal sanitario de hospitalización psiquiátrica : un estudio de prevalencia. *Enfermería Global*, (31), 125-150.

Pogrányivá, H., López, A. G., Martínez, P., Fer, P., Paz, D. M., Magíster, D. U. E., ... Toledo, V. (2011). Evaluation of the professional quality of life of geriatric nurses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Enfermeria Global, 24, 145-157.

Porcel-Galvez, A. M., Martínez-Lara, C., Gil-Garcia, E., & Grao-Cruces, A. (2014). Construcción y validación del cuestionario g _ clinic. *Revista Española de Salud Pública*, 88, 419-428.

Porter, C. A., Kolcaba, K., McNulty, S. R., & Fitzpatrick, J. J. (2010). The Effect of a Nursing Labor Management Partnership on Nurse Turnover and Satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 40(5), 205-210.
<http://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181da40a5>

Portero de la Cruz, S., & Vaquero Abellan, M. (2015). Desgaste profesional , estrés y satisfacción laboral del personal de Introducción Métodos. *Revista Latino-Americana. Enfermagem*. Forthcoming. <http://doi.org/10.1590/0104-1169.0284.2586>

Puello-Viloria, Y., Quintero-Ramírez, N., Canova-Barrios, C., Camargo-Mejía, Y., Amaya-Hernández, L., Guzmán-Galván, Y., & Cervantes-Polo, S. (2014). Calidad de vida percibida por el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos de una clínica privada de la ciudad de Santa Marta. *Investigacion Enfermeria Imagen y Desarrollo*, 16(1), 87-99. <http://doi.org/10.11144/Javeriana.IE16-1.cvpp>

Quezada, F., Sanhueza, A., & Silva, F. (2010). Diagnóstico de la calidad de vida laboral percibida por los trabajadores de cuatro servicios clínicos del complejo asistencial «Dr. Víctor Ríos Ruiz» de los Ángeles. *Horizontes empresariales*, 9(1), 55-68.

Quintana-Zavala, M. O. (2014). Calidad de vida en el trabajo, personal de enfermería. secretaria de salud pública, Hermosillo-México. Tesis doctoral. Universidad de Concepción, Chile.

Quintana-Zavala, M. O., & Paravic-Klijn, T. M. (2014). Quality of work life in nursing staff. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(2), 302-306. <http://doi.org/10.5935/0034-7167.20140041>

Quintana-Zavala, M. O., Sáez-Carrillo, K., Figueroa-Ibarra, C., Garcia-Puga, J. A., Salazar-Ruibal, R. E., Valle-Figueroa, C. (2016). Calidad de vida laboral de

enfermeras de un hospital privado. *Revista de Ciencias Biológicas y de la Salud*, 34-38.

Raile Alligood, M., & Marriner Tomey, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería* (Elsevier E). Barcelona.

Raile Alligood, M., & Marriner Tomey, A. (2011a). La Teoría del confort. En *Modelos y Teorías en Enfermería* (Elsevier E, pp. 706-721). Barcelona.

Raile Alligood, M., & Marriner Tomey, A. (2011b). Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería. En *Modelos y Teorías en Enfermería* (Elsevier E, pp. 137-164). Barcelona.

Raile Alligood, M., & Marriner Tomey, A. (2011c). Filosofía y teoría de cuidado transpersonal de Watson. En *Modelos y Teorías en Enfermería* (Elsevier E, pp. 91-112). Barcelona.

Raile Alligood, M., & Marriner Tomey, A. (2011d). Marco de sistemas de interacción y teoría intermedia de la consecución de objetivos. En Elsevier España (Ed.), *Modelos y Teorías en Enfermería* (pp. 286-308). Barcelona.

Ramió Jofre, A. (2005). Valores y actitudes profesionales Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona.

Real Decreto (8 de noviembre de 2001). Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y Ordenación de la actividad profesional de enfermería. Boletín oficial del estado. (Real decreto 1231/2001) Recuperado a partir de <http://www.boe.es/boe/dias/2001/11/09/pdfs/A40986-40999.pdf>.

Registered Nurses Association Toronto. (2006). Entornos de trabajo saludables: Desarrollo y mantenimiento del liderazgo en enfermería. RNAO. Recuperado a partir de http://rnao.ca/sites/rnaoca/files/Desarrollo_y_mantenimiento_del_liderazgo_en_enfermeria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Registered Nurses Association Toronto. (2008). Entornos de trabajo saludables: Salud laboral, seguridad y bienestar de la enfermera. RNAO. Recuperado a partir de http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Salud_laboral_seguridad_y_bienestar_de_la_enfermera.pdf

Rivera-Ávila, D. A., Rivera-Hermosillo, J. C., & González-Galindo, C. (2016). Validación de los cuestionarios CVP-35 y MBI-HSS para calidad de vida profesional y burnout en residentes. *Investigación en Educación Médica*. <http://doi.org/10.1016/j.riem.2016.05.010>

Rodríguez-Marín, J. (2010a). Calidad de vida laboral en profesionales de la salud. *Revista de Calidad Asistencial*, 25(6), 318-320. <http://doi.org/10.1016/j.cali.2010.09.002>

Rodríguez-Marín, J. (2010b). Quality of working life of health professionals. *Revista de calidad asistencial*, 25(6), 318-320. <http://doi.org/10.1016/j.cali.2010.09.002>

Rodríguez-Ruiz, Ó. (2005). La Triangulación como Estrategia de Investigación en Ciencias Sociales. *Revista de Investigación en Gestión de la Innovación y Tecnología*, (31), 1-11.

Rogero-Anaya, P. (2005). Aplicación del Modelo de las Características del Puesto a través del SNJCI (Índice de Características del Trabajo de Enfermería) y JDS (Cuestionario de Análisis y Rediseño de Puestos) en Profesionales de Enfermería. Universidad de Málaga.

Roqueta-Egea, F., Tomás-Vecina, S., & Chanovas-Borras, M. R. (2011). Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias : resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Emergencias*, (23), 356-364.

Ruzafa-Martínez, M., Madrigal-Torres, M., Velandrino-Nicolás, A., & López-Iborra, L. (2008). Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 434-442. <http://doi.org/10.1157/13126924>

Sacco, T., Ciurzynski, S., Harvey, M., & Ingersoll, G. (2015). Compassion

Satisfaction and Compassion Fatigue Among Critical Care Nurses. *Crit Care Nurse*, 35(4), 32-43.

Salazar-Estrada, J., Guerrero-Pupo, J., Machado-Rodriguez, Y., & Cañero-Andalia, R. (2009). Clima y cultura organizacional: dos componentes esenciales en la productividad laboral. *Acimed*, 20(4), 67-75.

Salazar-Maya, A., & Martínez-de Acosta, C. (2009). Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. *Avances en Enfermería*, XXVI(2), 107-115.

Salvadores, P., Schneider, J., & Zubero, I. (2001). Theoretical and perceived balance of power inside Spanish public hospitals. *BMC Health Services Research*, 1(9).

San Martín-Cantero, D. (2014). Teoría fundamentada y Atlas . ti: recursos metodológicos para la investigación educativa. *Revista electrónica de Investigación Educativa*, 16, 104-122.

Sánchez-Rueda, G. (2013). Las emociones en la práctica enfermera. Tesis doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona.

Sanchis-Gomez, E. (2004). Concepciones del trabajo de las ambigüedades medievales a las paradojas actuales. *Cuadernos de relaciones laborales*, 22(1), 37-65.

Sancho, S., Vidal, C., Cañellas, R., Cladés, M., Corcoll, J., & Ramos, M. (2002). Análisis de situación y propuestas de mejora en enfermería de atención primaria de Mallorca: un estudio con grupos focales. *Rev. Esp. Salud Pública*, (76), 531-543.

Santillana-Garcia, A. (2010). Evidencia para determinar el impacto de la designación de hospital imán sobre la práctica en enfermería y los resultados de los pacientes. *Best Practice Information Sheet*, 14(11), 1-4.

Sarella-Parra, L., & Paravic-Klijn, T. (2002). Satisfacción laboral en enfermeros que trabajan en el sistema de atención médica de Urgencia (SAMU). *Ciencia y Enfermería*, 8(2), 37-48. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532002000200005>.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería.*, (2), 9-21.

Seguel-Palma, F., Valenzuela-Suazo, S., & Sanhueza-Alvarado, O. (2015). El trabajo del profesional de enfermería: Revisión de la literatura. *Ciencia y Enfermería XXI*, (2), 11-20.

Segurado, A., & Agulló, E. (2002). Calidad de vida laboral: hacia un enfoque integrador desde la Psicología Social. *Psicothema*, 14(4), 828-836.

Serrano-Gallardo, P., & Parro-Moreno, A. (2015). Entornos de trabajo e impacto en salud. *Medicina y Seguridad del trabajo*, 61(240), 311-313.

Siles-González, J., & Solano-Ruiz, C. (2007). El origen fenomenológico del «cuidado» y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la enfermería. *Cultura de los cuidados*, Año XI(21), 19-27.

Simón-García, M., Blesa-Malpica, A., Bermejo-Pablos, C., Calvo-Gutierrez, M., & De Enterría-Pérez, C. (2005). Estresores laborales y satisfacción en la enfermería de una unidad de críticos. *Enfermería Intensiva*, 16, 3-14.

Sosa-Cerda, O., Cheverría-Rivera, S., & Rodríguez-Padilla, M. (2010). Calidad de vida profesional del personal de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 18(3), 153-158.

Strauss, A. & Corbin, J. (1990): *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory, procedures and techniques*. Sage Publications. Newbury Park, CA.

Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. (Editorial Universidad de Antioquia). Medellín, Colombia.

Sveinsdóttir, H., Biering, P., & Ramel, A. (2006). Occupational stress, job satisfaction, and working environment among icelandic nurses: cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 43(7), 875-89.

Tan, T., & Waheed, A. (2011). Herzberg's motivational-hygiene and job satisfaction in the Malaysian retail sector: Mediating effect of love of money. *Asian Academy of Management Journal*, 16(1), 73-94.

Tapp, D., Stansfield, K., & Stewart, J. (2005). La autonomía en la práctica de enfermería. *Aquichan*, 5(1), 1-11.

Thofehm-Buss, M., López-Montesinos, M. J., Amestoy, S., Porto, A., Bettin, A. C., Fernandes, H., ... Mikla, M. (2014). Trabajo en equipo : visión de los enfermeros de un hospital de Murcia/ España. *Enfermeria Global*, (36), 223-237.

Toh, S., Ang, E., & Mk., D. (2012). Systematic review on the relationship between the nursing shortage and job satisfaction, stress and burnout levels among nurses in oncology/haematology settings. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 10(2), 12-41.

Tomás-Sábado, J., Sánchez-López, C., Maynegre-Santaulària, M., Porcel-Navarro, V., Abad-Isidro, R., & Llacuna-Tor, A. (2011). Estructura factorial de la Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP-35) en enfermeras de Atención Primaria. *Psicologia.com*, 48, 1-7.

Tomás-Sábado, J., & Fernández-Donaire, L. (2002). Estrés laboral en los profesionales de Enfermería hospitalarios. *Metas de enfermería*, (45), 6-12.

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357.

Troncoso, M. P., & Suazo, S. V. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm*, 20(4), 499-503.

Ucha, F. (2008). Personalidad. Definición ABC. Recuperado a partir de url: <https://www.definicionabc.com/social/personalidad.php>

Urbina-Baltodano, A., & Victoria-Mori, F. (2013). Satisfacción laboral y calidad de vida profesional de las enfermeras del hospital regional docente de Trujillo. 2009.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Revista Científica In Crescendo, 4(1), 121-131.

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

Valles, M. S. (2001). Ventajas y desafíos del uso de programas informáticos (e.g.ATLAS.ti y MAXqda) en el análisis cualitativo. Una reflexión metodológica desde la grounded theory y el contexto de la investigación social española. Departamento de Metodología de la Investigación da Universidad Complutense de Madrid, Seminario, 1-26.

Vasilachis de Gialdino, I. (2006). Estrategias de Investigación cualitativa. (E. Gedisa, Ed.) (Primera ed). Barcelona.

Vázquez ML, Ferreira MR, Mogollón AS, Fernandez MJ, Delgado ME, V. I. (2006). Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. (Universidad Autónoma de Barcelona servei de Publicacions, Ed.). Barcelona.

Vega-Martínez, S. (2001). NTP 603: Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (I). Ministerio de trabajo y asuntos sociales

Vijier-Moreno, F. J., & Huertas Barros, E. (2010). El grupo de discusión como técnica de investigación en la formación de traductores: dos casos de su aplicabilidad. *Entreculturas*, 2, 181-196.

Villarín-Castro, A., Méndez-García, T., Zuzuárregui-Gironés, M. S., Sánchez-Serrano, S., & Conejo-Ocaña, R. (2015). Calidad de vida profesional en trabajadores del área de atención primaria de Toledo. *Rev Calidad Asistencial*, 30(1), 4-9.

Vítolo, F. (2012). Relación médico-enfermera. *Biblioteca virtual Noble*, (1), 1-11.

Walker, S., & Rosser, R. (1988). Quality of Life, Assessment and Application: Proceedings of the Centre for Medicines Research Workshop Held at the CIBA Foundation. (M. Press, Ed.) (March 3rd). London.

Wu, S., Li, H., Tian, J., Zhu, W., Li, J., & Wang, X. (2014). Health-related quality of

life and its main related factors among nurses in China. *Ind Health*, 49(2), 158-65.

Zas Ros, B. (2002). La satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud. *Revista electrónica Psicología científica*. Recuperado a partir de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-80-la-satisfaccion-como-indicador-de-excelencia-en-la-calidad-de-los-servicios-de-s.pdf>

XI. ANEXOS

ANEXO 1: Resolución de la comisión de investigación de la FPHAG.


Hospital General de Granollers
Hospital Universitari
Fundació Privada Hospital Asil de Granollers

Comissió de Recerca

INFORME DE LA COMISSIÓ DE RECERCA

La Dra. Diana Navarro Llobet, Cap de l'Àrea de Recerca i Innovació de la Fundació Privada Hospital Asil de Granollers, i actuant com a presidenta de la Comissió de Recerca de la institució,

RACTIFICA

- Que el títol final del projecte de tesis doctoral és "*Calidad de vida profesional en enfermería: hacia la búsqueda del confort enfermero*" proposat per la **Sra. Leandra Martín Delgado** de l'Àrea de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia de l'Hospital General de Granollers.
- Que la Comissió de Recerca va emetre un certificat després d'avaluar l'estudi favorablement a la sessió del dia 21 de Gener de 2016.

Granollers, a 6 de juny de 2017



Dra. Diana Navarro
Presidenta de la Comissió de Recerca

Àrea de Recerca i Innovació: Av. Francesc Ribas, sn. 08402 Granollers. T. 938 425 000 ext. 2825 recerca@fhag.es

1

ANEXO 2: Cuestionario utilizado en el estudio.

1. EDAD

.....Años

2. SEXO

Hombre Mujer

3. AÑOS DE ANTIGÜEDAD APROXIMADOS EN EL CENTRO

< 4 Años

De 5 a 10 años

De 11 a 15 años

De 16 a 20 años

De 21 a 25 años

>26 años

4. CATEGORIA PROFESIONAL

Diplomada Universitaria d'Infermeria o Grado enfermeria

Auxiliar de Enfermeria

5. AREA DE TRABAJO

Medicina interna y 2aC

Cirugia general y especialidades

Traumatología

Maternidad

Pediatría

UCI

Urgencias

Área quirúrgica

Atención ambulatoria

Cargo de gestión.

Sala de partos

Geriatría

Sociosanitario y residencia

Perfil correturnos*

Otros

**Correturnos*: hace referencia a profesionales que trabajan en varios servicios

5. TURNO DE TRABAJO

- Mañana Tarde Noche "Partido"
Distribución irregular de la jornada Guardias

6. SITUACIÓN CONTRACTUAL

- Indefinido Temporal

7. TIPO DE JORNADA

- Planificada Variable

8. SITUACIÓN FAMILIAR:

- Vive en pareja Vive solo Otros

10. NUMERO DE HIJOS QUE CONVIVEN EN EL DOMICILIO

_____ Hijos

11. EDADES DE LOS HIJOS

Edad hijo1 _____ Edad hijo 2 _____ Edad Hijo 3 _____
Edad hijo 4 _____ Edad hijo 5 _____ Edad hijo 6 _____

FAMILIARES QUE VIVEN EN EL DOMICILIO SOBRE LOS QUE SE TIENE RESPONSABILIDAD.

12. Número de familiares autónomos _____
13. Número de familiares dependientes _____
14. Número de familiares institucionalizados _____

14. SITUACIÓN LABORAL DE LA PAREJA:

- Trabaja fuera de casa En paro
Trabaja desde casa Jubilado o discapacitado
No aplica

ANEXOS

CVP-35

La siguiente escala contiene una serie de cuestiones relacionadas con tu trabajo. Te pedimos que, en cada una de ellas, señales con una X el número que mejor refleja tu situación personal, de acuerdo al criterio siguiente: «nada» (valores 1 y 2); «algo» (valores 3, 4 y 5); «bastante» (valores 6, 7 y 8) y «mucho» (valores 9 y 10)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Cantidad de trabajo que tengo										
2. Satisfacción con el tipo de trabajo										
3. Satisfacción con el sueldo										
4. Posibilidad de promoción										
5. Reconocimiento de mi esfuerzo										
6. Presión que recibo para mantener la cantidad de mi trabajo										
7. Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo										
8. Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo										
9. Motivación (ganas de esforzarme)										
10. Apoyo de mis jefes										
11. Apoyo de mis compañeros										
12. Apoyo de mi familia										
13. Ganas de ser creativo										
14. Posibilidad de ser creativo										
15. Desconecto al acabar la jornada laboral										
16. Recibo información de los resultados de mi trabajo										
17. Conflictos con otras personas de mi trabajo										
18. Falta de tiempo para mi vida personal										
19. Incomodidad física en el trabajo										
20. Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito										
21. Carga de responsabilidad										
22. Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto										
23. Tengo autonomía o libertad de decisión										
24. Interrupciones molestas										
25. Estrés (esfuerzo emocional)										
26. Capacitación necesaria para hacer mi trabajo										
27. Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual										
28. Variedad en mi trabajo										
29. Mi trabajo es importante para la vida de otras personas										
30. Es posible que mis respuestas sean escuchadas y aplicadas										
31. Lo que tengo que hacer queda claro										
32. Me siento orgulloso/a de mi trabajo										
33. Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud										
34. Calidad de vida de mi trabajo										
35. Apoyo de los compañeros (si tienes responsabilidad directiva)										

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN ENFERMERÍA: HACIA LA BÚSQUEDA DEL CONFORT ENFERMERO

Leandra Martín Delgado

ANEXOS

ANEXO 3: Calendario de sesiones realizadas a los profesionales para la información y difusión del estudio



Hospital General de Granollers
Fundació Hospital Asil de Granollers

DIRECCIÓ D'INFERMERIA

Projecte de recerca: *“Qualitat de vida professional d’infermeria. Cercant el confort infermer”*.

Unitat Hospitalització	Data	Hora	Lloc
Unitat de cures intensives	8 d'abril	09:00 a 09:45h 15:00 a 15:45 h	Sala de treball de la UCI
Medicina interna	11 d'abril	13:30 a 14:15h 14:30 a 15:15 h	Peixera de la 6 C
Cirurgia i especialitats	12 d'abril	13:30 a 14:15h 14:30 a 15:15 h	Peixera de la 5 C
COT Segona C	13 d'abril	13:30 a 14:15h 14:30 a 15:15 h	Peixera de la 4 C
UGA	18 d'abril	13:30 a 14:15h 14:30 a 15:15 h	Sala de dia 4a B
Materno infantil Pediatria i Sala de Parts	20 d'abril	13:30 a 14:15h 14:30 a 15:15 h	Peixera de la 3 C
Àrea quirúrgica	13 d'abril	21:15 a 22:00h	Sala reunions Àrea quirúrgica
Àrea quirúrgica	15 d'abril	8:00 a 8:30h	Sala reunions Àrea quirúrgica
Àrea ambulatoria	21 d'abril	8:00 a 8:30h	Sala reunions H. dia Onco-hematològic
Àrea ambulatoria	22 d'abril	8:45 a 9:15	Office 2a Planta CCEE
Centre Geriàtric	22 d'abril	13:30 a 14:15h 14:30 a 15:15 h	Sala de dia 4a planta CG
Àrea d'urgències	26 d'abril	13:30 a 14:15h 14:30 a 15:15 h	Sala de treball
TORN de nit A	12 d'abril	01:00 a 01:45h 02:00 a 02:45 h	Aula Paranimf
TORN de nit B	13 d'abril	01:00 a 01:45h 02:00 a 02:45 h	Aula Paranimf

A càrrec de: La Sra. **Leandra Martín Delgado**, *infermera investigadora*.

Granollers, 7 d'abril de 2016

ANEXO 4: Modelo de hoja de consentimiento informado para el estudio cuantitativo.

Benvolguts/des,

Soc Leandra Martín Delgado, infermera assistencial durant 17 anys a la **Fundació Hospital Asil de Granollers**.

El meu propòsit és doctorar-me en el Programa de Doctorat en Ciències de la Infermeria de La universitat Rovira i Virgili de Tarragona, per tant, he buscat un estudi que em motivés i aportés quelcom a la disciplina infermera, per aquest motiu , estic interessada en fer l'estudi : **“Calidad de vida profesional en enfermería: hacia la búsqueda del confort enfermero.”**

En conseqüència necessito una recollida de dades del personal d'infermeria,: auxiliars d'Infermeria i infermeres, del centre.

Pretenc estudiar quin es el nivel de qualitat de vida profesional de la Infermera, y la seva relació amb els factors que hi influeixen. L'estudi consta de dues fases, una quantitativa, mitjançant un qüestionari i una segona fase qualitativa mitjançant grups de discussió amb el personal d'infermeria.

Per a la realització de la primera fase de l'estudi, he seleccionat el *Cuestionario de Calidad de Vida profesional* CVP-35 unit a un questionari de dades sociodemogràfiques i laborals d'interés per l'estudi. Es pot contestar en 10 minuts.

Els demano la **seva col·laboració amb la complimentació i difusió** del questionari i els convido a participar en l'estudi de forma anònima i confidencial El període de recollida serà fins el 30 de juliol de 2016.

Els resultats de l'estudi en el marc de la meva Tesi Doctoral, seran reportats públicament un futur proper.

Agraeixo per endavant el seu temps, interès i participació, resto a la seva disposició per qualsevol aclariment.

Leandra Martín Delgado
Nº col 37485
Lea.martin.delgado@gmail.com

Jo _____ participant de l'estudi i de manera lliure

1. Confirmo haver llegit i entés la informació. He tingut l'oportunitat de formular preguntes i he estat respost satisfactòriament.
2. Sóc conscient de la naturalesa i abast d'aquest estudi, així dels drets que tinc.
3. Declaro participar de manera voluntària

Participant.

Lloc i data:

ANEXO 5: Modelo de hoja de consentimiento informado para el estudio cualitativo.

Autor principal: **Leandra Martín Delgado**

Nombre del centro: Fundació Hospital Asil de Granollers

Contacto: 639519502

lmartin@fhag.es

Título del estudio :“**Calidad de vida profesional en enfermería: hacia la búsqueda del confort enfermero.** “

Información al participante:

El objetivo del estudio es **Describir el fenómeno de Calidad de vida laboral percibida por los profesionales de enfermería .**

Una primera fase del estudio consta de una investigación cuantitativa para determinar el nivel de la calidad de vida profesional, mediante la realización de un cuestionario. La segunda fase del estudio, precisa la realización de grupos de discusión con el personal de enfermería, para conocer la percepción del fenómeno de calidad de vida profesional enfermera.

La sesión con el grupo de discusión será grabada y transcrita para facilitar su análisis. En cualquier momento de la sesión podrá y está en el derecho de abandonarla, así como si el investigador abandona siendo informado/a de la eventualidad. Los resultados, incluida la transcripción de la misma serán transmitidos y corregidos en caso de error. Será informado del proceso del estudio.

Yo _____ participante del estudio y de manera libre,

1. Confirmando haber leído y entendido la información. He tenido la oportunidad de formular preguntas y he sido respondido satisfactoriamente.
2. Soy consciente de la naturaleza y alcance de este estudio, así de los derechos que tengo.
3. Declaro participar de manera voluntaria.

Participante.

Nombre del entrevistador.

Lugar y fecha:

ANEXO 6. Hoja de recogida de datos de los participantes

PARTICIPANTES	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
Edad										
Sexo										
Profesión (Enfermera/ Auxiliar Enferm.)										
Unidad/ Servicio										
Turno										
Años de experiencia										
Situación contractual										
Situación familiar										
Hijos a su cargo										
Familiares a su cargo										

