



TESIS DOCTORAL

**Estudio de Satisfacción Laboral y Estrategias de Cambio
de las Enfermeras en los Hospitales Públicos de Badajoz y Cáceres**

MARÍA DEL MAR PABLOS GONZÁLEZ

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN



AÑO DE LECTURA

2016



TESIS DOCTORAL

**Estudio de Satisfacción Laboral y Estrategias de Cambio
de las Enfermeras en los Hospitales Públicos de Badajoz y Cáceres**

MARÍA DEL MAR PABLOS GONZÁLEZ

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

Conformidad del Director:

Fdo.: Sixto Cubo Delgado

AÑO DE LECTURA

2016

*Lo importante no es lo que nos hace el destino,
sino lo que nosotros hacemos de él.*

Florence Nightingale

A mí familia

AGRADECIMIENTOS

A D. Sixto Cubo Delgado, director de la tesis, sin cuya orientación, dedicación y actitud crítica, esta investigación no habría sido posible. He recibido de él un continuo apoyo en los períodos en el que el desanimo me impulsaba a abandonar.

A mi familia, por su constante ánimo, especialmente a José Ignacio, por mi falta de atención en algunos momentos; a Nuria, mi hermana, por su asesoramiento que, como enfermera, conoce las alegrías y sinsabores de esta profesión.

A mis compañeros de la Escuela de Enfermería del SES, con los que he compartido tantas horas de trabajo, alegrías y tristeza y a los que considero no solo grandes compañeros, sino también mis amigos. Gracias a Pepa Benavente por embarcarme en este proyecto; gracias a José Mariano Fernández y Joaquín Chaves, por la atenta lectura de este trabajo y las revisiones y aportaciones para la mejora del mismo.

A las enfermeras de los hospitales de Badajoz y Cáceres, cuya colaboración de forma desinteresada ha sido fundamental para la consecución de dicho estudio. De manera especial a Sol, Carlos, Teresa, Amelia y Luisa.

A José Luis Fernández, referente informático a quién he acudido para resolver mis dudas.

A todos muchísimas gracias.

ÍNDICE

1. Introducción	13
2. Fundamentación teórica	
2.1 Visión histórica de la Enfermería	21
2.2 La Enfermería en el momento actual	37
2.3. Tipología de los hospitales	49
2.4. Satisfacción laboral	55
2.5. Satisfacción laboral en Enfermería	87
3. Estudio empírico	
3.1. Objetivos	121
3.2. Hipótesis	121
3.3. Población y muestra	122
3.4. Diseño	124
3.5. Técnicas e instrumentos	125
3.6 Resultados	
3.6.1. Análisis descriptivo.	138
3.6.2. Análisis de relación entre variables	162
3.6.3. Análisis inferencial	175
3.6.4. Grupos de discusión	203
4. Conclusiones	237
5. Bibliografía	249
6. Anexos	263

Introducción

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. Justificación.

El objetivo general de este estudio ha sido analizar el grado de satisfacción laboral de las enfermeras asistenciales que desempeñan su trabajo en los hospitales públicos de las dos capitales de provincia de la Comunidad Autónoma de Extremadura, pertenecientes al Sistema Extremeño de Salud.

El interés de este trabajo es contribuir a la mejora de la calidad asistencial, así como de la satisfacción laboral de las enfermeras que desarrollan su trabajo en estos hospitales.

Psicólogos y sociólogos han mostrado gran interés en el tema de la satisfacción laboral, debido a los cambios que se han ido produciendo en la sociedad industrial y preocupados por la adaptación de los trabajadores a los nuevos métodos de trabajo y la incorporación de las nuevas tecnologías en los mismos.

La satisfacción en el trabajo es importante en cualquier tipo de profesión, no solo en términos del bienestar que desea la persona, sino también en términos de productividad y calidad.

Para el estudio y análisis de la satisfacción laboral deben contemplarse los abordajes multidimensionales, ya que existe gran variedad de factores que intervienen en ella, como el equipo directivo y de gestión, los compañeros, las condiciones ambientales, el cansancio, etc.

La satisfacción la define el diccionario de la Real Academia Española, en su quinta acepción, como “Confianza o seguridad del ánimo”.

La idea de la teoría de las necesidades de Maslow (1991), es que el trabajo ayuda a satisfacer las necesidades primarias, pero también ayuda a cumplir las de orden superior, consiguiéndose así el bienestar para el individuo.

La teoría bifactorial de la satisfacción formulada por Herzberg (1959), señala que la satisfacción laboral solo puede venir generada por factores motivadores o intrínsecos al sujeto, entre los que se encuentran, obtención de reconocimiento, ser creativo en el trabajo, posibilidad de desarrollo... y la insatisfacción debido a factores higiénicos o extrínsecos, como, política de la compañía aspectos técnicos de la supervisión, salario,...

Koontz y Weihrich (2004), apuntan que la satisfacción se refiere al gusto experimentado una vez cumplido un deseo o una meta, es un resultado ya experimentado.

Las personas están obligadas a adaptarse continuamente a una variedad de situaciones para satisfacer sus necesidades y mantener un equilibrio emocional.

La satisfacción laboral se puede considerar por tanto, como el conjunto de actitudes generales de la persona hacia su trabajo. En este sentido, el trabajo puede ser causa de felicidad y bienestar en la persona, o todo lo contrario.

La satisfacción de los trabajadores puede estar relacionada con: la labor que desempeña, su dedicación, considerando esta como la parte central de su vida, la lealtad con la empresa, participando activamente en ella, estado de ánimo, este puede cambiar de negativo a positivo en espacios cortos de tiempo.

Robbins (2004) alude que los determinantes y consecuencias de la satisfacción laboral pueden ser abordados desde un punto de vista individual o desde la organización; para él los dos más importantes son, los años de carrera profesional y las expectativas laborales. De tal manera que el grado de satisfacción aumenta conforme lo hace la edad, aunque esta tendencia se invierte en edades cercanas a la jubilación. Sin embargo, frecuentemente, aparece también bajo grado de satisfacción en aquellos trabajadores con antigüedad comprendida entre seis meses y dos años, relacionado principalmente con el incumplimiento de expectativas personales influidas.

Estas expectativas de trabajo pueden estar influenciadas por las opiniones o información que reciben de otras personas, el personal de selección y/o por los propios conocimientos en cuanto a las condiciones laborales.

Cualquier adaptación a un cambio puede ser causa de estrés. Existen factores personales y factores estresantes en el trabajo, a saber, cambios en horarios, mayor responsabilidad, problemas con superiores, sobrecarga de trabajo, peligro físico...

El estrés se caracteriza por altos niveles de excitación y angustia, con la sensación de no poder afrontar la situación en su puesto de trabajo.

Un hospital es uno de los entornos laborales más estresantes, el personal de Enfermería debe afrontar el estrés en situaciones de vida o muerte, con grandes sobrecarga de trabajo, lo cual conlleva importantes esfuerzos físicos y mentales.

En la actualidad, los nuevos registros de Enfermería con aplicaciones informáticas y otras innovaciones de esta índole pueden resultar estresantes, mostrando dudas sobre la formación personal para trabajar con ellas, problemas de adaptación, incremento en las cargas de trabajo, mayor supervisión sobre el trabajo realizado, etc. Llegando el trabajador, en algunos casos, a encontrarse insatisfecho en su actividad laboral.

Como indica Marriner (1996), las personas, además, crean su propio estrés de modo innecesario, algo que resulta imposible de evitar. Un elemento estresante es cualquier cosa que un individuo perciba como amenaza. El estrés sin aliviar, interviene en la propia satisfacción física y mental. Después del suceso de estrés la persona recupera su estado de equilibrio.

Algunos síntomas de estrés son fatiga, depresión, tendencia a llorar, irritabilidad, inseguridad, pérdida de interés por las personas y en las cosas, falta de concentración, dolores de cabeza... La cantidad de estrés necesario, antes de que se manifiesten síntomas, varía dependiendo de diferentes factores como: herencia, hábitos, personalidad, enfermedades pasadas, crisis previas y los mecanismos de defensa. Las personas educadas, inteligentes y creativas implicadas en tareas de dirección corren un alto riesgo de acabar "quemadas"(p. 430).

El síndrome de burnout surge como consecuencia del estrés laboral. Arrogante (2014) informa, que investigaciones sobre el estrés laboral indican que las personas con contacto directo con pacientes, clientes, usuarios o alumnos, cuyas exigencias desbordan la capacidad de actuación del profesional, presentan múltiples problemas de salud, tanto físicos como mentales, desarrollando en un período de tiempo más o menos variable el llamado síndrome de burnout ("síndrome de estar quemado", "síndrome de quemarse por el trabajo", "síndrome de la quemazón" "síndrome del estrés laboral asistencial" "síndrome de desgaste profesional" p. 182).

Rubio (2003) en su tesis, registra la idea de Gillespies, el cual expresa la necesidad urgente de incrementar el conocimiento del síndrome por los altos costos que supone a escala individual y organizacional.

Sugiere la necesidad de seguir investigando con el fin de delimitar bien las relaciones entre las dimensiones del burnout, identificar cómo se desarrolla el proceso de quemarse por el trabajo, para mejorar los instrumentos de medida existentes, y para desarrollar programas de prevención e intervención de carácter individual, grupal y organizacional (p.17).

Ya existen investigaciones del burnout en profesiones concretas, acotando el problema y mejorando las propuestas de actuación y modos de intervenir en los distintos perfiles profesionales.

1.2. Estructura.

El apartado de *Fundamentación Teórica*, contiene un repaso sobre la visión histórica de la Enfermería, desde los primeros cuidadores hasta el nacimiento de la Enfermería

moderna, con Florence Nightingale como precursora de la profesionalización de la Enfermería; los comienzos de la Enfermería organizada a finales del siglo XIX, fundándose la British Nurse Associations y el Consejo Internacional de Enfermería.

También, dentro de este capítulo, se hace referencia a la evolución de la Enfermería en España, desde la creación de la primera escuela de enfermeras en 1896, hasta la incorporación de los estudios de Enfermería en la universidad, asumiendo incluso las enfermeras la responsabilidad de formar a sus propios profesionales y la implantación de los planes de estudios según los acuerdos de Bolonia.

Cumpliendo la Ley de Ordenación de la Profesiones Sanitarias (44/2003), las funciones que desarrollan las enfermeras en la actualidad son: asistencial, docente, administrativa e investigadora.

Con el Real Decreto 450/2005, se regulan las siete especialidades que pueden cursar los profesionales de Enfermería y obtener el título de Enfermero Especialista.

La tipología y clasificación de los hospitales también requiere un apartado especial, ya que estos han presentado cambios importantes, tanto a nivel arquitectónico, como de gestión y cualificación del personal que trabaja en ellos.

En esta revisión teórica, se describen las diversas teorías sobre satisfacción y motivación laboral, así como las fuentes de estrés personal y cómo es explicada por diversos autores.

Se narra, cómo existen determinadas situaciones laborales que pueden llegar a producir el denominado síndrome de burnout, y cómo, este término, guarda relación con la insatisfacción.

Para completar la revisión teórica, se explican algunos instrumentos utilizados para evaluar la satisfacción laboral.

En el *Estudio Empírico*, figuran los objetivos e hipótesis que se han formulado para el desarrollo del trabajo, así como la población, muestra y las técnicas e instrumentos de recogida de datos.

La investigación se desarrolla en el ámbito sanitario en área de Atención Especializada (hospitales), ya que el 80% de las enfermeras ejercen su profesión en este medio.

La investigación ha sido desarrollada desde la perspectiva de la metodología cuantitativa, con un diseño descriptivo en el que se utiliza como instrumentos de recogida de datos cuantitativos y cualitativos: cuestionario y grupos de debate.

El tercer bloque engloba *Los Resultados*, realizando análisis descriptivos, interacción entre variables y análisis inferencial para contrastar empíricamente las hipótesis de trabajo formuladas.

Además, dentro de este apartado, se recogen las opiniones realizadas por las enfermeras en el grupo de discusión, sobre la percepción que tienen sobre su ámbito de trabajo.

En las conclusiones se cotejan los datos obtenidos en este trabajo con otras investigaciones de similares características.

Este estudio asume un gran interés por diversas razones:

- Permite conocer la percepción que los profesionales de Enfermería tienen del ámbito de trabajo y observado desde diferentes dimensiones que intervienen en la satisfacción laboral.
- Examinar qué factores son susceptibles de provocar insatisfacción laboral.
- Determinar estrategias de cambio que se adecuen a las necesidades de las enfermeras.

Esto ayudará, a los gestores sanitarios, a contar con elementos objetivos para mantener un adecuado entorno laboral y poder abordar aquellos que sean susceptibles de cambio.

Es necesario prevenir la aparición de la insatisfacción en el personal de Enfermería, pues realizar el trabajo de forma insatisfecha puede repercutir directamente en el cuidado de los pacientes y en la propia salud de las enfermeras.

Una satisfacción elevada de las enfermeras en el trabajo es lo que desean los gestores de los hospitales, ya que esto aporta mayor índice de productividad.

1.3. Objetivos e Hipótesis.

Objetivo General:

Determinar el grado de satisfacción laboral de las enfermeras asistenciales, que trabajan en los hospitales públicos de las ciudades de Badajoz y Cáceres. Transferir los resultados a sus órganos gestores.

Objetivos Específicos:

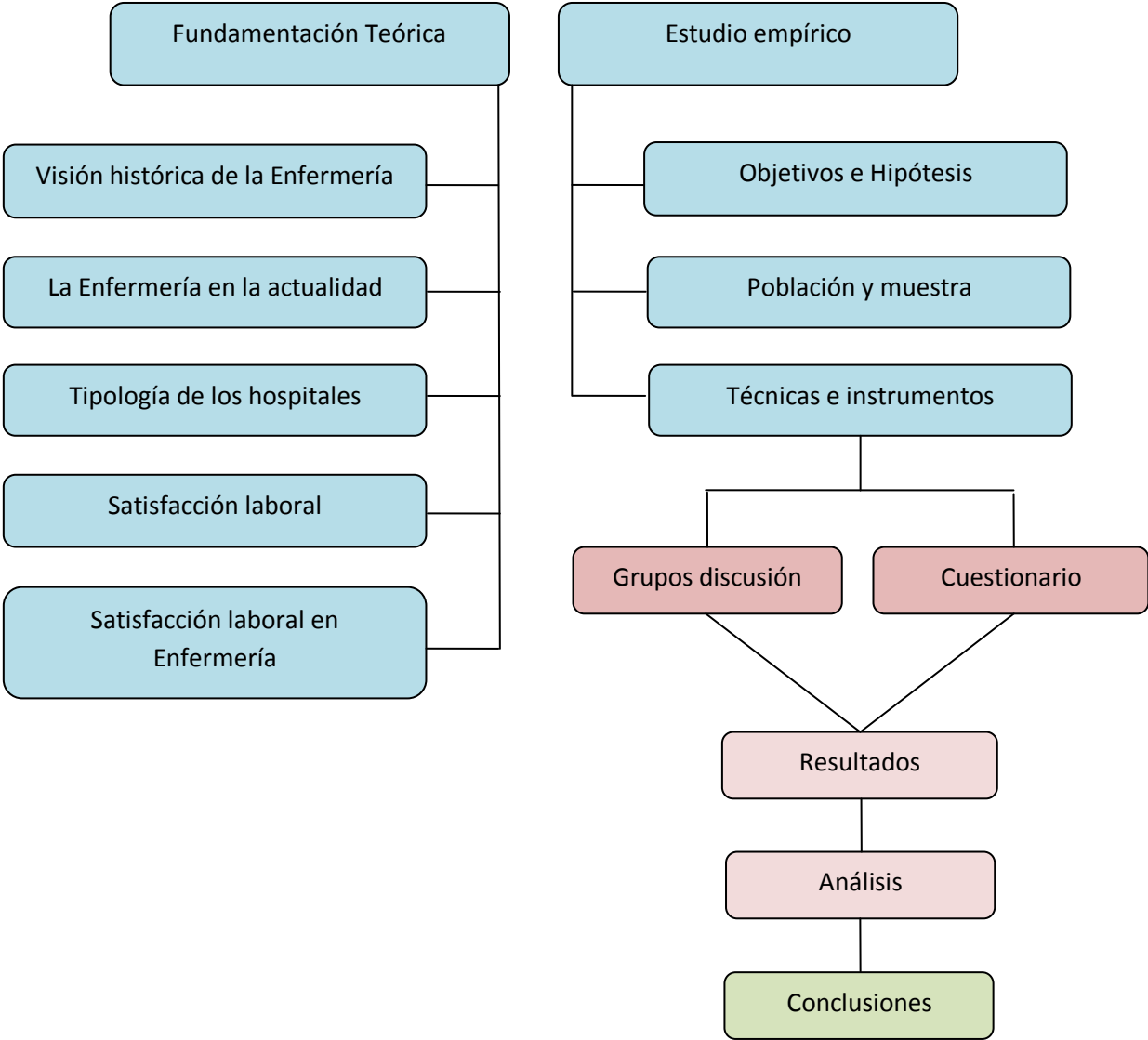
1. Comprobar si existen diferencias entre las distintas instituciones sanitarias.
2. Identificar las variables que inciden en dicha satisfacción laboral.

3. Conocer la percepción que los profesionales de Enfermería tienen sobre el Plan de Formación Continuada que se imparte en el hospital que trabajan.
4. Transferir el conocimiento a las instituciones implicadas.

Las nueve hipótesis de trabajo son:

1. A mayor tiempo trabajado en el puesto actual, menor estrés.
2. Las Unidades en las que la organización y el puesto de trabajo están bien definidos muestran mayor satisfacción entre el personal de Enfermería.
3. La participación y toma de decisiones de las enfermeras con el responsable de las Unidades es mayor cuanto menor es el número de camas que tiene un hospital.
4. Los profesionales de Enfermería que prestan cuidados en Unidades Quirúrgicas manifiestan mayor índice de estrés.
5. La comunicación y coordinación con otras Unidades del hospital es mejor cuanto menor es el número de camas que tiene este.
6. A medida que aumenta la edad del personal aumentan las dificultades para adaptarse a los recursos informáticos del hospital.
7. Las enfermeras con contrato eventual laboral tienen una percepción más negativa de la formación recibida para desempeñar correctamente su trabajo que las estatuarías fijas.
8. El grupo de edad entre 25 y 35 años encuentra que en su actividad diaria existen aspectos susceptibles de mejora que otros grupos de edad.
9. Existen diferencias en cuanto a la satisfacción dependiendo del hospital.

Estudio de satisfacción laboral y estrategias de cambio de las enfermeras en los Hospitales públicos de Badajoz y Cáceres.



2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

2.1. Visión histórica de la Enfermería.

2.1.1. Orígenes de la Enfermería.

El estudio de la historia y evolución de la Enfermería es fundamental para comprender la situación en la que se encuentra la profesión dentro de la sociedad y la disciplina en cuanto a la construcción de su cuerpo de conocimientos.

La Enfermería ha ejercido una gran influencia sobre la vida de las personas a lo largo de la historia; para comprender la situación actual de la Enfermería, debemos conocer los hechos del pasado. Para esto he tomado como referencia los textos de Donahue (1988), Hernández (1995), García y Martínez (2001).

Hay que tener en cuenta que la apreciación de la salud y la enfermedad es distinta en las diferentes etapas de la sociedad, determinada por los valores, creencias, cultura, economía y otros factores sociales, que influyen en el hombre en un período determinado.

Desde una perspectiva histórica, habría que decir que la Enfermería y los cuidados han sido necesarios desde la aparición del hombre en la tierra. Los hombres como todos los seres vivos, han tenido siempre necesidad de cuidados, porque cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo permitir que la vida continúe y se desarrolle y luchar contra la muerte. Durante miles de años, los cuidados no fueron propios de un oficio, y aún menos de una profesión. La asistencia a la salud se realizaba de manera intuitiva, como forma de lucha contra la enfermedad, siendo una actividad presente en todas las sociedades.

2.1.2. Los primeros cuidadores.

Todo lo que se ha escrito sobre la actividad de las enfermeras ¹ en la prehistoria es mera conjetura basada en los descubrimientos de los arqueólogos, antropólogos y estudiosos de la prehistoria.

La Enfermería se puede decir que tiene sus orígenes en “el hogar” ya que desde el principio de los tiempos las mujeres han cuidado de los niños y de otros miembros de la comunidad que estuvieran enfermos.

¹ Se utilizará el término enfermera para referirnos a aquellas personas que ejercen la profesión de Enfermería, independientemente de su sexo biológico.

También existía la figura del sanador, conocido con distintos calificativos como chamán, brujo, curandero etc. con poderes que solían considerarse hereditarios, de padres a hijos, y una vez heredados se comenzaba la instrucción por parte del más viejo al nuevo chamán.

Para las civilizaciones antiguas, la enfermedad era una maldición, un castigo de los dioses y dirigido contra los individuos, las familias y los pecadores. Con el paso del tiempo se aceptaron dos ideas como causa de la enfermedad: la enfermedad era debida al enfado de los dioses o eran consecuencia de causas naturales.

2.1.3. Civilizaciones antiguas.

La civilización egipcia; es de la que más conocimiento se tiene gracias a sus documentos escritos en papiros o en piedra, y se refieren a épocas que van hasta el año 3.000 a.C. Los egipcios creían que la salud y la enfermedad eran designios de los dioses, dándole un carácter sobrenatural a estos aspectos.

En documentos históricos de la India (Donahue, 1988), se hace referencias frecuentes a los enfermeros y una descripción del concepto de equipo de cuidado de salud, definiendo a la enfermera como conocimiento de la forma en que debe prepararse o combinarse los medicamentos para su administración, astucia, dedicación al paciente al que se atiende y pureza (tanto de la mente como del cuerpo), son las cuatro cualidades de la enfermera.

En la antigua China, la salud se consideraba como el resultado de un estado de armonía del espíritu consigo mismo y con el universo. Para ellos la naturaleza estaba regida por la dualidad básica del Yin y el Yang, el primero negativo y femenino y el segundo positivo y masculino, el desequilibrio entre estas dos energías originaría la enfermedad. Las "salas de curación", estaban situadas junto a los templos, donde los enfermos acudían a orar para recobrar la salud.

La Grecia Clásica, considera a Hipócrates como el "Padre de la Medicina", en sus escritos abarca casi todos los aspectos de la Medicina: anatomía, fisiología, diagnóstico... también en ellos se relata con minuciosidad lo que ahora llamamos Enfermería citando al asistente como el colaborador del médico.

En la Roma antigua fueron pioneros en los avances de salud pública; crearon los desagües, los acueductos, las cloacas, pero rayaron la perfección con los baños, tanto con fines terapéuticos (calientes y fríos) como para limpieza. Los cuidadores de los hospitales eran los nosocomi que actuaban como enfermeros.

2.1.4. El mundo cristiano.

En el mundo cristiano, el cuidado de los enfermos fue una de las formas de caridad adaptadas por la iglesia. Los *Cuidados de Enfermería* se institucionalizan basándose en un concepto de ayuda que se podría denominar “vocacional, cristiano, caritativo”.

En la zona occidental de Europa, las instituciones de “Los Cuidados de Enfermería” se ubicaron en los monasterios rurales, las casas de caridad y pequeñas hospederías.

En el Imperio Bizantino se construyeron hospitales, como el de Constantinopla, Alejandría, Antioquía entre otros, con funciones claramente definidas en base a la arquitectura que poseen. Se trata de edificios destinados a epilépticos, ancianos y para recibir a peregrinos. La labor del cuidado de los enfermos se recompensó económicamente, como lo demuestran los salarios que percibían las “enfermeras”, en el último cuarto de la tercera centuria, en el monasterio de Lips en Constantinopla. El salario anual del médico era de 16 monedas de oro y el del farmacéutico de 12, mientras que la enfermera jefe recibía 14 y el resto de las enfermeras 10 monedas de oro (Hernández, 1995).

2.1.5. Periodo medieval de la historia.

La Enfermería se convirtió en una actividad de penitencia como medio hacia la purificación, un trabajo que exigía un esfuerzo sin recompensa terrenal. La caridad considera al enfermo como prójimo.

Entre los recintos principales de los monasterios se encontraba la enfermería y el herbario. Se cree que eran las diaconisas o monjas las que atendían a las mujeres y los monjes a los hombres.

En el mundo árabe, los médicos se formaban en escuelas instaladas en las mezquitas. Se construyeron grandes hospitales en Alejandría, Damasco, Bagdad y El Cairo.

Hacia la mitad del siglo XI al ocupar los turcos Jerusalén, los cristianos de occidente se unieron a los bizantinos y crearon Las Cruzadas. Estas, la formaban grandes expediciones dirigidas a conquistar Tierra Santa, la componían miembros del clero, aventureros, personas piadosas, etc. Al ser viajes que duraron largos periodos de tiempo, se creó la necesidad de construir hospitales en las rutas utilizadas por los cruzados y peregrinos, provocando una demanda de personal sanitario encargado de socorrer a los heridos, fundándose así, diversas organizaciones para el cuidado de los enfermos.

Los hospitales cristianos se construyeron en el interior de las ciudades, junto a los monasterios o catedrales. Su fin principal era la caridad y la misericordia con el pobre y el enfermo, destinados a las clases sociales más desprotegidas.

La fundación hospitalaria más antiguas de las que tenemos constancia en España fue en Mérida (Badajoz) en el año 580 d.C.

En Francia, el hospital, Hotel de Dieu de Lyon, fundado en el año 542 d C., estaba regentado por laicos, siendo sus primeras enfermeras mujeres viudas y penitentes. El Hotel de Dieu de París, fundado en el año 651 d.C. en el que se fundó la Orden de las Agustinas.

En Roma, se fundó en el año 717 d.C. el Hospital del Santo Espíritu, fue uno de los más importantes; llegando a tener casi mil camas, contaba con pabellones para hombres y para mujeres.

En Londres en el año 936 se funda el hospital de Santa Catalina y San Bartolomé, continua prestando servicios en la actualidad, fue acreditado como centro de enseñanza de la Enfermería y la Medicina.

Los hospitales fueron pasando del control eclesiástico al seglar. Se edificaban principalmente para el cuidado de los pobres, con salas demasiado grandes.

2.1.6. La Edad Moderna.

Se produce una serie de circunstancias sociales, políticas y económicas que va a repercutir en la forma de vida y la salud de las personas, en la Medicina y en la Enfermería.

El mundo católico, a diferencia del protestante, confió el cuidado de los enfermos a las órdenes religiosas, considerando esta tarea como un deber cristiano, por lo que dichos cuidados eran administrados por hombres y mujeres que habían tomado los hábitos religiosos. Se fundaron órdenes religiosas con el fin específico de ejercer la Enfermería, siendo los más destacados: Los Hermanos de San Juan de Dios, Orden de la Visitación de María, Hermanas de la Caridad...

El cuidado de los enfermos en el Nuevo Mundo fue abordado según las directrices que los colonizadores estaban acostumbrados a seguir en sus países de origen.

Los enfermos eran cuidados por sus familias, de ahí que la creación de hospitales no ocurrió hasta 1731; sin embargo, la ausencia de una ayuda sistematizada, favoreció la creación de Escuelas para Enfermeras, como la del Hospital de Pensilvania (1878). El

ámbito Protestante al alejarse de la actividad caritativa, se acerca a la “profesionalización”.

2.1.7. La Edad Contemporánea.

Los dos siglos que comprenden esta etapa son el XIX y el XX.

Se considero la salud como un derecho del hombre y que la asistencia médica no pudiera ser un acto curativo individual, sino un derecho del trabajador.

Durante estos dos siglos hay que destacar el gran avance en las ciencias, sobresaliendo entre otros Pierre y Marie Curie (1895), descubridores del radio y el físico Röntgen, descubridor de los rayos X, así como el aislamiento de la insulina, realizado por Banting y Best en 1921.

El español Severo Ochoa, junto con Kornberg, con el que compartió el Premio Nobel de Fisiología y Medicina en 1959, realiza la síntesis del Ácido Ribonucleico (ARN), asentándose el concepto del Código Genético.

En el campo de la microbiología destacan, Louis Pasteur que investigó sobre la vida y las acciones de los microorganismos, Eberth, que aisló el bacilo productor de la fiebre tifoidea, Rober Kock, el bacilo de la tuberculosis y un año más tarde el del cólera y Flügge que descubrió las gotitas que llevan su nombre como medio de contagio respiratorio.

En el apartado de la Medicina, Freud formula sus teorías sobre el psicoanálisis y las neurosis sexuales, Darwin investigó sobre el origen de las especies, Gregor Mendel descubrió las leyes genéticas que regulan las características dominantes y recesivas en los híbridos, Fleming descubrió la penicilina, cuya importancia radica en la aplicación de este antibiótico en la lucha contra la infección y Santiago Ramón y Cajal, que obtuvo el Premio Nobel de Medicina en 1906, por descubrir los mecanismos que gobiernan la morfología y los procesos conectivos de las células nerviosas.

Es un periodo que destaca por sus inventos y descubrimientos de gran utilidad para la Medicina, entre los que destacan el electrocardiógrafo, el estetoscopio, el laringoscopio, el oftalmoscopio, el esfigmomanómetro y la jeringa hipodérmica. Se adoptó la esterilización por vapor y en el campo quirúrgico se comienza a utilizar la anestesia.

El hospital, cuya función había sido puramente asistencial, se completó con la docencia, al hacerse obligatoria las prácticas para los estudiantes de Medicina.

2.1.8. El nacimiento de la Enfermería moderna.

Durante el siglo XIX existe un interés por el progreso de la Enfermería, pero con diferentes corrientes, unos defendían el sistema avalado por los aspectos religiosos y otros lo hacían pensando en enfermeras remuneradas y preparadas.

Esto dio lugar a una serie de cambios iniciándose así la Enfermería moderna y la profesionalización de la actividad de cuidar.

- Teodoro Fliedner (1800-1864) y su esposa, fundaron el instituto de Diaconisas de Kaiserswerth que centraban su atención en el cuidado de los enfermos. Abrieron un pequeño hospital con una Escuela de formación para Diaconisas.

Las enseñanzas, tanto teóricas como clínicas eran impartidas por médicos, donde las enfermeras debían cumplir las órdenes de este, por considerarse como único responsable del resultado final.

El programa de formación de Enfermería constaba de:

- Preparación en Enfermería Hospitalaria, que duraba tres años, incluía una rotación por los distintos servicios con los que contaba el hospital: salas de hombres, mujeres, niños, convalecientes y enfermedades infecciosas.
 - Formación en Enfermería Domiciliaria.
 - Aprendizaje teórico y práctico del cuidado de los enfermos.
 - Adquisición de conocimientos farmacéuticos.
 - Preparación en ética y doctrina religiosa.
- Florence Nightingale (1820-1910) es considerada la pionera de la profesionalización de la Enfermería. Nació en Florencia (Italia), de ahí su nombre, pero realizó toda su actividad en Inglaterra.

Desde joven quería dedicarse a la Enfermería, pero sus padres se opusieron, considerando deshonrosa la ocupación de enfermera para su hija.

Fue autodidacta, adquiriendo los conocimientos visitando hospitales. Debido a su posición social contactó con personas influyentes que residían en el extranjero y así conoció a Fliedner y se matriculó en su instituto. Viajó a Grecia, Roma, Egipto..., aprendiendo in situ qué se estaba haciendo en lo referente al cuidado de los enfermos.

Se le encomendó el trabajo de supervisar el hospital de Escutari en Turquía. Las condiciones eran deplorables, no había agua, jabón ni toallas. Los soldados yacían prácticamente desnudos o con uniformes harapientos y llenos de manchas de sangre. Además de las heridas, los soldados sufrían infecciones, congelación, infestación de piojos y enfermedades asociadas a las malas condiciones higiénicas, incluso algunos morían de inanición. No había mesas de quirófano ni anestesia.

Lo primero que hizo fue organizar el saneamiento del hospital, creó cocinas, lavandería, salas de lectura. Por la noche hacía ronda en solitario y observaba el estado de los pacientes más delicados con una lámpara. Su éxito fue el descenso del índice de mortalidad en solo 6 meses.

En Crimea había dos hospitales militares y bien a caballo o en un carruaje proporcionado por el ejército, cubría la distancia entre ambos. Estuvo visitando el frente y los hospitales hasta que contrajo la “fiebre de Crimea” que la llevó al borde de la muerte.

Finalizada la Guerra de Crimea (1856) volvió a Inglaterra, donde fue recibida por la Reina Victoria y condecorada con la cruz de San Jorge. El pueblo inglés le entregó el fondo recogido por suscripción entre los soldados de Crimea y donaciones de la población con el que se formó la Fundación Nightingale.

En 1860 crea una Escuela de formación de Enfermeras, que se instaló en el hospital Santo Tomás, por reunir estos los requisitos para la enseñanza clínica. Las alumnas estaban sometidas a una disciplina y vigilancia, con el fin de garantizar a los padres la buena reputación de sus hijas. El período de formación era de un año, considerándose como parte del personal del hospital durante un período de dos años. Una vez finalizado este se enviaba un informe de cada alumna al Comité del Fondo, que se encargaba de facilitarle empleo en un hospital.

La obra literaria de Florence Nightingale es amplia, destacando:

- Notas sobre hospitales.
- Administración de los hospitales ingleses.
- Notas sobre Enfermería, qué es y qué no es.

Notas sobre Enfermería, relata las conclusiones obtenidas de la observación y reflexión sobre el cuidado del enfermo.

Entre sus aportaciones en el ámbito de la disciplina enfermera destacan:

- El iniciar la búsqueda de un cuerpo de conocimientos propios de la Enfermería.
 - Organizar las enseñanzas y la educación de la profesión.
 - Fue la primera en escribir sobre la disciplina enfermera.
 - Organizó la Enfermería militar.
 - Utilizó la estadística, la epidemiología y saneamiento dentro de la Enfermería.
- La Cruz Roja Internacional. Otro estímulo para la reforma de la Enfermería culminó con la creación de la Cruz Roja Internacional, fundada en 1863 por el suizo Henry Dunant, la idea le surgió al presenciar los horrores de la batalla de Solferino la más sangrienta entre Francia y Austria, comprobando que los heridos no eran atendidos, los muertos no se enterraban y las condiciones de los soldados eran inhumanas. Dunant reclutó a agente de la localidad para que proporcionara la ayuda o cuidados de Enfermería que le fuera posible. A la vuelta de su viaje, denunció a los gobiernos de varios países europeos la situación de los soldados en tiempos de guerra, publicando su experiencia en la prensa para que la sociedad estuviera enterada y tomara conciencia de los hechos. A continuación hizo un llamamiento a varios gobiernos europeos para crear un organismo internacional que brindara ayuda voluntaria de Enfermería en los campos de batalla. En 1863 se reunió en Ginebra un Congreso Internacional para estudiar la forma de conseguir voluntarios dispuestos a servir en caso de otra guerra. Esta reunión tuvo como fruto la creación del Comité Internacional de la Cruz Roja, que continua funcionando actualmente. Al año siguiente, representante de dieciséis naciones firmaron el *Tratado de Ginebra*, en el que figuraba que los hospitales militares debían ser respetados por todos los ejércitos como zona de seguridad. Su personal (médicos, enfermeras, etc.) debía ser considerado neutral, ya que atendía sin perjuicio a los heridos de todas las nacionalidades. Cada país debía crear su propia sociedad de voluntarios. Se estableció un emblema único, que es la bandera blanca con la cruz roja como homenaje a Henry Dunant (la bandera suiza con los colores invertidos). El emblema se modificó para los países musulmanes con la media luna roja y los israelitas utilizan la estrella de David.

A Henry Dunant se le concedió el Premio Nobel de la Paz y donó su importe a la Cruz Roja.

La sección sanitaria de la Cruz Roja es muy extensa. También existe la sección de Enfermería dirigida por enfermeras.

2.1.9. La Enfermería organizada.

La Enfermería moderna era aún muy joven cuando unas cuantas lideresas con visión de futuro impulsaron el movimiento hacia los desarrollos de tipo organizativo. Estas líderes comprendieron que un grupo siempre es más fuerte que un individuo, que una organización puede conseguir cosas que un individuo jamás alcanzaría y que la unión hace la fuerza. La preocupación de estas enfermeras fue doble: la protección del público frente a las enfermeras mal preparadas y la falta de una estandarización de la formación enfermera.

- British Nurses Association.-El primer intento de establecer una organización de enfermeras tuvo lugar en Inglaterra, Mrs. Bedford Fenwick comenzó en 1887 una campaña a favor del registro de Enfermería. Estaba convencida de que eran necesarios unos estándares para poder mejorar la Enfermería y en 1888 fundó la British Nurses Association, siendo la primera en su estilo en todo el mundo y pretendía marcar unos modelos para mejorar la Enfermería, elevar la preparación y posición de las enfermeras y asegurarles el reconocimiento estatal. En 1892, obtuvo la acreditación real con el título de The Royal British Nurses Association.
- El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Creado en 1899, es la más antigua de todas las organizaciones internacionales para profesionales. Fue fundada por Mrs. Bedford Fenwick en colaboración con líderes de Enfermería de numerosos países. En 1900 se aceptaron los estatutos del consejo, y la primera reunión se celebró en la Exposición Mundial de Buffalo, Nueva York, en 1901. La pertenencia a este consejo está abierta a las asociaciones nacionales autogestionadas de enfermeras y no a personas individuales (como tal, es una asociación de asociaciones).

El CIE tiene como objetivos primordiales:

- Luchar para que la profesión sea autónoma.
- Mejorar los servicios de asistencia al individuo y la colectividad.
- Elevar el nivel y la ética educacional y profesional.
- Favorecer la situación socioeconómica de las enfermeras.
- Fomentar la cooperación y amistad entre las enfermeras de todo el mundo.

Las ventajas que ofrece el CIE son:

- Obtener un reconocimiento oficial, a nivel internacional, de tipo profesional y educativo.
- Proteger los intereses de todos sus miembros.
- Estudiar y discutir los problemas nacionales que tengan relación con la profesión.
- Ofrecer medios de comunicación y contacto entre enfermeras de diversos países.
- Ayudar a que las enfermeras busquen la manera de completar su formación en el extranjero.
- Estimular el desarrollo de los diferentes grupos de la Enfermería, ocupándose de los problemas que atañen a la práctica de la profesión y a la legislación que la regula.

España es miembro del CIE a través de la Organización Colegial de Enfermería.

Cada cuatro años, el CIE realiza un congreso en un país distinto. El primero fue en Buffalo en 1901 y en España se celebró en Madrid en 1993.

- American Nurses Association (ANA). Se creó en 1911, es la organización profesional para las enfermeras registradas de los Estados Unidos, y pertenece al Consejo Internacional de Enfermeras. Sus objetivos se centran en defender unos estándares elevados para la práctica de la Enfermería, promover el bienestar de las enfermeras y mejorar sus condiciones generales de trabajo.
- Consejo General de Enfermería (CGE). Pertenece al ámbito nacional y es una organización de profesional con más 100 años de historia, que debido a los fines y funciones que le atribuye su Estatuto, aprobado por Real Decreto 1231, de 8 de noviembre de 2001, se constituye como el referente para la profesión de Enfermería, representando a un colectivo de doscientos mil colegiados.

Es el órgano integrador de los profesionales de Enfermería a los que aglutina en un grupo comprometido con la salud y el bienestar de los ciudadanos. Con este fin promueve el avance del ejercicio de la Enfermería hacia la calidad y la excelencia profesional, basados en criterios de ética, evidencia científica, autonomía y responsabilidad profesional.

Además de ser el órgano representativo de los Colegios Provinciales, el Consejo General tiene la potestad de representar al conjunto de la profesión tanto en el orden internacional como en el nacional.

Las normas básicas de esta organización son la Ley de Colegios Profesionales (Ley 2/1974, de 13 de febrero, en su actual redacción tras la Ley 7/1997, de 14 de abril) y los recientes Estatutos Generales, aprobados por Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre de 2001, en los cuales se recogen no solo la estructura corporativa, con los nuevos órganos del Consejo General y sus competencias, sino también los denominados principios básicos del ejercicio de la profesión de Enfermería.

De acuerdo con dicha normativa, corresponde al Consejo General de Enfermería:

- Ordenar, en el ámbito de su competencia y de acuerdo con la Constitución y las Leyes, el ejercicio de la profesión de Enfermería.
- Representar con carácter exclusivo a la profesión de Enfermería en el entorno nacional e internacional.
- Defender y proteger los intereses de los profesionales y de la Enfermería, ejerciendo la potestad disciplinaria y resolviendo los recursos que procedan.

1. Asociación Española de Enfermería Docente (AEED).- Fue creada el año 1979. Es una organización de ámbito nacional, formada históricamente por enfermeras de reconocido prestigio. La finalidad de la AEED es contribuir al desarrollo científico y profesional de la Enfermería, fundamentalmente desde el medio de la docencia, tanto en el nivel de grado como en el de postgrado y de la formación continuada.

Entre sus objetivos están:

- Promover el intercambio de experiencias y potenciar la comunicación entre las enfermeras docentes y las asistenciales, así como con los estudiantes, tanto en el marco de la atención Especializada como de la Primaria.
- Fomentar el desarrollo de trabajos científicos y su difusión.
- Establecer canales de comunicación con otras asociaciones enfermeras nacionales y extranjeras.

La Asociación anualmente organiza unas Sesiones de Trabajo, en las que se tratan temas de actualidad y relevantes para la Enfermería, y en ellas participan

enfermeras que ejercen en distintos terrenos de actuación (docencia, asistencia y gestión) y estudiantes de Enfermería.

2.1.10. Evolución de la Enfermería en España.

La primera referencia que existe sobre la formación del personal de Enfermería se encuentra en la “Ley de Instrucción Pública” el 9 de septiembre de 1857, una ley denominada popularmente como: "Ley Moyano" (Ministro que la promulgó esta Ley en aquel momento). Hace referencia a los títulos de practicante y de matrona o partera.

Las enfermeras fueron las que mayores dificultades encontraron para alcanzar el reconocimiento profesional, no instituyéndose el “Titulo de Enfermera” hasta 1915, (Real Orden de 7 de Mayo de 1915 sobre la formación de la enfermera) momento a partir del cual, la profesión se clasifica en: Practicantes. Matronas. Enfermeras.

A partir de esta fecha, el título de enfermera, al igual que el de practicante y el de matrona, se obtiene mediante un examen ante un tribunal constituido en la Facultad de Medicina.

Las enfermeras y los practicantes han tenido siempre unas funciones similares, pero las enseñanzas que recibían unas y otros tenían un enfoque distinto. Las enfermeras cursaban sus estudios en Escuelas dependientes de los hospitales y los practicantes lo hacían en las Facultades de Medicina. Las matronas tenían sus propios centros de formación, Las Escuelas de Parteras o Matronas, también vinculadas a hospitales maternos.

La Primera Escuela de Enfermería que se crea en España es la fundada en 1896 por el Dr. Federico Rubio Galí, (1827-1902) en Madrid, en el Instituto de Técnica Operatoria, bajo el nombre de Real Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría. Entre los requisitos exigidos a las aspirantes, el fundamental era profesar la religión católica, además de tener una edad comprendida entre los 23 y 40 años. Los estudios tenían una duración de dos años. Las enseñanzas teóricas eran impartidas por los médicos del hospital. Al finalizar los estudios se les otorgaba un certificado de aptitud que las capacitaba *como Enfermeras en Medicina y Cirugía*, Sellán (2009).

Hasta comienzos del siglo XX no se crean otras escuelas. La primera de ellas es la de la Cruz Roja en Madrid (1915), quedando constituido oficialmente el cuerpo de Damas Enfermeras de la Cruz Roja, mediante Real Decreto de 28 de febrero de 1917, al igual que el programa de estudios. La escuela del Montepío de “Santa Madrona”, la fundada por la Mancomunidad de Catalunya en Barcelona (1917) y La Casa de la Salud Marqués de Valdecilla en Santander (1929) entre otras.

Desde comienzos de siglo se van promulgando distintas normativas orientadas a una mejora en las condiciones de vida de la población. Por ello, fue necesario fundar diferentes instituciones de carácter sanitario y docentes tales como: Escuela Nacional de Puericultura (1923), Escuela Nacional de Sanidad (1925), Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras Sanitarias (1932).

En cuanto a las Escuelas de Matronas, la primera de la que se tiene referencia legal es la de la Casa Salud “Santa Cristina” de Madrid, que aprueba su Reglamento el año 1916.

Hacia finales del siglo XIX las primeras Reales Órdenes regulaban el ejercicio de la profesión. En 1941, se establece por Orden Ministerial las competencias de las enfermeras, indicando que el ámbito para desarrollar sus funciones era en instituciones de tipo religioso y patriótico. Su responsabilidad consistía en asistir a enfermos, proporcionando su aseo, la alimentación, la recogida de datos clínicos y la administración de medicamentos.

Una nueva Orden Ministerial en 1945, determinó que *“Las enfermeras en posesión del título oficial, están capacitadas y facultadas:*

- Para la asistencia de carácter familiar, aseo, alimentación, recogida de datos clínicos y administración de medicamentos a los enfermos. Estos servicios podrán realizarse tanto en el seno de instituciones de tipo asistencial como en el domicilio del enfermo.
- Para la asistencia de operaciones quirúrgicas, intervenciones y curas, ayudando a los médicos”.

Por Decreto de 27 de junio de 1952, se unifican los planes de estudio existentes hasta aquel momento, esto es, los de practicantes, enfermeras y matronas, en uno solo que otorgaba el título de Ayudante Técnico Sanitario (ATS). Significando para la Enfermería Española:

- Unificación en una sola titulación, de las tres carreras existentes hasta entonces.
- Elevación del nivel profesional. Los estudios previos exigidos se fijaron en cuatro años (Bachillerato Elemental) y la duración de los estudios de ATS en tres.
- Las enseñanzas tenían contenidos teóricos y prácticos, de cumplimiento obligatorio, debiendo seguir todas las Escuelas las directrices marcadas por el Ministerio de Educación Nacional, asegurándose así una enseñanza similar, con

un número determinado de horas teóricas que se complementaban con las prácticas correspondientes.

- Ampliación de la formación con las Especialidades. Se van estableciendo una serie de especialidades para proporcionar más amplia formación a los ATS, en alguno de sus campos de actuación. Entre estas queda englobada la antigua titulación de matronas, cuyos estudios pasan a ser una especialización de los Ayudantes Técnicos Sanitarios.

El nuevo título posibilitaba a los ATS para el ejercicio auxiliar de la Medicina con carácter general y para realizar, previa indicación o bajo dirección médica, las siguientes funciones:

- Aplicar medicamentos, inyecciones o vacunas y tratamientos curativos.
- Auxiliar al personal médico en las intervenciones de cirugía general y de las distintas especialidades.
- Practicar las curas de los operados.

Las escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios, surgieron como centros vinculados a las Facultades de Medicina, al amparo de la Ley de Ordenación Universitaria de 1943, vigente en aquel momento.

La máxima autoridad académica en el centro docente era el catedrático inspector, designado por el decano de la Facultad de Medicina a la que estaba vinculada la Escuela. La dirección correspondía a un médico y a una enfermera, con cargos de director y jefa de escuela respectivamente.

Existían escuelas femeninas y masculinas, haciéndose evidente las desigualdades entre ambas. Durante algunos años fue obligatorio para las alumnas estudiar en régimen de internado, sometidas a un estricto control de prácticas planificadas por la escuela. Sin embargo en las escuelas de ATS masculinos, eran los alumnos interesados los que solicitaban, a título personal, la autorización para realizar prácticas en determinados servicios.

En las especialidades también se reflejó la diferencia de sexo. A los ATS masculinos no les estaba permitido cursar la especialidad de Asistencia Obstétrica (matrona). No es hasta la promulgación de la Constitución Española de 1978 cuando los hombres pueden especializarse en esta área.

Hacia el último cuarto del siglo XX se produce, entre varios grupos de enfermeras españolas, una corriente de opinión basada en el interés por promover la Enfermería a

rango de disciplina, influenciada por el movimiento enfermero iniciado en otros países, principalmente Estados Unidos y Canadá.

El 4 de agosto de 1970, se promulga la Ley General de Educación contemplando en los estudios de Ayudante Técnico Sanitario dos posibilidades en su posterior desarrollo: o bien la estructuración en Formación Profesional de Segundo Grado o bien la integración en la Universidad, con rango de Escuelas Universitarias.

Prácticamente todos los grupos profesionales se inclinaron por esta segunda opción. En 1976 se crea la Comisión Interministerial para la reforma de los Estudios de ATS, integrada por representantes del Ministerio de Educación, Dirección General de Sanidad, Instituto Nacional de Previsión, Sindicato de Actividades Sanitarias y Consejo General de Ayudantes Técnicos Sanitarios que, tras un largo tiempo de trabajos, proyectos y negociaciones, los esfuerzos culminaron con la publicación en 1977, del Real Decreto 2128/1977 "Integración en la Universidad de las actuales Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería".

- En el artículo 1º señala que las Escuelas de ATS que pertenecían a las Facultades de Medicina se transformaran en Escuelas Universitarias de Enfermería.
- En el artículo 2º se menciona que las demás Escuelas pertenecientes a otros organismos (Seguridad Social, Cruz Roja...) deberán solicitar los permisos para transformarse en Escuelas Universitarias de Enfermería y convertirse en Escuelas Adscritas.

Muchas de las Escuelas se transformaron y otras desaparecieron.

La publicación del Real Decreto sobre integración motivó que la sección de Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos y Enfermeras del Consejo General crearan una Comisión compuesta por reconocidas enfermeras, con el fin de elaborar las directrices del Plan de Estudios, comprendiendo la descripción de funciones esenciales a cumplir por las enfermeras, áreas de conocimientos que debían impartirse y otros aspectos de la educación.

Una serie de problemas fueron surgiendo: Dado que hasta este momento los profesores habían sido titulados superiores y fundamentalmente médicos ¿quién iba a impartir la docencia? Este tema se resolvió por la Orden de 13 de Diciembre de 1978, por la cual se habilitaba a los ATS que habían realizado actividades docentes en las Escuelas de ATS para impartir docencia con una categoría de "Encargado de curso". Pese a la normativa legal hubo enormes dificultades en algunos centros para que los ATS impartieran docencia.

Las soluciones dependieron, en cada caso, de la predisposición y talante de los Titulados Superiores.

En algunas Escuelas desde la dirección del centro hasta la responsabilidad total de las materias de Enfermería fueron asumidas por los ATS, mientras que en otras, cambió formalmente el nombre pero no así la realidad de dirección, planificación y docencia de las enseñanzas, que seguía siendo impartida por otros profesionales.

El Real Decreto 111/1980 de 11 de enero y Orden de 15 de julio de 1980 establece un Curso de Nivelación de Conocimientos a efectos de la convalidación académica del Título de Ayudante Técnico Sanitario por el de Diplomado en Enfermería.

Dicho curso lo deberían realizar todos aquellos que en posesión del Título de ATS desearan convalidarlo por el de Diplomado en Enfermería.

El Ministerio de Educación encomendó a la Universidad Nacional de Educación a Distancia la planificación de este curso.

Esta titulación fue un requisito indispensable para ejercer la docencia y, por tanto, los profesores de las Escuelas se matricularon en todo el territorio nacional en la primera convocatoria.

El primer examen se realizó en Madrid a primeros de Junio de 1981 y los profesores que obtuvieron la calificación de "Apto" pudieron firmar las actas de los alumnos de la primera promoción de Diplomados en Enfermería.

2.2. La Enfermería en el momento actual.

2.2.1. Situación de la Enfermería en España.

El personal de Enfermería ha sido durante mucho tiempo un profesional en busca de identidad, vinculada y dependiente de otras profesiones en el ámbito de las llamadas ciencias de la salud.

Se ha entendido la actividad enfermera (y por ende sus conocimientos, técnicas y prácticas) como auxiliar, subsidiaria, secundaria de la actividad médica de curar o sanar.

Es evidente que a medida que nuestra estructura social se ha ido haciendo más compleja, las actividades de los miembros de la sociedad tienden a ser más especializados.

Actualmente se tiene conciencia de que la Enfermería es una profesión pues desarrolla funciones exclusivas y actividades que son complementarias pero con identidad propia.

El objetivo fundamental de la Enfermería, como una de las profesiones de la salud, será proporcionar unos cuidados de máxima calidad, contribuyendo así a elevar el nivel de salud y de bienestar de la población en un contexto de desarrollo social.

Las enfermeras han asumido la responsabilidad de formar a sus propios profesionales, de organizar y dirigir los servicios de Enfermería y de iniciar investigaciones encaminadas a incrementar su cuerpo disciplinar. En el campo asistencial los cambios también han sido importantes, desde realizar una actividad basada y centrada en la técnica, se ha pasado a utilizar una metodología lógica y racional utilizando el Proceso de Enfermería y la formulación de Diagnósticos Enfermeros.

A nivel Académico, hasta la nueva implantación de los Planes de Estudios según los acuerdos de Bolonia, la duración de los estudios de Diplomado en Enfermería estaba fijada en tres cursos académicos con un total de 4600 horas. El número de horas se fundamentó en el hecho de que en ese momento se preveía la incorporación a corto plazo de España en la Comunidad Económica Europea tal y como ocurrió en 1985.

La proporción total de horas entre teoría y práctica se establece en el cincuenta por ciento. Los motivos se debieron a la necesidad de asegurar que las experiencias prácticas (indispensables en la carrera) fueran suficientes para que el estudiante integrara en el campo práctico los conocimientos teóricos adquiridos. Por otro, el garantizar que poseyera las aptitudes y destrezas adecuadas, que sólo se obtienen mediante la observación de casos y la repetición de técnicas.

Las asignaturas y contenidos del plan de estudios están concebidos para formar a una enfermera capacitada para prestar cuidados integrales, tanto a nivel individual como grupal y en las diferentes situaciones de salud.

Los planes de estudios han sufrido modificaciones motivados por la necesidad de ajustarse a los cambios exigidos en las universidades pero mantienen su contenido inicial.

Las materias que se imparten en el actual currículo se dividen en grupos:

- Las referentes al marco conceptual de la profesión (Fundamentos de Enfermería, Historia de la Enfermería y Ética y Legislación Profesional).
- Las que estudian al hombre desde la perspectiva del proceso salud-enfermedad en etapas concretas del ciclo vital (Enfermería Infantil, Enfermería Maternal y Enfermería Geriátrica).
- Las que se refieren al cuidado de las personas en situaciones de salud-enfermedad (Enfermería Comunitaria).
- Las que estudian al hombre adulto en situaciones de enfermedad (Enfermería Médico-Quirúrgica y Enfermería Psiquiátrica).
- Las que sirven de apoyo y soporte para prestar cuidados integrales (Nutrición y Dietética y Farmacología Clínica).
- Las que preparan para ejercer otras funciones de la profesión (Administración de los Servicios de Enfermería y Metodología de la Investigación).

Con este currículo se consigue formar un enfermero generalista para desempeñar sus funciones tanto en el hospital como en el ámbito comunitario, dando a sus cuidados un enfoque científico, con una identidad propia dentro del equipo de salud y considerando el cuidado desde una perspectiva integral, en cuenta al hombre en sus aspectos fisiológicos, psicológicos, social, cultural, etc.

El tiempo ha demostrado que la formación de las enfermeras en el espacio universitario ha sido un factor clave en el desarrollo de la Enfermería y se puede decir que la española es una de las más vanguardistas, especialmente en la docencia y en la asistencia.

La Orden del 28 de febrero de 1985, modificó los Órganos Directivos de los hospitales, existiendo una Dirección de Enfermería, que en el organigrama se encuentra en el mismo nivel que la Dirección Médica. Estos cambios son llevados a cabo en los hospitales del Instituto Nacional de la Salud.

En la “Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud” de 28 de mayo de 2003, su capítulo III está dedicado a los profesionales de la sanidad, que constituyen un elemento esencial en la modernización y calidad del sistema sanitario español en su conjunto.

Sus Principios generales decretan entre otros:

- La revisión permanente de las enseñanzas y de la metodología educativa en el campo sanitario, para la mejor adecuación de los conocimientos profesionales a la evolución científica y técnica y a las necesidades sanitarias de la población.
- La actualización permanente de conocimientos, orientada a mejorar la calidad del proceso asistencial y garantizar la seguridad del usuario.
- La coordinación entre el sistema sanitario y el educativo.
- La cooperación con las comunidades autónomas. La asesoría técnica de las sociedades científicas y de las organizaciones profesionales.

En la Formación de pregrado establece:

- La Comisión de Recursos Humanos, atendiendo a las necesidades de la población, trasladará al Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y al Consejo de Coordinación Universitaria criterios para la adaptación de los planes de estudios conducentes a la obtención de los distintos títulos universitarios del ámbito de las ciencias de la salud, que conjuguen la adquisición simultánea de conocimientos, habilidades y actitudes y favorezca el trabajo en equipo multiprofesional y multidisciplinar.

En la Formación de posgrado dicta:

- La Comisión de Recursos Humanos supervisará los programas de formación de posgrado especializada, propuestos por las comisiones nacionales correspondientes, así como el número de profesionales necesarios en cada convocatoria. Para la determinación de este número deberá tenerse en cuenta los informes de las comunidades autónomas en relación a sus necesidades de personal especializado.

El campo de actuación de la enfermera profesional ha ido cambiando, también, de una asistencia centrada en la enfermedad, a ejercer la profesión abarcando diferentes aspectos. Las funciones de la Enfermería vienen reflejadas, al igual que la otras profesiones sanitarias, en la “Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias” BOE nº 280

de 21 de noviembre de 2003, a saber: asistencial, docente, administración e investigación.

- Asistencial: Es la más conocida y con la que más se identifican las enfermeras.

Las enfermeras desarrollan esta función a través del proceso de cuidar, que comprende:

- La recogida de datos sobre la persona y su entorno.
- Valoración de situaciones que se encuentran dentro del campo de la enfermería.
- Formulación de objetivos para el cuidado.
- Toma de decisiones sobre las acciones a realizar.
- Organización de los recursos disponibles.
- Evaluación de los resultados.

Sus objetivos en las personas sanas:

- Conservar la vida, la salud y el bienestar.
- Fomentar la salud y prevenir la enfermedad.

En los enfermos, la asistencia va dirigida a:

- Atender las necesidades básicas en los procesos patológicos.
- Proporcionar medidas destinadas a reducir las molestias y alcanzar el mayor grado de bienestar.
- Apoyar el proceso de adaptación mientras dura la enfermedad.
- Ayudar a mantener la motivación mientras se llevan a cabo los procedimientos necesarios para la recuperación de la salud.
- Ayudar a una muerte digna.

- Docente: Como se ha comentado anteriormente las enfermeras han asumido la responsabilidad de formar a sus propios profesionales. Empezando actividades encaminadas a tal fin.

Contempla la:

- Formación de profesionales de Enfermería en todos los niveles (básico, superior y especializado).
 - Formación continuada para favorecer el aumento de conocimientos, a través de cursos, conferencias, congresos, etc., que promuevan la permanente puesta al día y reciclaje del personal de Enfermería.
 - Formación de otros miembros del equipo para favorecer la calidad de sus prestaciones, en lo referente a los cuidados enfermeros y para el desarrollo de sus componentes.
- Administrativa: En todas sus categorías de actuación, tiene responsabilidades de planificación, organización y control de los servicios de Enfermería. Comparte la coordinación con otros profesionales del equipo sanitario.

Entre las actividades están:

- Planificación: prever lo que se va hacer.
 - Organización: establecer las relaciones del grupo para alcanzar los objetivos.
 - Dirección: guiar a los miembros del equipo para llegar al logro de los objetivos.
 - Control: observar y registrar el desarrollo del trabajo para poder establecer una comparación entre lo planificado y lo conseguido.
- Investigadora: La Enfermería como disciplina, tiene la obligación de profundizar en sus conocimientos de forma constante, como lo hace cualquier rama del saber.

Precisan investigar con el fin de incrementar el cuerpo de conocimientos enfermeros.

Los motivos para investigar son:

- Buscar soluciones a problemas planteados. Aportando un campo de conocimientos científicos y permitiendo que se desarrollen teorías.

- Aportar nuevos datos para decidir qué hay que enseñar.
- Profesionalizar la actividad enfermera con el desarrollo de sus conocimientos.
- Mejorar el servicio que presta a la sociedad.

En líneas generales las funciones que deberá cumplir el Diplomado en Enfermería son:

- Dispensar cuidados enfermeros a las personas sanas y enfermas, a la familia y a la comunidad, en el medio hospitalario y extrahospitalarios, orientando los cuidados hacia la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la reparación de la salud y la rehabilitación.
- Participar en el equipo de salud cumpliendo funciones propias de Enfermería.
- Contribuir a la formación de los distintos estamentos de personal de Enfermería.
- Investigar en el campo de la Enfermería.

La Ley de Reforma Universitaria (LRU) permite que los Diplomados en Enfermería se presenten a los concursos de profesores y accedan a los puestos de profesores titulares de Escuelas Universitarias, dado que la ley permitió la creación de los Departamentos de Enfermería.

El Real Decreto 450/2005 de 22 de abril regula las especialidades para el Diplomado en Enfermería y la obtención del título de enfermero especialista. Las nuevas especialidades aprobadas son:

- Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).
- Enfermería de Salud Mental.
- Enfermería Geriátrica.
- Enfermería del Trabajo.
- Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos.
- Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Enfermería Pediátrica.

El acceso para cursar las especialidades se lleva a cabo a través de un sistema de selección único para todo el estado español que consiste en un examen tipo test sobre contenidos

de información básica, dependiendo del número que se alcance en el examen se elige la especialidad deseada y el lugar donde se desee realizar.

El nombre que reciben los profesionales que consiguen la plaza en el concurso oposición es “Enfermeros Internos Residentes” (EIR). Durante los años de estudio, el residente está contratado por el Sistema Público de Salud, cuya relación contractual se establece con la Gerencia de Área correspondiente.

El Ministerio de Educación y Ciencia es el encargado de dictar las Directrices Generales Propias de cada una de las especialidades.

La formación de los especialistas se realiza en las Unidades Docentes coordinadas por las Escuelas de Enfermería.

Las Unidades Docentes están configuradas por los centros sanitarios acreditados para la formación de especialistas (hospitales y centros de salud) de la red pública del Servicio Nacional de Salud y una Escuela de Enfermería.

2.2.2. Situación de la Enfermería en Extremadura.

Con la Ley General de Sanidad (LGS) (1986), publicada en 1986, el modelo Sanitario Público Español consolida el proceso de transformación de un Sistema de Seguridad Social a un Sistema Nacional de Salud (SNS) cuyos principios básicos son la cobertura universal (libre acceso de todos los ciudadanos) y la financiación mediante impuestos.

Las principales consecuencias de la LGS han sido:

- Ampliar la cobertura hasta alcanzar casi la totalidad de la población.
- Establecer a partir de 1989 un nuevo marco de financiación del SNS. En 1986 las aportaciones del estado eran del 23,7%, frente a las cotizaciones sociales que representaban el 74,2%. En 1999 desaparece la financiación correspondiente a las cotizaciones sociales. En la actualidad, el 98% del gasto público sanitario total se financia mediante impuestos, mientras que el 2% restante hace referencia a pacientes con otro tipo de cobertura.
- Diseñar un nuevo modelo territorial al transferir las competencias en Sanidad a las comunidades autónomas. Este proceso, que ya habían iniciado Cataluña en 1981, Andalucía en 1984, Comunidad Valenciana y País Vasco en 1987, Galicia y Navarra en 1990 y Canarias en 1994, se ha consolidado en el resto de las comunidades autónomas (Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-La

Mancha, Castilla-León, Extremadura, Madrid, Murcia y La Rioja) una vez conseguidas las transferencias sanitarias en enero de 2002.

Recibir las de competencias en materia de salud y educación por parte de las comunidades autónomas, propiciadas por el Estado de las autonomías supuso un cambio en las estructuras tanto en la formación inicial de las enfermeras como en la estructura del sistema sanitario donde estas llevan a cabo su labor.

A nivel de salud la Comunidad Autónoma de Extremadura se hizo cargo de todas las obligaciones del INSALUD, incluidas las contraídas con anterioridad a la fecha de efectos de la transferencia.

Con respecto a la educación, y referido a la formación Enfermera, Martínez, y Pérez (2005), citan que debido al aumento de la población, las necesidades de asistencia y cuidados, hacen que la plantilla de profesionales sanitarios resulte escasa para cubrir la demanda. Esta situación genera que cada hospital abra su propia Escuela de ATS así en Badajoz, el hospital de la Cruz Roja inaugura su Escuela exclusivamente femenina el año 1967. El Instituto Nacional de Previsión crea las suyas, también femeninas en el Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres (1959), en la Residencia del Perpetuo Socorro de Badajoz (1972), y en el Hospital Don Benito-Villanueva (1975). Por otro lado en el año 1971 el Hospital Provincial de San Sebastián de Badajoz abre una propia, aunque esta es masculina. El total de Escuela se completa con las Escuelas de los Hospitales Psiquiátricos de Mérida en Badajoz y la de Plasencia en Cáceres.

Actualmente la Comunidad Autónoma de Extremadura posee cuatro Escuelas de Enfermería.

- Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina de Badajoz.
- Escuela Universitaria de Enfermería y Terapia Ocupacional de Cáceres.
- Centro Universitario de Mérida. (Badajoz).
- Centro Universitario de Plasencia (Cáceres).

2.2.3. Perfil de Enfermería en los hospitales.

Los hospitales proporcionan un servicio a los individuos cuando están enfermos y el tratamiento no puede ser administrado en casa o en los centros de salud.

La mayoría de las enfermeras profesionales trabajan en los hospitales, pero en ellos, su labor aunque mayoritariamente es asistencial, ejercen otras funciones.

El 17 de noviembre de 1960 se promulgó el decreto sobre el ejercicio profesional de ayudantes técnicos sanitarios, estableciendo las funciones y ámbito de ejercicio. Decreto que define el rol del ATS, determina que su actuación se realizará siempre bajo la dirección o indicación médica y enumera diferentes tareas en el área de asistencia curativa. Así pues, la práctica de los cuidados queda fijada sobre el rol y el ejercicio profesional centrado en la enfermedad. Define también las funciones del “auxiliar de clínica” centradas para ayudar y complementar la labor asistencial pero que en algunas instituciones al no existir personal titulado eran contratados para cubrir su ausencia.

En julio de 1962 con la Ley de Hospitales, se empezó hablar de coordinación y organización hospitalaria. La transformación y cambio que se inició en las instituciones sanitarias contribuyó en parte al proceso de profesionalización de quienes proporcionaban cuidados, ya que una de las primeras acciones de los hospitales fue conseguir que el personal sanitario responsable de los cuidados estuviera en posesión del título que le autorizase a ello.

En la década de los años setenta, un aspecto que puede considerarse importante en cuanto a la regulación de la práctica profesional es la puesta en vigencia, en 1972, del *Reglamento General para Régimen, Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social* y, en 1973, del *Estatuto del personal auxiliar sanitario titulado y auxiliar de clínica de la Seguridad Social*, que reguló la relación existente entre el INP (Instituto Nacional de Previsión) y el personal auxiliar sanitario titulado.

En los citados estatutos se clasifica al personal de Enfermería según su titulación; el servicio que presta a la Seguridad Social; su vinculación con la institución, trata asimismo de la fijación de plantillas, de la selección de personal y provisión de vacantes, de las diferentes situaciones del personal, de la jornada de trabajo y de las funciones, deberes e incompatibilidades.

El aspecto a resaltar es el de las funciones, donde se detallan las diferentes tareas a realizar, según las diversas categorías de personal de Enfermería. En el primer apartado se señala que deben ejercer las funciones de auxiliar del médico, cumplimentando las instrucciones que por escrito o verbalmente reciben del mismo en relación con el servicio.

Otra disposición de 1985 (BOE nº 55) reconoce como órganos unipersonales de dirección de los hospitales del INSALUD a: la Dirección de Enfermería, cuyas funciones se reflejan en su artículo 7 que a continuación se detallan:

- Ser responsable ante el director gerente del funcionamiento de los servicios de Enfermería, coordinando y evaluando las actividades de sus integrantes.
- Proporcionar y evaluar la calidad de las actividades asistenciales, docente e investigadoras desarrolladas por el personal de Enfermería.

- Todas aquellas funciones que con carácter general correspondan al director gerente y que este delegue en esta dirección.

Actualmente, en el ámbito hospitalario se han producido cambios importantes en la organización del trabajo.

La forma tradicional consistía en organizar el cuidado de los pacientes por tareas, es decir, una enfermera era responsable de hacer las técnicas invasivas, otra tenía el cometido de supervisar la alimentación y la eliminación, de modo que un mismo paciente podía ser atendido en un mismo turno por dos enfermeras.

Por tanto, la enfermera organizaba y distribuía el trabajo en relación con las tareas que debía llevar a cabo (curas, preparación de medicación, cambio de sueros, etc.) la enfermera prestaba cuidados a unos pacientes en función de las tareas que ese día tenía asignadas.

El primer objetivo de la Dirección de Enfermería en este momento es implantar en las distintas Unidades y Servicios un sistema de trabajo radicalmente distinto, en el que cada enfermera se responsabilice del bienestar de un determinado número de pacientes, desarrollando todas aquellas actuaciones necesarias para lograrlo (incluyendo las que el facultativo delegue) y dejando constancia escrita tanto en la situación de los pacientes en cada momento como de las actuaciones llevadas a cabo.

El objetivo es prestar cuidados de Enfermería integrales y continuados.

Los cambios en estos primeros momentos se centraron en:

- La asignación a cada enfermera de un grupo de pacientes, de modo que esta enfermera se responsabilice de todos los cuidados que estos requieran en lugar de realizar tareas aisladas.
- El establecimiento de un sistema de trabajo y un horario para todas las actividades que el personal de Enfermería realiza de forma autónoma en las Unidades, en virtud de su formación y capacitación profesional y sin precisar orden o autorización de otros profesionales para llevarlos a cabo.

El proceso de cuidados representa el medio de llevar a la práctica una serie de conceptos. Se trata de un proceso intelectual y deliberado, estructurado con arreglo a una serie de etapas ordenadas lógicamente, que se utiliza para planificar unos cuidados personalizados dirigidos al mayor bienestar de la persona.

La aplicación del proceso enfermero (UNED 1981) a su vez requiere no solo conocimientos sino también tener creatividad, elemento esencial para adaptar los

cuidados al continuo cambio de estado de la persona, a sus necesidades particulares y a su cultura.

El proceso de cuidados se divide en cinco etapas:

- Valoración.
- Diagnóstico de Enfermería.
- Planificación.
- Ejecución.
- Evaluación.

Durante mucho tiempo, los servicios ofrecidos por las enfermeras han permanecido relativamente en la sombra. Absorbidas por las necesidades inmediatas, la enfermera escribía poco y sus intervenciones casi nunca se registraban en los archivos. Era un poco como si las enfermeras no existieran. Esta situación se mantiene, todavía hoy en día, en algunos países en los que las historias clínicas son inexistentes. Sin embargo, durante las 24 horas del día durante los 365 días al año, las enfermeras se desvelan por cuidar a unos enfermos y, a pesar de ello, las direcciones administrativas y médicas no llegan a imaginar el trabajo que realizan porque existe poca documentación que lo demuestre.

La utilización de protocolos de cuidados también ha contribuido a la mejora de los cuidados. Son documentos que describen, los principios, las órdenes y las técnicas que las enfermeras deben seguir para dispensar cuidados. Generalmente, estos protocolos de cuidados se encuentran todos juntos, en un libro o cuaderno que están a disposición de las enfermeras. Los protocolos proporcionan a la enfermera una serie de conocimientos y un saber hacer aplicables a técnicas especiales, a cuidados complejos o habituales.

La introducción de las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC) en la sanidad, ha mejorado la calidad del servicio prestado y optimizado los tiempos de atención al paciente. Enfermería, como todas las profesiones, ha ido evolucionando y adaptándose a las nuevas tecnologías, sin olvidar que su esencia es cuidar. La informática es aplicable en todas las funciones del rol enfermera: docente, administración, asistencial e investigación.

Como una consideración especial es el caso de la telemedicina en el campo de la salud.

El INSALUD en el año 2000, explica que el concepto de Telemedicina es muy amplio y tiene unos límites que no están claramente definidos. En general, se acepta que Telemedicina es algo así como "medicina a distancia" o más concretamente "utilizar las

nuevas tecnologías informáticas y de telecomunicaciones para poder ofrecer una atención al paciente allí donde se encuentre".

La telemedicina, en Extremadura, comienza en el año 2002 por una necesidad básica, garantizar una asistencia sanitaria de calidad en una región con una gran dispersión geográfica.

Es una herramienta, que en sus comienzos permitía a los médicos y enfermeras rurales, tener contacto con el hospital y evitar desplazamientos a los enfermos con garantías de calidad y seguridad. Actualmente no solo es teleconsulta, telediagnóstico o teletratamiento, también se realizan procesos de apoyo, telegestión, sesiones clínicas e información a los ciudadanos.

En el hospital hay una enfermera responsable de la estación, coordinando las agendas de los especialistas y los centros de salud.

La telemedicina llega en Extremadura a veintisiete centros de salud, trece hospitales, dos centros sociosanitarios, dos centros penitenciarios y un centro tutelar de menores, es decir, un total de 45 lugares en la región y un total de 22 especialidades.

Como sucede en otros campos, se están introduciendo en el hospital como una nueva herramienta que facilita el trabajo de la enfermera, ayudando a dar una asistencia de calidad, ya que nos permite registrar todos los procedimientos, coordinarnos entre los profesionales, tener una información completa del paciente (historia clínica, valoraciones previas, pruebas pendientes etc.) Además con la tecnología portátil (PDA, PC Pocket) podemos registrar "in situ" la valoración, las intervenciones y técnicas que aplicaremos a los pacientes. De este modo se realiza un seguimiento continuo y queda almacenado de una forma segura y rápida.

Para Díaz (2009), la profesión enfermera necesita de la existencia de un lenguaje común para describir y registrar su actividad asistencial, por ello, la introducción de la nomenclatura NANDA, NIC, NOC en la historia clínica electrónica permite registrar el "Proceso de Atención de Enfermería" de forma completa, realizar una evaluación de los trabajos prestados y poder compararlos con diversos profesionales, centros, áreas en cuestiones propias de nuestra profesión.

Caballero, Becerra y Hullin (2010) ven que las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) son una herramienta clínica para asegurar la calidad, continuidad y seguridad del cuidado de la persona.

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE), en su boletín eHealth (2011) presentó un nuevo programa de eSalud, que contiene la clasificación internacional para la práctica de

Enfermería (ICNP®) y la red de Teleenfermería, cuyo objetivo es implicar y apoyar a las enfermeras en el desarrollo y uso de las tecnologías de telesalud.

Para American Nursing Association la enfermería informática es "la especialidad que integra la ciencia de enfermería, las ciencias de la computación y la información para el manejo y comunicación de datos, información conocimiento y los saberes en la práctica de Enfermería". (Hernández et al. 2012).

Igualmente nos proporcionan la comunicación entre diferentes servicios de salud a la vez que el seguimiento de los pacientes, tanto si se les da de alta en el hospital, como si pasa a depender de Atención Primaria, consiguiendo así una atención integral del usuario.

2.3. Tipología de los hospitales

Como se ha visto a lo largo de la historia, descrita anteriormente, los hospitales fueron cambiando según las necesidades de la época, no solo a nivel arquitectónico, financiación económica y de dirección, sino también a nivel asistencial, desde los primeros cuidados por monjas y religiosas, a los actuales en los que trabajan profesionales con cualificación específica.

Los hospitales son un componente importante del sistema de atención de salud. Estas disponen de personal sanitario, otros profesionales organizados y de instalaciones para el ingreso de pacientes; ofrecen servicios médicos y de Enfermería y otros servicios relacionados durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

El organigrama básico de un hospital se muestra en el siguiente gráfico:



El organigrama "expresa esquemática y simplemente la composición de la organización. Indica la localización de la autoridad y las relaciones entre sus componentes" (Salvadores, Sánchez y Jiménez, 2002, p. 137).

En él se encuentran representados dos dimensiones: La jerarquía (vertical) y la división del trabajo (horizontal)

Los hospitales (OMS) ofrecen una gran diversidad de servicios de atención aguda, de convalecencia y de cuidados paliativos, con los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios para responder a manifestaciones agudas y crónicas debidas a enfermedades, así como a traumatismos o anomalías genéticas, de ese modo generan información esencial para las investigaciones, la educación y la gestión.

Tradicionalmente orientados a la atención individual, los hospitales tienden cada vez más a estrechar vínculos con otras partes del sector de la salud y con las comunidades a fin de optimizar el uso de los recursos dedicados a fomentar y proteger la salud individual y colectiva.

La clasificación o categoría de los hospitales también ha pasado por diversas terminologías:



NÚMERO DE CAMAS	<ul style="list-style-type: none"> • Pequeños (menos de 50 camas). • Medianos (de 51 a 250 camas). • Grandes (más de 250 camas).
LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA	<ul style="list-style-type: none"> • Urbanos. • Semiurbanos. • Rurales.
PROMEDIO DÍA-ESTANCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Agudos. • Crónicos.
DEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Públicos. • Privados
SERVICIO QUE PRESTA	<ul style="list-style-type: none"> • Especializados. • Generales.
CONSTRUCCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Verticales. • Horizontales.
NIVELES	<ul style="list-style-type: none"> • Primer nivel (Baja complejidad). • Segundo nivel (Media complejidad). • Tercer y cuarto nivel (Alta complejidad).

Las nuevas formas de organización de la asistencia sanitaria especializada tiene su fundamento en la Ley General de Sanidad que recoge en su Art.65.2: “El hospital es el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia”.

En esta asistencia especializada es donde queda integrado el hospital, presentando características particulares según las distintas Comunidades Autónomas debido al proceso de las transferencias sanitarias.

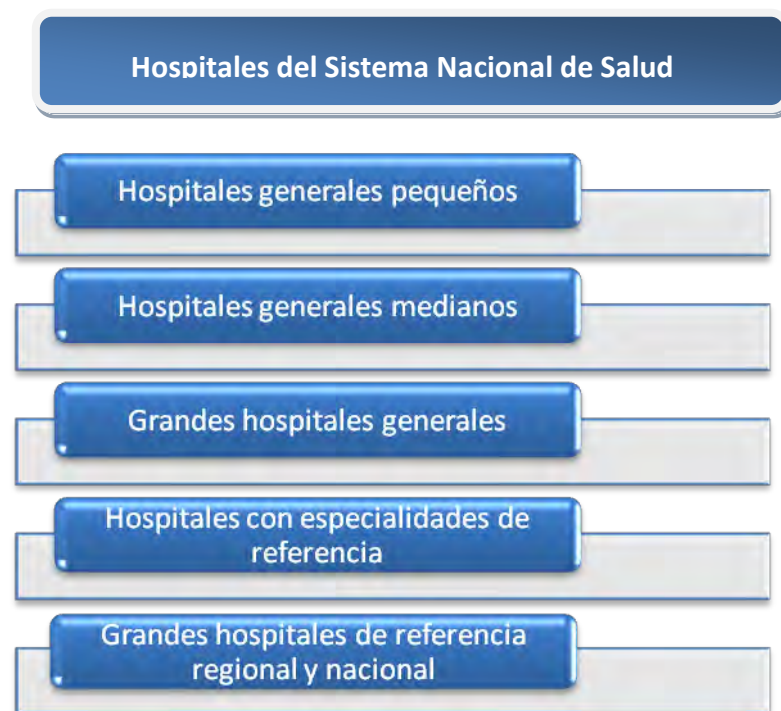
El Catálogo Nacional de Hospitales TOP (2013) publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, recoge información de los centros sanitarios destinados a la asistencia especializada y continua de pacientes en régimen de internado, cuya finalidad es el diagnóstico y/o tratamiento de los enfermos ingresados en el mismo, así como la atención a pacientes de forma ambulatoria.

La Atención Hospitalaria comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, además de aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realice en este nivel, garantizando la continuidad de la atención integral del paciente, una

vez superadas las posibilidades de Atención Primaria y hasta que aquel pueda integrarse en dicho nivel.

Desde hace años en los países anglosajones se incluyen como criterios de clasificación de hospitales la docencia y formación, el volumen de camas, y en algunos casos, la presencia de determinadas especialidades (Hospitales TOP 20. 2013).

Existen y hospitales privados y hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS) los cuales tienen un 70% o más de los pacientes y están financiados por los presupuestos generales del estado (financiación pública).



Esta clasificación hace referencia al número de altas anuales, tipos de especialidades, números de residentes de una determinada especialidad, etc. Se utiliza en los benchmarks (evaluación comparativa) de gestión hospitalaria global.

En las áreas clínicas se suelen utilizar otros criterios para la realización de agrupación de hospitales: oferta de determinados servicios especializados, volumen mínimo de casos u hospital general u hospital con especialidades de referencia.

A nivel nacional (según dependencia funcional) existe un 41% de hospitales públicos, solo superado, por una escasa diferencia por privados no benéficos (41,1%), sin embargo, el porcentaje de camas de los hospitales públicos es muy superior a los diversos tipos de

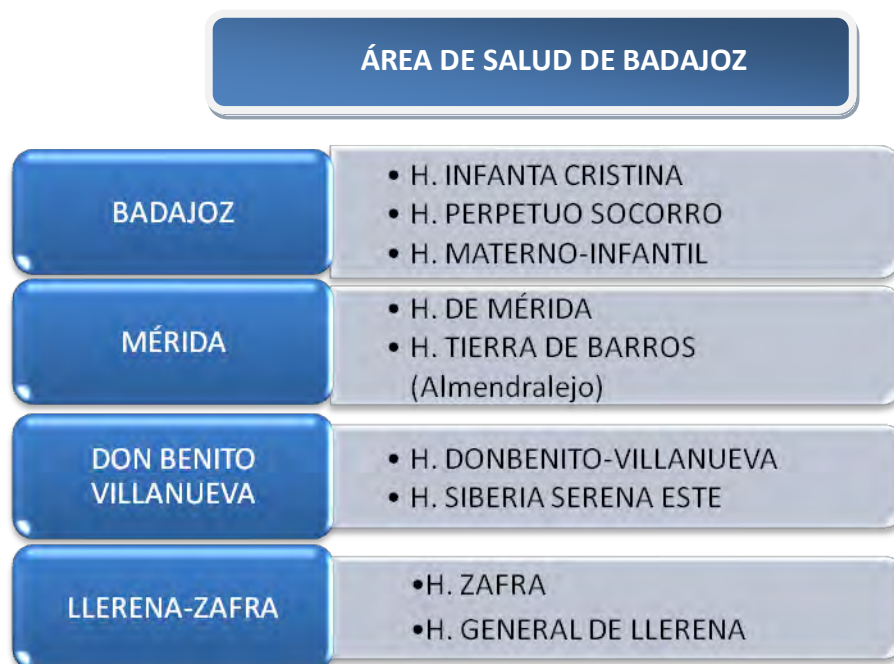
hospitales (defensa, privados benéficos, privados no benéficos...) correspondiendo el 66,8%.

La distribución en Extremadura, según su dependencia funcional, corresponde a hospitales públicos civiles un 55,6% y con respecto al número de camas el 88% pertenecen a este mismo grupo.

La Comunidad de Extremadura se encuentra dividida en ocho Áreas de Salud.

Para el desarrollo de la Atención Hospitalaria, Extremadura dispone de catorce hospitales de carácter público, dependientes del Servicio Extremeño de Salud (SES).

El Área de Salud de Badajoz cuenta con nueve hospitales públicos, distribuidos por la provincia como a continuación se detalla:



El Área de Salud de Cáceres posee cinco hospitales, esta provincia posee menor población, repartiéndose de la siguiente forma:



Otra clasificación de hospital son los denominados "*Hospitales Magnéticos*" la enfermera norteamericana Margaret-Mc Lure, ex-presidenta de la Asociación Americana de Enfermería (AAN), es la creadora de este concepto (Clinic Barcelona Hospital Universitari. 2012). Aunque no es nuevo, ya que nació en los Estados Unidos a principio de los 80, propone formas innovadoras de gestión de la Enfermería, con dos objetivos, el de atraer el talento a los hospitales y de buscar la máxima calidad y eficiencia en el cuidado de los pacientes.

López (2004) explica el estudio realizado por la AAN, en la que un grupo de enfermeras se reunieron para estudiar la escasez de enfermeras en los centros hospitalarios y la alta incidencia de rotación en los hospitales. Descubrieron que había hospitales que no sufrían esta situación y decidieron estudiar las causas.

Examinaron 41 hospitales, utilizando tres criterios para su selección: Que el índice de rotación hacia otras instituciones y de vacantes por cubrir fuese bajo, un hospital introducido en un mercado competitivo, y que éste no fuera la única fuente de empleo para los enfermeros del área. El estudio aludía a entornos que favorecían el desarrollo de los conocimientos y experiencia clínica del personal de Enfermería. Entre algunas de las conclusiones se encuentran: unos índices de mortalidad más bajos, una menor mortalidad a

los 30 días del ingreso, una mayor satisfacción de los pacientes con el cuidado enfermero, e incluso un entorno más seguro frente a los accidentes laborales.

Para Alarcón, Reyes y Valdivia (2014) los 14 pilares en los que se basan estos hospitales son:

- Calidad del liderazgo.
- Estructura organizativa.
- Estilo de administración.
- Políticas y programas del personal.
- Modelos de cuidados profesionales.
- Calidad de la asistencia.
- Consultas y recursos.
- Autonomía.
- Comunidad y hospitales.
- Enfermera como docente.
- Imagen de la enfermera.
- Relaciones interdisciplinarias.
- Desarrollo profesional.
- Mejora en la calidad.

2.4- Satisfacción laboral.

2.4.1. Dimensión conceptual.

Para poder desarrollar el tema de la satisfacción laboral hay que comenzar definiendo que es la satisfacción y cuál es el concepto de trabajo para algunos autores.

La satisfacción la define el diccionario como el “Sentimiento de bienestar o placer que se tiene cuando se ha colmado un deseo o cubierto una necesidad”.

La satisfacción laboral, se relaciona con diferentes aspectos. No se llega a un consenso a la hora de definirla pues hay autores que la consideran como una dinámica, como una evaluación o bien como un estado emocional. Sirva de ejemplo:

- Taylor (1911) asume que la satisfacción en el trabajo, está totalmente relacionada con el salario recibido, es decir, con las recompensas.
- Barbash (1974) la considera dinámica, alude a la constante adaptación del individuo para mantener el nivel de satisfacción que le conviene y de allí, esta resulta una "función de sus propias capacidades para adaptarse a una situación de trabajo dada o para modificarla en función de sus propias necesidades".
- Thurman (1977) interpreta, que la satisfacción evoluciona en función de las necesidades y aspiraciones del individuo y de la realidad vivida en el trabajo dentro de la organización, resultando de la acción de fuerzas internas y externas a ella. La concibe como "un proceso dinámico que permite la comparación entre factores.
- Locke (1969) expone que, la satisfacción se entiende como resultante de una evaluación que pone de manifiesto la divergencia entre los valores del individuo, lo que espera de su empleo y la percepción que tiene de su empleo.
- Lawler (1971) considera que la persona compara lo que constituye un aspecto real de su empleo con relación a lo que desearía que fuese.
- Maslow (1991) explica que el ser humano raramente alcanza un grado de satisfacción completa, excepto en breves periodos de tiempo. Tan pronto se satisface un deseo, aparece otro en su lugar. Cuando este se satisface, otro nuevo se sitúa en primer plano y así sucesivamente. Es propio del ser humano estar deseando algo, prácticamente siempre y a lo largo de toda su vida. Comenta que hay dos hechos importantes: primero, que el ser humano nunca está satisfecho, excepto de una forma relativa y segundo, esas necesidades parecen ordenarse en una especie de jerarquía de predominio.

Para Peiró y Prieto (1996) el trabajo ocupa un papel importante en la vida de las personas, ya que constituye, en la mayoría de los casos, la forma de percibir los ingresos económicos necesarios para la supervivencia y bienestar. Con él se logra satisfacer las necesidades psicosociales como el prestigio, los contactos sociales, el desarrollo personal etc. Los efectos negativos que resultan de la falta del mismo, el desempleo o la jubilación ponen de manifiesto su importancia. Igualmente se encuentra vinculado y relacionado con la familia, la formación, el ocio, el tiempo libre, la religión, etc.

Definen, el trabajo, como el conjunto de actividades humanas, retribuidas o no, de carácter productivo y creativo, que mediante el uso de técnicas, instrumentos, materias o informaciones disponibles, permite obtener, producir o prestar ciertos bienes, productos o servicios. En dicha actividad la persona aporta energías, habilidades, conocimientos y otros diversos recursos y obtiene algún tipo de compensación material, psicológica y/o social.

Las personas necesitan realizar bien sus tareas en el trabajo, y para ello cuentan con un conjunto de habilidades, conocimientos y destreza que, si son adecuadas, ayudan a la realización de los cometidos laborales. En este proceso de desempeño del trabajo también intervienen procesos psíquicos de carácter motivacional como el interés, la voluntad, la intención de realizar el trabajo, etc.

Huber (1996) comenta que en general las teorías motivacionales se sustentan en las relaciones de actitudes, necesidades y conductas. Explica que la motivación puede ser interna o externa, llamadas intrínsecas o extrínsecas, respectivamente.

- La motivación interna, es aquella que surge dentro de un individuo y se dirige en sentido de un logro personal.
- La motivación externa, es una motivación que surge fuera del individuo, donde algo o alguien se vuelve un incentivo. Se relaciona con la aplicación de recompensas o sanciones.

La motivación laboral incluye sentimientos de realización, crecimiento, responsabilidad, progreso que son considerados como factores intrínsecos; otros factores como el salario, condiciones laborales, seguridad laboral o factores propios del trabajador los considera como motivadores extrínsecos, es decir, todo aquello que gira fuera de la persona.

Las condiciones de trabajo y cómo estas afectan al trabajador, pueden agruparse en bloques como: la salud laboral, higiene y seguridad en el trabajo, incluyendo el estrés y el bienestar psicológico; la satisfacción laboral y otras que guardan relación con el rendimiento de los trabajadores.

Las condiciones de trabajo incluyen entre otros aspectos las condiciones de empleo (tipo de contrato, turnos, salarios), cargas físicas y mentales de trabajo, condiciones ambientales (iluminación del puesto de trabajo, temperatura, ruido), etc. Por ejemplo, la luz del sitio de trabajo, es de suma importancia porque una mala iluminación puede afectar a la buena realización de una técnica, así como a los nervios de quién la realiza. El ruido, el efecto desagradable de los ruidos depende de la intensidad y frecuencia del sonido y la variación de los ritmos.

Actualmente se están modificando las características del puesto de trabajo por la implantación de nuevas tecnologías en los mismos. Estos cambios pueden resultar estresantes para las personas, presentando temores respecto a la falta de formación requerida para adaptarse, al incremento en las cargas de trabajo, mayor supervisión sobre el trabajo realizado, etc. llevando al trabajador en algunos casos a no encontrarse satisfecho en su trabajo.

El concepto de satisfacción laboral ha sido tradicionalmente de gran interés para los sociólogos y, fundamentalmente, los psicólogos, preocupados por los problemas de trabajo en una sociedad industrial, siendo importante en cualquier tipo de profesión, no solo en términos del bienestar que desea la persona, sino también en términos de productividad y calidad.

La satisfacción laboral ha sido explicada desde diferentes teorías:

- ❖ Taylor (1911) opinaba que había que incentivar a las personas que rendían más en el trabajo, con el fin de que no pierdan interés por el mismo. El salario debería depender de la productividad; esto daría como resultado, que habría diferentes sueldos entre empleados. Un mayor sueldo puede aumentar la autoestima y ser signo de categoría.
- ❖ Hoppock (1935) abarcando amplios grupos de población, desarrolló los primeros estudios sobre esta temática, considerando que la satisfacción en el trabajo forma parte de la satisfacción general con la vida y la relaciona con la habilidad del individuo para adaptarse a situaciones y comunicarse con otros, con el nivel socioeconómico y con la preparación de la persona para este tipo de trabajo.
- ❖ Para Maslow (1991) hay una jerarquización de las necesidades humanas y consecuentemente una jerarquización de las satisfacciones de esas necesidades.

La teoría de la jerarquía de las necesidades de Maslow, sostiene que una vez satisfechos los requisitos esenciales para la vida, el comportamiento humano se dirige hacia motivaciones superiores. Las cinco necesidades básicas por él definidas las coloca en forma de pirámide, siendo la base de la misma la que corresponderían a las necesidades fisiológicas, ascendiendo le seguiría las necesidades de seguridad y protección, necesidades sociales y de pertenencia, necesidades de estima y culminando dicha pirámide se encontraría las necesidades de autorrealización.



- Las *necesidades fisiológicas*, que corresponderían al agua, comida, oxígeno, eliminación, descanso..., debido al instinto de supervivencia de las personas, cuando estas se encuentran amenazadas son prioritarias.
- Dentro de las *necesidades de seguridad/protección*, se encuentran las físicas, las emocionales y las financieras. Las personas no quieren inquietarse por unos ingresos inadecuados, la pérdida de empleo, la jubilación. Las acciones imparciales de los directivos, el favoritismo hacia alguno de sus compañeros o la discriminación, pueden resultar peligrosas para tener cubierta esta necesidad.
- En el centro de la pirámide están las *necesidades sociales/pertenencia*, en ellas se incluyen el ser reconocido y aceptado por un grupo, aportando y recibiendo amistad. Un grupo de trabajo unido se encuentra más satisfecho y es más eficaz que un grupo que realice su trabajo de forma separada.
- La cuarta corresponde a las *necesidades de estima*, que al encontrarse en nivel superior no se satisfacen fácilmente. Entre ellas se encuentran la competencia, la independencia, la categoría, el reconocimiento, el prestigio, la reputación, las cuales contribuyen a la autoconfianza y la autoestima. Los superiores pueden ayudar a cubrirlas siempre que se merezcan con evaluaciones constructivas, promociones internas, aumentos de sueldo etc.
- Finalmente, en la cima de la pirámide, las *necesidades de autorrealización*, lógicamente la más difícil de lograr, ya que una persona no consigue todo lo que

es capaz. Contribuyen a alcanzarla los sentimientos de realización, responsabilidad, importancia, oportunidad, ascenso y nuevas experiencias entre otras.

La idea, por tanto, es que el trabajo ayuda a satisfacer las necesidades primarias, pero también puede contribuir a cumplimentar las de orden superior, derivándose de ello bienestar para el individuo.

Según su teoría, las necesidades fisiológicas y la seguridad son aparentemente prioritarias para los grupos socioeconómicos inferiores, mientras que para las personas con nivel educativo y profesional más elevado, como las enfermeras, en las que las necesidades de estima y autorrealización se han vuelto prioritarias, estas necesidades probablemente han sido satisfechas.

- ❖ Herzberg (1959) en su teoría sobre la satisfacción en el trabajo, afirma que si una persona se encuentra satisfecha con su trabajo, este puede ser motivador en sí mismo, desarrolla capacidades y mejora su rendimiento.

Su estudio generó siete factores como elementos determinantes principales en la satisfacción en el trabajo, enumerados en el siguiente gráfico.



En consecuencia, cuando uno de estos factores estaba presente, los trabajadores estaban satisfechos; no obstante, cuando estos estaban ausentes, los trabajadores no se encontraban descontentos, en esas circunstancias sus sentimientos eran neutrales.

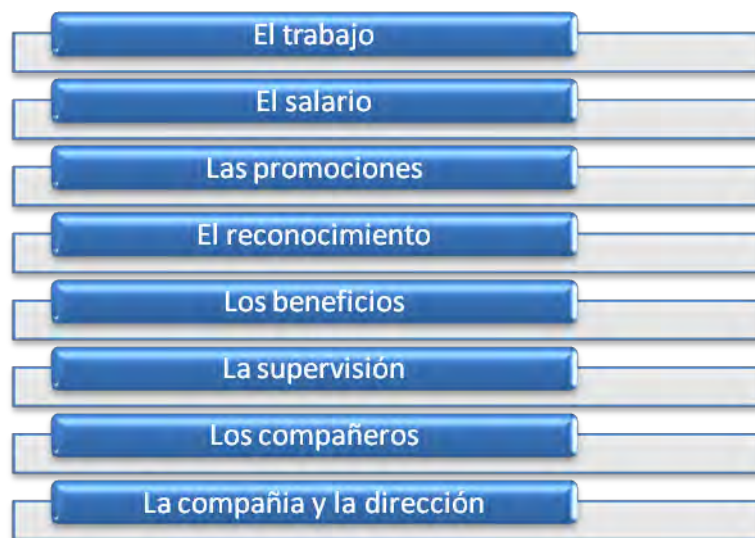
Herzberg defiende que puede motivarse a los empleados dándoles tareas competitivas en las que ellos pueden asumir la responsabilidad.

Los principales determinantes de insatisfacción eran factores extrínsecos a la tarea en sí, a los cuales denominó higiénicos: las políticas y la administración de la empresa, la supervisión, el salario, las relaciones interpersonales, las condiciones de trabajo, y la seguridad.

Para él si las personas están muy motivadas y encuentran su trabajo interesante y desafiante pueden tolerar el descontento con factores de higiene.

- ❖ Locke (1976) definió la satisfacción laboral como un estado emocional positivo o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto o como la respuesta afectiva de una persona a su propio trabajo. De una forma sencilla se puede decir que la satisfacción laboral es el grado de bienestar que experimenta el trabajador con motivo de su trabajo.

Identificó nueve facetas de satisfacción:



- *La satisfacción con el trabajo*. Interés, variedad, oportunidades de aprendizaje, dificultad, cantidad de trabajo posibilidades de éxito.
- *La satisfacción con el salario*. Sueldo adecuado, equidad respecto al mismo o método de distribución.
- *La satisfacción con las promociones*. Referida a las oportunidades de formación.
- *La satisfacción con el reconocimiento*. Elogios por la realización del trabajo, los créditos por el trabajo realizado, las críticas.

- *La satisfacción con los beneficios.* Pensiones, seguros médicos o las vacaciones.
- *La satisfacción con las condiciones de trabajo.* Como el horario, los descansos, la composición física del lugar de trabajo, la ventilación o la temperatura.
- *La satisfacción con la supervisión.* Referida al estilo de supervisión o las habilidades técnicas, de relaciones humanas o administrativas.
- *La satisfacción con los compañeros.* Que incluye las competencias de estos o el apoyo y amistad recibida de los mismos.
- Por último, *la satisfacción con la compañía y la dirección.* Que incluye aspectos relacionados con la política de beneficios y de salarios de la organización.

Hay que tener en cuenta que al realizar cualquier actividad se deben mantener unas condiciones favorables de trabajo, protegiendo siempre la integridad física y mental del trabajador.

En la mayoría de las sociedades industrializadas, las personas emplean un tercio de su tiempo diario al trabajo.

Para muchos trabajadores la actividad laboral que desempeñan añade una dimensión específica a sus vidas. Está comprobado que los individuos con trabajo, se sienten mejor que aquellos que no cuentan con él. Sin embargo, en realidad, tenemos que aceptar la idea de que algunos individuos, ven tener un trabajo como un enriquecimiento de sus vidas, mientras que otros perciben el estatus del trabajador como algo que empeora la calidad de la misma. Cualquier generalización sobre el valor de la actividad laboral para los trabajadores, resulta difícil; las circunstancias individuales determinarán en gran medida si el sujeto se encuentra mejor o peor trabajando.

- ❖ Weinert (1985) comenta que el trabajo representa la actividad individual más intensa, temporalmente más amplia y física, cognitiva y emocionalmente más exigente e influyente de la vida personal.
- ❖ Para Garmendia y Parra (1993) alguien estará satisfecho con su trabajo cuando: “como consecuencia del mismo, experimente sentimientos de bienestar por ver cubiertas adecuadamente las necesidades de cierto nivel sobre la base de resultados conseguidos, considerados como recompensable aceptable a la ejecución de la tarea”.

El trabajo es una actividad que influye sobre casi todos los aspectos de la conducta humana, por lo que los individuos al desempeñar un trabajo no solo trasladan a él sus habilidades intelectuales y motrices, sino también sus individualidades.

- ❖ Peiró y Prieto (1996) agrupan las teorías de la satisfacción laboral en el concepto de discrepancia o desajuste, partiendo de la idea de que la satisfacción depende del grado en que coincide lo que un individuo busca en su trabajo con lo que realmente consigue de él. La satisfacción será menor cuanto mayor es la distancia entre lo que se quiere conseguir y lo que se obtiene del trabajo.

Las agrupaciones de las teorías son:

- *Aproximación bifactorial*: También llamada “teoría dual” o “teoría de Motivación/Higiene” desarrollada por Herzberg (1959), en la que ciertos factores estaban asociados a la satisfacción, denominándose “factores motivadores” (obtención de reconocimiento, ser creativo en el trabajo, posibilidad de desarrollo...) y otros a la insatisfacción, denominados, “factores de higiene” relacionados con el contexto del trabajo (política de la compañía aspectos técnicos de la supervisión, salario...).
- *Aproximaciones basadas en el concepto de discrepancia*: Hay teorías que sostienen que la satisfacción laboral se debe a un proceso de comparación intrapersonal, y otras que el proceso de comparación subyacente es de carácter interpersonal. Entre ellas está la desarrollada por Locke (1976), comentando que la satisfacción laboral está en función de los valores laborales importantes para la persona que pueden ser obtenidos a través del propio trabajo; estos valores tienen que ser congruentes con las necesidades del individuo.
- *Aproximaciones situacionales*: Estas ponen su énfasis en los factores situacionales como determinantes de la satisfacción laboral. Dentro de agrupación se encuentra la teoría de los eventos situacionales, de Quarstein (1992), defiende que la satisfacción laboral está determinada por características y eventos situacionales. Las primeras son los aspectos laborales que la persona suele evaluar antes de aceptar un puesto de trabajo, desde el sueldo, las condiciones de trabajo, los compañeros, la supervisión, las promociones etc. y que le son comunicados antes de ocupar el puesto. Los eventos situacionales, ocurren cuando el trabajador ocupa el puesto, a veces no son esperadas por él, pudiendo causarle sorpresas.
- *Aproximación dinámica*: Esta teoría destaca que no sólo es importante la cantidad de satisfacción laboral que tiene la persona, sino también la calidad de la misma.

Psicólogos y sociólogos proporcionan otras definiciones de satisfacción laboral:

- ❖ Tausky (1992) define el trabajo como un elemento imprescindible para sobrevivir y al mismo tiempo, como una actividad placentera en sí misma.
- ❖ Hodson (1991) valora que el concepto de satisfacción en el trabajo es irrelevante para las actividades diarias de los trabajadores. Considera que es un concepto teóricamente ingenuo y pone muy poco énfasis en el estado emocional del individuo respecto a la tarea diaria que desarrolla. Este autor propone, en su lugar, una clasificación de los trabajadores basándose en el comportamiento de estos.
- ❖ Hakim (1991) considera la satisfacción en el trabajo como un índice de bienestar individual, sin más.

La motivación por el trabajo es la manifestación de las necesidades del trabajador. El Diccionario de la Lengua Española en su vigésima primera edición (1992), en su tercera acepción, define la motivación como "Ensayo mental preparatorio de una acción para animar o animarse a ejecutarla con intereses y diligencia".

- ❖ Salvadores, Sánchez y Jiménez (2002) consideran que las principales estrategias de motivación se pueden clasificar en económicas y no económicas.
 - Estrategias de motivación económicas. Consiste en darle a los trabajadores una remuneración directamente proporcional a su rendimiento. Refieren que hay dos posiciones en cuanto a este tipo de motivación. Una el servir como medio para satisfacer las necesidades inferiores, fisiológicas y de seguridad que definió Maslow. Y otra, asignarle un valor simbólico, ya que tendemos a juzgar nuestra valía y la de los demás en función del salario percibido.
 - Estrategias de motivación no económicas. Entre la diversidad de estrategias que existen proponen:
 - *La participación*. Implica a los trabajadores en la organización y la gestión. Con ella se reduce el absentismo y mejora la calidad del producto.
 - *Descentralización y delegación*. Proporcionan libertad a los trabajadores y permite asumir responsabilidades en las actividades que desempeñan.
 - *Utilización de elogios*. Sirven de refuerzo positivo, con el reconocimiento del trabajo realizado.
 - *Ampliación del trabajo*. Ofertar tareas variadas a fin de disminuir los efectos negativos que ocasionan las actividades excesivamente rutinarias.

- *Enriquecimiento del trabajo.* Asignar al trabajador una determinada unidad de trabajo y proporcionarle información acerca del nivel de ejecución que consigue.
- *Adecuación de las recompensas a las personas.* Fijar a cada persona el tipo de recompensa que más desea, para unos es el dinero, para otros la autonomía, la responsabilidad etc.
- *Adecuación de las personas a las tareas.* Seleccionar a los individuos por sus características personales y asignarles el puesto de trabajo de acuerdo a su perfil personal y profesional.
- *Adecuación de las recompensas al nivel de ejecución.* Proporcionar a los trabajadores las recompensas (intrínsecas y extrínsecas) adecuadas al nivel de desempeño del trabajo.

Exponen que "un trabajador estará motivado en su trabajo si tiene definidas con claridad y precisión las metas de ejecución que la dirección espera obtener de él. Viéndose incrementada si la persona participa directamente en el establecimiento de tales objetivos" (p.221).

El trabajo, es sin duda, una de las esferas más importantes de nuestra vida sin embargo puede constituir una importante fuente de estrés personal.

- ❖ Ribera, Cartagena, Reig, Romá, Sans y Caruana (1993) explican cómo es el estrés concebido por algunos autores, así para:
 - Selye (1974) es como una respuesta general inespecífica.
 - Holmes y Rahe (1967) como un acontecimiento estimular.
 - Lazarus y Folkman (1986) una transacción cognitiva persona-ambiente.

Ellos coinciden en la definición del estrés aportada por Lazarus como " una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que ponen en peligro su bienestar" (Lazarus y Folkman, 1986, p. 43).

- ❖ Marriner (2001) define el estrés como "la respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda" (p.28); declara que hay muchas situaciones personales en la vida que producen estrés a las personas, desde un cambio en su vida familiar, en el estado de salud propio o familiar, alteraciones en la situación económica, etc. Además existen muchas fuentes de estrés en el trabajo como, el despido, la jubilación

cambios de turnos, problemas con los jefes, malas condiciones ambientales, aumento de responsabilidad, falta de seguridad laboral, etc.

Las enfermeras se enfrentan al estrés en muchas situaciones como: problemas de comunicación con el equipo o familiares, situaciones que llevan a la muerte de los pacientes, utilización de nuevas técnicas, esfuerzo físico y mental, etc. El ambiente laboral dentro de un hospital es uno de los más estresantes.

Este autor revela que existen dos tipos de estrés:

- "El eustrés, una fuerza positiva que añade excitación y desafío a la vida y proporciona sensación de bienestar" (p. 28).
- "El distrés, una fuerza negativa producida por la tensión contenida que amenaza la efectividad" (p.28).

El padecer un tipo u otro de estrés depende principalmente de la percepción de la persona. Un estresante es cualquier cosa que un individuo percibe como amenaza.

Los síntomas que indican que el estrés se está convirtiendo en distrés son numerosos: Irritabilidad, fatiga, depresión, inseguridad, falta de concentración, pérdida de peso, palpitaciones...

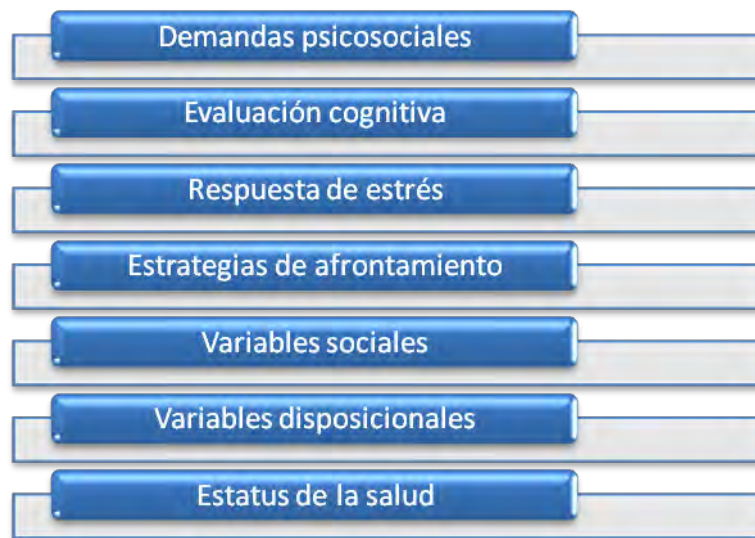
Aconseja que para el control del estrés y durante los periodos que este sea elevado se sigan ciertas pautas como: conservar la rutina y los hábitos tanto como sea posible, evitar cambios innecesarios (como comenzar una dieta) pero aumentar fuentes positivas (ir a bailar, pasear) puede ayudar a desplazar el efecto nocivo de la tensión negativa, llevar una nutrición adecuada, control del sueño, utilizar técnicas de relajación, son actividades que pueden ayudar.

❖ Desde el punto de vista del estrés laboral, Miguel y Casado (2011) lo razonan como un estado que se caracteriza de forma general por altos niveles de excitación y angustia, con la frecuente sensación por parte del individuo de no poder afrontar la situación en su lugar de trabajo. Lo consideran como un proceso de adaptación al medio de trabajo, existiendo una interacción individuo-entorno laboral, en la que hay que tener en cuenta dos elementos:

- Las demandas del ambiente: estresores internos o externos y variables situacionales.
- Los recursos disponibles de la persona: variables individuales y capacidad de afrontamiento.

- ❖ Arrogante (2014) en su tesis doctoral, explica que el término estrés es empleado de forma desigual por diferentes autores, no existiendo una definición científica totalmente satisfactoria.

Expone que para Lazarus y Folkman (1986) es considerado como un proceso que se desarrolla en siete etapas:



Siguiendo este modelo, el estrés puede actuar sobre la salud por diversos mecanismos, unos directos, por cambios inmunológicos o emocionales, como la depresión y otros indirectos, asociados a respuestas de afrontamiento nocivas, como abusar de drogas, alcohol, tabaco, etc. También consideran tres grandes grupos de variables: el ambiente, la persona y las consecuencias individuales y organizacionales.

Hay determinadas situaciones laborales que llegan a producir a los trabajadores estrés y el denominado síndrome de burnout. Este término guarda relación con la insatisfacción laboral, pues cuando una persona está quemada, se puede esperar que la satisfacción con el trabajo sea baja.

- ❖ El antecedente histórico del síndrome de burnout descrito por Alarcón, Vaz y Guisado (2002) lo determina el estudio de Schawartz y Will (1953) que lo describían como un sentimiento de baja moral y distanciamiento de los pacientes en enfermeras que trabajaban en hospital psiquiátrico. También Freudenberger (1974) describe el término Burnout para referirse a los trabajadores de los servicios sociales. Este lo identificó cuando trabajaba como psiquiatra en una agencia alternativa de salud. Observó que los voluntarios con los que trabajaba, experimentaban en algún

momento un bajón emocional y una pérdida de motivación e implicación. Solía durar alrededor de un año y se acompañaba de síntomas físicos y mentales.

La definición más aceptada ha sido la proporcionada por Maslach y Jackson (1981) considerando el burnout un síndrome de agotamiento emocional, despersonalizado y bajo logro personal que ocurre entre individuos que realizan un “trabajo cara a cara”. Lo definen como una respuesta inapropiada de estrés que se caracteriza por:

- *Agotamiento emocional.* El individuo comienza a sentirse superado por las tareas que tiene que realizar en su trabajo, percibiendo un cansancio físico y psicológico. Refiriendo no ser capaz de hacer nada por nadie y de encontrarse saturado.
- *Despersonalización:* Caracterizado por un distanciamiento emocional hacia las personas con las que trabaja habitualmente. Pudiendo generar actitudes negativas hacia los beneficiarios del servicio prestado.
- *Logro personal.* Es la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa.

Exponen que cuanto más intensa son las relaciones interpersonales con los usuarios de los servicios mayor es el riesgo de padecer este síndrome. Describen la Enfermería como la profesión más vulnerable al burnout.

2.4.2. Clasificación.

La satisfacción laboral, se puede dividir en satisfacción laboral intrínseca y extrínseca.

- Intrínseca, está relacionada con factores vinculados a la tarea en sí misma (variedad, dificultad, interés, autonomía, oportunidad para el aprendizaje, participación en la toma de decisiones, etc.).
- Extrínseca, tiene su origen en fuentes externas al empleado, ligadas al contexto o ambiente en la que se desenvuelve la tarea (relaciones con la supervisión y los compañeros, salario, horas de trabajo, seguridad, reconocimiento, promoción, condiciones física, política de la empresa, etc.).

2.4.3. Evaluación de la satisfacción.

La satisfacción laboral de los trabajadores se mide con el fin de:

1. Prevenir y modificar las posibles actitudes negativas de los mismos.
2. Conocer y controlar las actitudes, tanto de forma global como atendiendo a las facetas específicas de la misma.
3. Obtener información sobre grupos particulares de empleados.
4. Incrementar del flujo de comunicación.

Los métodos utilizados para evaluar la satisfacción son:

- La encuesta o cuestionario.
- Los grupos de discusión o grupos focales.
- La entrevista.

➤ La encuesta o cuestionario:

La investigación por encuesta abarca una amplia variedad de procedimientos y técnicas que comparten un objetivo común: la obtención de la información (Arnau, 1995).

Los estudios de la satisfacción laboral se han caracterizado durante muchos años por el uso de metodologías basadas en la autodeclaración, en particular el cuestionario escrito, como principal forma de recolectar datos, siendo este generalmente voluntario y anónimo. Este modelo requiere de los encuestados que evalúen la satisfacción con su trabajo considerado como un todo sobre una escala numérica, que se supone ordinal.

Los encuestados evalúan su nivel de bienestar subjetivo respecto a una actividad laboral, teniendo en cuenta sus circunstancias y comparaciones con otras personas y/ o empleos, la experiencia pasada y las expectativas de futuro. La puntuación se obtiene sumando las respuestas de cada uno de los ítems. Las respuestas suelen ser escalas tipo Likert, con varias opciones de respuestas, con escala que van de menos a más.

En España, han aumentado las investigaciones referentes a la satisfacción laboral, por lo que algunos cuestionarios de carácter general y otros orientados a la satisfacción laboral en ocupaciones específicas han sido adaptados de los ya existentes. Se pueden destacar:

1. *El Cuestionario General de Satisfacción en Organizaciones Laborales (S4/82)*, desarrollado por Meliá, Peiró y Calatayud (1986).

Consta de 82 ítems, evaluando seis factores:

- Satisfacción con la supervisión y participación en la organización.
- Satisfacción con el ambiente físico del trabajo.
- Satisfacción con las prestaciones materiales y las recompensas complementarias.
- Satisfacción intrínseca del trabajo.
- Satisfacción con la remuneración, las prestaciones básicas.
- La seguridad en el empleo y satisfacción con las relaciones interpersonales.

Los autores posteriormente han elaborado otros cuestionarios más reducidos como el S20/23, S10/12 y S20/12.

2. *El Cuestionario de satisfacción laboral de profesionales de la salud en Equipos de Atención Primaria (CSLPS-EAP)* elaborado por Peiró, González–Romá, Zurriaga, Ramos y Bravo (1990).

Consta de 73 ítems, divididos en catorce factores:

- Satisfacción con el equipo.
- Satisfacción con la retribución e incentivos.
- Satisfacción con las condiciones ambientales del lugar de trabajo y medios del equipo.
- Satisfacción intrínseca del trabajo.
- Satisfacción con la elección y actuación de los coordinadores.
- Satisfacción con la empresa y las relaciones con otras unidades.
- Satisfacción con la carga de trabajo.
- Satisfacción con el grado de autonomía del trabajo.
- Satisfacción con los procedimientos para cubrir sustituciones y vacantes.
- Satisfacción con los usuarios.
- Satisfacción con promociones y normativa.
- Satisfacción con la definición, planificación y evaluación de objetivos y actividades.
- Satisfacción con la estabilidad en el empleo, horarios y guardias.
- Satisfacción con otras unidades y la composición del equipo.

3. *El Cuestionario de satisfacción laboral de profesionales de la salud en Equipos de Atención Primaria (CSLPS-EAP/33)*, es una versión reducida desarrollada por Lloret, González–Romá, Luma y Peiró (1993).

Consta de 33 ítems agrupados en ocho factores:

- Satisfacción con el equipo.
- Satisfacción con la retribución.
- Satisfacción con las condiciones ambientales del lugar de trabajo y medios del equipo.
- Satisfacción intrínseca al trabajo.
- Satisfacción con la empresa y las relaciones con otras unidades.
- Satisfacción con la carga de trabajo.
- Satisfacción con el grado de autonomía en el trabajo.
- Satisfacción con la definición de objetivos y actividades.

4. *El Cuestionario modular de satisfacción laboral de profesionales de la salud (BOP)*, elaborado por Bravo, Peiró y Zurriaga (1991) está derivado del (*CSLPS-EAP*).

Consta de 66 ítems, con la particularidad que permite aplicar de manera independiente cada uno de los tres módulos que lo componen:

- *El módulo Básico*, dirigido a todo tipo de profesionales de la salud, independientemente del ámbito en que se desempeñe su trabajo. Lo componen 32 ítems agrupados en seis factores: la satisfacción intrínseca y satisfacción con las posibilidades de formación y desarrollo del trabajo, la satisfacción con las retribuciones e incentivos, la satisfacción con el ambiente físico y la disponibilidad de personal auxiliar, la satisfacción con la claridad y autonomía de las tareas, la satisfacción con los aspectos temporales y la carga de trabajo y la satisfacción en las relaciones humanas con pacientes y compañeros.
- *El módulo Organización*, dirigido a profesionales de la salud que desempeñan su rol en organizaciones laborales, contiene 26 ítems agrupados en cuatro factores, la satisfacción de las relaciones con la empresa: normativa, sistemas de comunicación y evaluación, la satisfacción con el trabajo en equipo, la satisfacción con la política de colocación del personal: selección y sustituciones y la satisfacción con la composición, funcionamiento y eficacia del equipo de trabajo.
- *El módulo Público*, dirigido a profesionales que trabajen en centros públicos, consta de 8 ítems y tan solo dos factores: la satisfacción con la coordinación con distintas unidades de la estructura sanitaria y con el sistema de promociones y traslados y la satisfacción con la asignación de pacientes y la normativa de prescripción de fármacos.

5. *Cuestionario de satisfacción Font Roja*, consta de 24 ítems, explora nueve factores, que determinan la satisfacción de los profesionales en centros hospitalarios.

- Satisfacción por el trabajo.
- Tensión laboral.
- Competencia profesional.
- Presión laboral.
- Promoción profesional.
- Relación interpersonal con sus jefes.
- Relación interpersonal con sus compañeros.
- Status profesional.
- Monotonía laboral.

6. El Servicio Vasco de Salud (Osakidetza 2001) tiene elaborado una encuesta que permite evaluar el estado y evolución de la satisfacción de las personas, cuantificando la valoración que los individuos hacen de la realidad que percibe, con el fin de establecer un plan de acción. Utilizaron como guía para su confección el Modelo Europeo de Gestión EFQM.

El cuestionario consta de 44 preguntas distribuidas de la siguiente forma:

- Evaluación de 12 dimensiones vinculadas a la satisfacción de las personas (Condiciones de trabajo. Formación. Promoción y desarrollo profesional. Reconocimiento. Retribución. Relación Mando-Colaborador. Participación. Organización y Gestión de cambio. Clima de trabajo. Comunicación. Conocimiento e identificación con objetivos. Percepción de la dirección) a través de un total de 37 preguntas con cinco alternativas de respuesta.
- Siete preguntas de carácter complementario destinadas a evaluar los siguientes aspectos: cuestiones relativas a la percepción de la corporación y puesta en práctica de valores corporativos, medición de la satisfacción general a través de una pregunta global e incidencia de las distintas dimensiones evaluadas en la satisfacción propia.
- Inclusión de un espacio en blanco para la anotación de todos aquellos comentarios que el encuestado considere de interés.

7. Escala de Estresores Laborales (versión española de la *Nursing Stress Scale-NSS*) validada por Mas y Escribá (1998), mide el nivel de estrés y los factores estresores en los profesionales de Enfermería en el ámbito hospitalario. La puntuación a cada ítem oscila entre 0 - 3, sumando las puntuaciones alcanzadas

en cada uno de ellos se obtiene un índice global cuyo rango va entre 0 y 102, de forma que a mayor puntuación mayor nivel de estresores.

Lo componen 34 ítems que describen distintas situaciones potencialmente causantes de estrés, agrupados en siete factores:

- Ambiente físico:

Carga de Trabajo.

- Ambiente psicológico:

Muerte y sufrimiento.

Preparación insuficiente.

Falta de apoyo.

Incertidumbre en el tratamiento.

- Ambiente Social en el Hospital:

Problemas con los médicos.

Problemas con otros miembros del equipo de Enfermería.

8. Antonovsky (1988) introductor del concepto de salutogénesis "entender la salud/enfermedad como extremos de un continuo y se centra en el estudio de aquellos factores que promueven movimientos hacia el extremo favorable del mismo". Los factores estresantes se encuentran presentes en el interior de la persona y en el ambiente en el que se encuentran. No obstante, hay personas sometidas a factores estresantes que consiguen mantener un buen estado de salud, mediante el constructo llamado el sentido de coherencia (SOC), definido como un factor de vital importancia para conseguir sobreponerse a los factores de estrés emocional.

Desarrolló un instrumento para medir el SOC, un cuestionario, validado en lengua inglesa, con 29 ítems, y 13 la versión abreviada. El cuestionario está traducido a 33 lenguas en 32 países, entre ellos España.

Para Antonovsky, el SOC, estaría compuesto por tres componentes clave: La comprensibilidad (componente cognitivo), la manejabilidad (componente instrumental o de comportamiento) y la significatividad (componente motivacional). Es decir, por un lado la capacidad del sujeto para comprender cómo está organizada su vida y cómo se sitúa él frente al mundo; por otro mostrarse capaz de manejarla y por último, percibir que tiene sentido, que la propia vida está orientada hacia metas que se desean alcanzar.

Se ha utilizado para medir, entre otros, la tensión laboral y factores que la influyen, relacionando su forma negativa con el estrés laboral y el absentismo laboral.

El SOC-13 es la versión española del cuestionario, elaborada por Virués, Martínez, Barrios y Lozano (2007), en la que se realizaron algunas modificaciones lingüísticas en el enunciado de los ítems respecto a la versión original.

9. El cuestionario Practice Environment Scale del Nursing Work Index (validado internacionalmente), se desarrolló específicamente para medir la dinámica dentro del ambiente de trabajo de las enfermeras, y analiza las consecuencias de esta dinámica tanto en los resultados de las enfermeras como de pacientes. El instrumento contiene 32 preguntas acerca del entorno laboral en una escala Likert de 4 puntos ("totalmente en desacuerdo", "en desacuerdo", "de acuerdo", "totalmente de acuerdo"). Una puntuación alta indica un alto grado de consenso en relación al ítem correspondiente. Se destacan cinco factores, dependiendo del entorno de cuidados y de la selección de preguntas:

- Dotación y adecuación de recursos.
- Relaciones enfermera-médico.
- Habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de los responsables.
- Participación de la enfermera en cuestiones del hospital.
- Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad.

Estos factores están relacionados de forma significativa con el bienestar de las enfermeras (RN4 CAST p.11).

10. El instrumento de medida más aceptado y utilizado internacionalmente para medir el burnout es "*Maslach Burnout Inventory*" (MBI), (Maslach y Jackson 1981). Evalúa las consecuencias del estrés laboral bajo las tres dimensiones de este síndrome. Hay diferentes versiones dirigidas a diferentes colectivos profesionales, el MBI-HSS es el utilizado para el personal sanitario.

El cuestionario consta de 22 ítems, distribuidos en las tres dimensiones del síndrome de burnout.

- Cansancio emocional, (9 ítems).
- Despersonalización, (5 ítems).
- Falta de realización personal, (8 ítems).

Los ítems del cansancio emocional, van encaminadas a valorar las vivencias de estar exhausto emocionalmente por las demandas de trabajo. Puntuación máxima 54.

Las preguntas relativas a despersonalización, juzga el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.

Y las referidas a realización personal, evalúan los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Las puntuaciones de los ítems van de 0 a 6.

Las puntuaciones del MBI se consideran bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome.

NIVELES	DIMENSIONES		
	CANSANCIO EMOCIONAL (CE)	DESPERSONALIZACIÓN (DP)	REALIZACIÓN PERSONAL (RP)
ALTO	25-54 puntos	10-30 puntos	40-48 puntos
MEDIO	15-24 puntos	4-9 puntos	34-39 puntos
BAJO	0-14 puntos	0-3 puntos	0-33 puntos

➤ Los grupos de discusión o grupos focales:

Los grupos de discusión o grupos focales, es una técnica cualitativa que consiste en reunir a un grupo escogido de individuos con el fin de recopilar información relevante sobre el problema de investigación.

Esta técnica ofrece una serie de ventajas como:

- Los grupos de discusión colocan a los participantes en situaciones reales y naturales.
- Es una técnica fácil de entender.
- Poseen una alta validez subjetiva.
- Su coste es bajo.
- Desde el punto de vista metodológico se emplea como única fuente o como medio de profundización en el análisis.

El grupo de discusión para Bisquera, R. (coord.) (2004) "puede definirse como una discusión cuidadosamente diseñada para obtener las percepciones sobre un particular área de interés. Ello también le ha otorgado la denominación de grupo focal por lo menos en dos sentidos: en primer lugar, porque se centra en el abordaje a fondo de un número muy concreto de tópicos o dimensiones de estudio; y en segundo lugar, porque la configuración del grupo se hace a partir de la identificación de alguna particularidad compartida por las personas participantes del grupo".

Krueger (1991) describe el grupo focal, también denominado "entrevista exploratoria grupal", como una técnica de investigación, en la que a través de una entrevista grupal, se pretende generar datos mediante la interacción espontánea de los participantes, lo más libre posible, y con la guía de un moderador; su objetivo fundamental es comprender el por qué y el cómo las personas piensan o sienten de la manera que lo hacen; predomina el punto de vista personal, en definitiva es una conversación cuidadosamente planificada, diseñada para obtener información de un área de interés determinada, en un ambiente no directivo y permisivo.

Para que un grupo de discusión funcione con éxito y sus participantes expresen realmente qué sienten, Vázquez y Angulo (2012) consideran que es necesario:

- Un ambiente permisivo y con confianza que debe proporcionarlo la persona que modere.
- Los componentes del grupo se tienen que considerar semejantes en cuanto al tema a tratar y a determinadas condiciones de estatus (edad, género...) que puede influir en relación a ese tema.
- La naturaleza de las preguntas debe ser abierta y sugerente. No se debe responder con monosílabos, sino invitar a realizar explicaciones.
- Las respuestas nunca deben ser enjuiciadas por la persona que modere y se debe favorecer explicaciones alternativas.

➤ La entrevista:

Otro método para medir la satisfacción laboral es por medio de la entrevista individual, esta tiene una mayor riqueza cualitativa, pero es costosa en tiempo y medios, exigiendo personal experto para su adecuada aplicación y valoración.

Se establece una conversación con la persona a entrevistar con una serie de cuestiones diseñadas previamente. Las preguntas suelen enfocarse sobre el trabajo en sí, como

autonomía, interés y posibilidades de promoción. También sobre las relaciones humanas, tanto con los compañeros, mandos intermedios o superiores. Algunas referentes a la remuneración económica u otro tipo de incentivos. Otras sobre condiciones del trabajo, a nivel de infraestructuras, ambientales y recursos. Implicaciones de mejora etc.

2.4.4. Investigaciones previas.

La mayoría de los investigadores vinculan la satisfacción laboral con diversas características personales, del trabajo y con algunas que combinan ambos elementos. Incluyen prácticamente las mismas variables en sus ecuaciones aunque normalmente centren su estudio en la relación entre la satisfacción laboral y una variable en particular.

- ❖ Según expresa Gamero (2003) las características personales y de empleo, entre otras, que se consideran influyentes en la satisfacción laboral son:

Características personales:

- *Edad.* El resultado más frecuente es que los empleados de mayor edad están normalmente más satisfechos que los jóvenes. Explica algunas causas del porqué esta relación positiva entre la satisfacción laboral y la edad. En primer lugar que los trabajadores mayores podrían tener mejor empleo como consecuencia de su superior movilidad en el pasado. También puede existir diferencias por grupo de edad respecto a los valores laborales, así los empleados de mayor edad, conceden menos importancia al sueldo, o las oportunidades de promoción.
- *Género.* Cuantiosas investigaciones destacan la existencia de discriminación negativa contra la mujer en el mercado laboral, traduciéndose en menor nivel retributivo y de oportunidad de promoción, comportamiento de acoso en el trabajo, mayores tasas de despido etc. Sin embargo, la mayoría de las encuestas usadas en los análisis de satisfacción laboral revelan que las mujeres están más satisfechas con sus trabajos que los varones. Algunos autores concluyen con fundamento en evidencia indirecta, que esta diferencia se debe a que la mujer trabajadora, en general, espera menos de sus trabajos que los varones.
- *Nivel educativo.* Según los estudios sobre el efecto de la educación sobre los resultados laborales muestran que los que tienen mayor nivel educativo ganan más, son promocionados más rápidamente y, en general, consiguen mejores empleos. Ahora bien aunque los trabajadores más cualificados tengan mejores empleos, podrían declararse menos satisfechos, si la utilidad del trabajo depende de la comparación entre los resultados y las aspiraciones y estas últimas aumentan con la educación.

- *Valores laborales.* Algunas encuestas piden a los trabajadores que señalen, entre su línea de opciones, qué aspecto consideran el más importante en cualquier trabajo (promoción, remuneración, relaciones en el trabajo, seguridad laboral, las horas de trabajo etc.). En general, los trabajadores que señalan las oportunidades de promoción o la retribución como los aspectos más importantes de un trabajo, declaran niveles de satisfacción laboral significativamente menores, mientras que ocurre lo contrario para los que indican relaciones personales como el aspecto más relevante.
- *Estructura familiar.* También el contexto no laboral y más en concreto el familiar afecta a la valoración del empleo. Así los trabajadores casados y viudos declaran tener mayor satisfacción con sus empleos que los solteros, la presencia de hijos tiene también reflejo positivo en términos de satisfacción.

Características de empleo:

- *Salario.* Los trabajadores valoran mejor los empleos con mayor remuneración económica porque le dan la posibilidad de niveles de consumo más elevados. Igualmente suele estar asociado positivamente con el estatus social o de poder.
- *Horas de trabajo.* Las horas de trabajo pueden influir en la satisfacción laboral. Asimismo comenta que en el estudio de Gaj (2000) centrado en el efecto de las horas extraordinarias, distinguiendo entre remuneradas y no. El resultado refleja que está positivamente relacionado con la satisfacción laboral, tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, los individuos consideran las horas extraordinarias no remuneradas más importantes que las pagadas, en la determinación de su satisfacción, probablemente por su posible relación con las oportunidades futuras de promoción.
- *Inseguridad Laboral.* Es la preocupación del trabajador con respecto a la continuidad de su empleo caracterizándose por los elementos de subjetividad (una misma situación puede percibirse de diferente manera por distintos empleados) e incertidumbre sobre el futuro. En los diversos trabajos consultados también hace referencia a las variables del tipo de contrato y número de horas trabajadas. En algunos trabajos este aspecto no resulta estadísticamente significativo, mientras que en otros muestran que el trabajo temporal solo reduce la satisfacción laboral de los trabajadores varones y otros en comparación con los empleos fijos, los estacionales o de carácter esporádico tienen un impacto negativo sobre la satisfacción, si bien no ocurre lo mismo con los contratos que tienen un plazo determinado.

- *Posibilidad de promoción.* Si un empleado considera que tiene posibilidades de ascenso, puede declarar un nivel de satisfacción mayor en el momento presente. En los trabajos disponibles se constata que las oportunidades de promoción están positiva y fuertemente correlacionadas con la satisfacción laboral.

También describe que a nivel individual las consecuencias de la satisfacción laboral se relacionan con:

- *Salud Física.* La insatisfacción puede afectar negativamente en la salud de los empleados, produciendo afecciones cardíacas, con una presión arterial anormal, niveles elevados de colesterol y glucosa en sangre y dolores de cabeza o trastornos estomacales.
- *Salud Mental.* Estados emocionales de ansiedad, depresión o es síndrome de “estar quemado”.
- *Longevidad.* La insatisfacción laboral, disminuye la esperanza de vida de los empleados.
- *Actitudes de escape o retirada.* Uno puede escapar psicológicamente de un trabajo insatisfecho, dejando de valorar lo que le produce incomodidad y considerar importantes otros aspectos.

Satisfacción con la vida. Las experiencias laborales influyen en los sentimientos y conductas del individuo en su esfera no laboral.

❖ Peiró y Prieto (1996) reflejan que la mayoría de los estudios asumen que determinadas variables juegan un papel de antecedentes de la satisfacción laboral, mientras que otras son consecuencias de la misma.

- *Absentismo.* Los primeros estudios realizados demuestran, por lo general, que los trabajadores que están menos satisfechos son los que con mayor probabilidad se ausentan más de su trabajo. Un empleado insatisfecho puede comenzar con ausencias de forma psicológica (estar ausente, distraído...), con actitudes y conductas negativas (quejas), posteriormente comenzar con retiradas físicas (retrasos, salidas antes de la hora, ausencias sin autorización etc.).
- *Cambio de trabajo y/o de organización.* Los empleados más satisfechos no suelen pensar en abandonar su trabajo y buscar uno nuevo. Dejar un puesto de trabajo, también puede depender de la edad o la antigüedad en la empresa entre otras variables. Si la persona intuye que encontrar un puesto de trabajo con mejores condiciones laborales es bajo, permanecerá en el que se encuentra, independientemente de su nivel de satisfacción. Si existe la posibilidad de encontrar un trabajo mejor y su nivel de satisfacción es bajo, tenderá a cambiar

de puesto de trabajo. Por tanto la satisfacción es un determinante del cambio de trabajo, pero la faceta económica también juega un importante papel.

- *Actividad sindical.* Algunos estudios reflejan, que la insatisfacción con aspectos económicos del trabajo es una causa de la pertenencia a sindicatos. Otros expresan que los trabajadores que no pertenecen a ningún sindicato, presentan actitudes laborales más favorables y mayor satisfacción laboral que los que pertenecen a sindicatos. Los trabajadores insatisfechos suelen unirse a un sindicato pues les hace más consciente y más informado sobre sus derechos laborales y aumenta su nivel de expectativas.

También exponen la relación entre satisfacción laboral y otras variables laborales:

- Rendimiento. Hay autores que mantienen una doble posición. El rendimiento causa satisfacción y la insatisfacción causa el rendimiento:
 - En la primera, refleja que un mejor rendimiento da lugar a recompensas psicológicas, sociales y económicas altas, si el trabajador las percibe como equitativas, se produce un aumento de la satisfacción laboral, pues siente que ha recibido la recompensa en función de su rendimiento. Si las ve como inadecuadas para su nivel de rendimiento, surge la insatisfacción.
 - La segunda, manifiesta la insatisfacción provocada por determinadas necesidades y motivos no cubiertos que estimulan el rendimiento para su consecución. El grado de satisfacción se refiere a lo que todavía no ha sido conseguido.

La sociedad necesita profesionales de Enfermería que realicen su trabajo durante las 24 horas del día para poder hacer frente a las necesidades inherentes del propio ser humano. Intentar conjugar las demandas sociales y las exigencias personales resulta especialmente importante.

- ❖ Sánchez (2004) en su tesis “Análisis de los efectos de la nocturnidad laboral permanente y de la rotación de turnos en el bienestar, la satisfacción familiar y el rendimiento perceptivo-visual de los trabajadores”, explica que a pesar de haber conseguido garantías indispensables para poder desempeñar cualquier profesión con calidad y seguridad, algunos trabajos presentan características especiales de dureza, horarios inadecuados y otras limitaciones añadidas.

La mayoría de las condiciones laborales pueden ser susceptibles de modificación, adaptándose a las exigencias del trabajador, pero la nocturnidad laboral, ya sea permanente (en turno fijo) o no permanente (turnos rotatorios), es una condición para millones de trabajadores, entre los que se encuentran las enfermeras. La nocturnidad permanente representa una doble alteración (trabajar de noche y dormir de día), la

nocturnidad parcial además añade como condición laboral extra y diferencial, la rotación de los horarios.

En los estudios realizados sobre satisfacción laboral en el trabajo nocturno, se han encontrado diferencias significativas en cuanto a la satisfacción laboral entre trabajadores rotativos y diurnos, así como una importante relación entre el síndrome de Burnout y la satisfacción laboral en enfermeras de turno de noche, encontrándose también muestras de fatiga física y psíquica crónicas y problemas en la vida familiar y social. También se han encontrado elevados índices de insatisfacción con el trabajo nocturno entre trabajadores casados.

Los principales motivos de insatisfacción laboral manifestado por los trabajadores que realizan turno nocturno y en particular los rotativos, se deben a los perjuicios ocasionados en los ámbitos sociales, familiares y de organización individual (horarios de comida, horarios de sueño irregulares...). Igualmente, dicho turno ocasiona un mayor número de problemas en general que el diurno, produciéndose mayores alteraciones digestivas, una mayor percepción del cansancio, problemas relacionados con el sueño, el que más irrita a los empleados, etc.

Los trabajadores con turno rotativo aducen como principales motivos de insatisfacción el trabajar los fines de semana, trabajar durante las noches, la irregularidad horaria y el comenzar muy temprano por las mañanas, aunque podría considerarse el más adecuado para las necesidades fisiológicas y sociales de una amplia mayoría de trabajadores.

El turno de tarde se revela como el de mejor clima laboral, aunque produce una mayor sensación de desperdiciar el día, y el que más restringe la vida social.

El turno de mañana da más tiempo libre al trabajador, siendo considerado el más adecuado para una vida en familia.

- ❖ El Ministerio de Trabajo e Inmigración, publica la Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo (ECVT), el proyecto se inició en el año 1999. Es una operación estadística de carácter anual, cuyo objetivo es obtener información continuada sobre la situación sociolaboral de los trabajadores ocupados, así como sus percepciones sobre sus condiciones y relaciones laborales. Proporciona información sobre la situación laboral del ocupado y de su entorno familiar y se estructura en ocho apartados:



La encuesta se realiza en todo el territorio nacional, con excepción de Ceuta y Melilla. Las personas ocupadas deben tener 16 o más años, que durante la semana anterior han tenido un trabajo por cuenta ajena o ejercida una actividad por cuenta propia.

Algunos resultados de satisfacción de la encuesta realizada en el 2008 son:

- En el trabajo el nivel medio de satisfacción de los ocupados en el trabajo que realizan, según sexo, por diversas variables:
 - El grupo de edad comprendido entre 55 y más años y los que tienen una antigüedad de 11 a 20 años, son los que mayor nivel medio de satisfacción presentan (7,4).
 - Los que tienen un contrato con duración indefinida, su nivel medio es 7,3, frente al 6,9 con contrato temporal/eventual.
 - La Comunidad Extremeña tiene un nivel medio de 7,1, correspondiendo la media superior a Canarias 7,6 y la inferior a Castilla la Mancha 6,8.

- Con la organización, realización y formación el nivel medio de satisfacción de los ocupados con la organización del trabajo en su empresa u organización, con la posibilidad de promociones, con la valoración de sus superiores jerárquicos del trabajo que realizan y con el nivel de participación en las decisiones sobre las tareas desarrolladas en su puesto de trabajo, por diversas variables:
 - Referido a las posibilidades de promoción las mujeres presentan un nivel medio de satisfacción menor en las posibilidades de promoción (4,8 y 5,2).
 - En la valoración de sus superiores jerárquicos es ligeramente superior en las mujeres (7,2 y 7,1).
 - El grupo de edad de 55 y más años desarrolla el nivel de satisfacción más elevado en: actividad desarrollada (7,8), desarrollo personal (7,7), autonomía/independencia (8), motivación (7,3) y formación proporcionada por su empresa u organización (5).
 - Según el nivel de estrés en que se encuentran en su puesto de trabajo, las mujeres presentan un nivel medio de 5,7 y los varones 5,4. Con relación a la edad, los de menor nivel de estrés corresponden a las edades comprendidas entre 16 y 24 años (4,5). En las de mayor nivel medio hay dos grupos de edades que obtienen las mismas puntuaciones, las comprendidas entre 30 y 44 años y de 45 a 54 años con 5'7. La Comunidad Extremeña, junto con la de Asturias son las de menor nivel medio de estrés (4,9), correspondiendo a la de Aragón la de mayor nivel (5,9).
 - Discriminación por sexo 0,9 y 0,7, mujer y hombre respectivamente. Por edad en mujer 0,7 y 0,6 hombre. Por nacionalidad es igual en ambos sexos 0,5. Acoso moral, mobbing, 0,7 del hombre frente 0,6 mujer. Acoso sexual 0,2 mujer y 0,1 en hombre.
- Con los diferentes aspectos relacionados con el contrato de trabajo:
 - Con el salario, prácticamente no presentan diferencias ya que el nivel medio del hombre es 6 y el de la mujer 5,9.
 - La flexibilidad horaria. El hombre tiene un nivel de 6,4 y la mujer 6,3.
 - En vacaciones y permisos el nivel medio de la mujer es ligeramente superior al del varón 7,3 frente al 7,1
 - El nivel medio de satisfacción con la estabilidad en su puesto de trabajo. El grupo mayor corresponde al de 55 y más años con 7,8, reflejando valores

medios iguales o superiores en todos los grupos de edad en el caso de las mujeres.

- Con las condiciones de salud y seguridad en el trabajo:
El nivel medio superior en ambos sexos y edad, coinciden los grupos de 16 a 24 años y los de 55 y más años con el 7,5.
- Formación académica y formación profesional para el empleo:
La utilidad de la formación recibida en la empresa, la distribución porcentual tanto en hombres como en mujeres, corresponde a bastante (39,3 y 44) y un nivel medio de 5,5 en los varones y un 5,8 en las mujeres.

Los resultados de la encuesta realizada en el 2010 son los que se detallan a continuación. Se han registrado los mismos capítulos y grupos utilizados en el año 2008:

- En el trabajo el nivel medio de satisfacción de los ocupados en el trabajo que realizan, según sexo, por diversas variables.
 - Relativo a la edad, de los cinco grupos en los que se encuentran dividido, tres presentan las medias más altas, los de 25-29 años, 30-34 años y 55 y más años con 7,4, los otros dos grupos muestran una media ligeramente inferior (7,3).
 - La antigüedad de 6 a 10 años son los más satisfechos con una media de 7,5.
 - Por tipo de contrato, el nivel medio de 7,5 corresponde a los de duración indefinida, frente 7 con contrato temporal eventual.
 - Por Comunidad Autónoma, Extremadura presenta un nivel medio de 7,4, recayendo la media superior por Comunidades a Cantabria con 7,7 y la menor a Castilla León con 7.
- Con la organización, realización y formación el nivel medio de satisfacción de los ocupados con la organización del trabajo en su empresa u organización, con la posibilidad de promociones, con la valoración de sus superiores jerárquicos del trabajo que realizan y con el nivel de participación en las decisiones sobre las tareas desarrolladas en su puesto de trabajo, por diversas variables.
 - En las posibilidades de promoción, el nivel medio de satisfacción de las mujeres es menor 4,9 y los varones 5,5.
 - En la valoración de sus superiores jerárquicos es igual en ambos sexos 7,2.

- El grupo de edad de 55 y más años, desarrolla el nivel de satisfacción más elevado en: actividad desarrollada (7,8), desarrollo personal (7,8), autonomía/independencia (7,8), motivación (7,4), formación proporcionada por su empresa u organización (6,2).
- El nivel de estrés en su puesto de trabajo es ligeramente superior en las mujeres (6 frente a 5,9 de los hombres). El grupo de edad que manifiesta menor estrés es el comprendido entre 16 y 24 años con 5,2 y con 6,1 las edades incluidas entre 30 y 34 años. Por Comunidades Autónomas, el mayor estrés lo presenta la Aragonesa con 6,4 y las menores Canarias y Extremadura con 5,3.
- Discriminación por sexo, los varones 0,6 y las mujeres 0,7. Por la edad los varones 0,6 y las mujeres 0,7. Por nacionalidad, es idéntica en ambos sexos 0,5. Acoso moral, mobbing, también igual en ambos sexos 0,7. Acoso sexual 0,2 en mujeres y hombres.
- Con los diferentes aspectos relacionados con el contrato de trabajo:
 - Con el salario no presentan diferencias significativas, el nivel medio del varones 5,8 y el de la mujer 5,7.
 - Flexibilidad horaria, el nivel del varón es de 6,5 y la mujer 6,4.
 - En vacaciones y permisos el nivel medio de la mujer es ligeramente superior al del varón (7,2 - 7,1).
 - Nivel medio de satisfacción con la estabilidad en su puesto de trabajo, el grupo mayor corresponde al de 55 y más años con 7,6.
- Con las condiciones de salud y seguridad en el trabajo:

El nivel medio superior en ambos sexos y edad, coinciden los grupos de 16 a 24 años y los de 55 y más años con el 7,5.
- Formación académica y formación profesional para el empleo:

La utilidad de la formación recibida en la empresa, la distribución porcentual tanto en varones como en mujeres, corresponde a una media (28,9 y 28,6) y un nivel medio de 5,9 en los hombres y un 6 en las mujeres.

Comparando la satisfacción en algunos apartados de los dos años del estudio se comprueba que:

- En el trabajo, el grupo de edad entre 55 y más años de edad son los más satisfechos con la misma puntuación (7,4). Referente al contrato, los trabajadores con contrato indefinido obtienen la misma puntuación (7,3) y los eventuales suben tan solo una décima (de 6,9 a 7). La Comunidad Autónoma de Extremadura aumenta el grado de satisfacción de 7,1 a 7,4.
- Con la organización, realización y formación, los varones se encuentran más satisfechos y además aumentan su satisfacción en promoción de 5,2 a 5,5. La valoración de los superiores jerárquicos se mantiene igual (7,2). Desciende en autonomía y dependencia (de 8 a 7,8) el grupo de edad de 55 años o más, y el apartado con menor satisfacción corresponde a la formación proporcionada por su empresa u organización, aunque sube en el año 2010 (de 5 a 6,2). El nivel medio de estrés sube en ambos sexos y en los distintos grupos de edad, se mantiene menor en los varones (6 y 5,9), los de menor edad manifiestan menor estrés (5,2) que los otros grupos mayores (6,1). La Comunidad Autónoma de Extremadura aumenta su nivel medio de estrés de 4,9 a 5,3.
- Con los diferentes aspectos relacionados con el contrato de trabajo, el nivel medio de satisfacción con el salario baja, en ambos sexos, dos decimas con respecto al año 2008 (5,8 en varones y 5,7 las mujeres).
- Con las condiciones de salud y seguridad en el trabajo, los resultados son los mismos en ambos estudios, un nivel medio de 7,5 en ambos sexos y los grupos de menor y mayor edad.
- Formación académica y formación profesional para el empleo. La utilidad de la formación desciende de bastante a media, siendo la distribución porcentual de varones y mujeres de bastante 39,3 y 44 en el 2008 y media 28,9 y 27,6 en el 2010.

2.5. Satisfacción laboral en Enfermería.

2.5.1. Dimensión conceptual.

En Enfermería, al igual que en otras profesiones, hay una amplia variedad de factores que intervienen en la satisfacción laboral, como el entorno físico de trabajo, la fatiga, la supervisión, los compañeros, la promoción, etc. Por tanto, para su estudio y análisis deben contemplarse los abordajes multidimensionales.

La satisfacción laboral es una preocupación para los Directores de Enfermería, Marriner (2001) comenta, que se ha demostrado que la insatisfacción laboral se correlaciona con el absentismo laboral.

Señala que las enfermeras identifican como satisfacción, entre otras, la realización, el reconocimiento, la responsabilidad, la autonomía, la autoridad, las posibilidades de ascenso, el personal adecuado, etc.

Como insatisfacción destaca, la escasa planificación, la mala comunicación, las explicaciones inadecuadas sobre las decisiones que conciernen al trabajo, la tarea excesiva, la sobrecarga que afecta negativamente en la calidad, la falta de personal.

Mompart (1997) opina que la insatisfacción se debe a la escasa autonomía, a la falta de reconocimiento profesional, a una autoridad extrema, a las pocas posibilidades de promoción y de formación, a la tensión de las relaciones interpersonales y a las tareas rutinarias o los salarios inadecuados.

Salvadores et al. (2002) explican que "la motivación y satisfacción laboral de los trabajadores, no solo repercute sobre la mejora del nivel de calidad de vida de los propios trabajadores, también lo hace sobre los Niveles de Eficacia y Eficiencia del Sistema Sanitario, del Hospital, de un Centro de Salud o cualquier Unidad de Enfermería" (p.211).

Proponen para mejorar la satisfacción laboral en el medio sanitario una serie de técnicas como la compensación económica, mayor participación en la toma de decisiones, delegar responsabilidades en ellos. Ya que un complejo sanitario posee servicios muy variados, para ser efectivos, se debe tener en cuenta el contexto concreto de la aplicación, como hacia quién va dirigido, de forma que se elija unos programas específicos de motivación.

En el sector sanitario público utilizar el salario como estrategia de motivación es bastante difícil, pues el personal tiene asignado un sueldo por ley, y los aumentos van determinados por el nivel, antigüedad etc.

Con dichos programas, se intenta que el trabajador perciba su trabajo y el rendimiento en él como agentes de gran transcendencia para su carrera profesional, ya que tendrá un reconocimiento de su aportación a la organización y de su buen hacer dentro de la misma. Por otra parte, al tomar las decisiones del personal sobre la base de su rendimiento, se eliminan las maniobras políticas corporativas, de grupo o incluso individuales, que aparecen en los trabajadores casi como única vía para mejorar su situación y creando un clima tenso y conflictivo en el seno de la institución sanitaria. La imparcialidad es fundamental para elevar la satisfacción.

Existe una relación entre el estrés ocupacional y la insatisfacción laboral (Ribera et al. 1993). Son dos conceptos relacionados positivamente, es decir, a mayor estrés mayor insatisfacción y a menor estrés mayor satisfacción. A veces ambos, estrés e insatisfacción, se han relacionado con síntomas psicológicos indeseables.

Los profesionales de Enfermería, en general, se suelen mostrar satisfechos con los aspectos intrínsecos de su trabajo. Concretamente con la atención a los pacientes. Por el contrario las causas de insatisfacción son similares a las de estrés excesivo, entre otras se encuentran la falta de autonomía y control y la sobrecarga de trabajo.

Pades y Homar (2006) abordan el estrés laboral como el que produce malestar y entendido como una experiencia nociva a eliminar. En la sociedad actual se podría afirmar que “no existe trabajo sin estrés”. Comentan que la Organización Mundial de la Salud en 1981, solicitó a un grupo de expertos un análisis de los riesgos profesionales, desde los puntos de vista físicos, químicos, biológicos y psicosociales, los tres primeros se encontraban definidos e incluso se contemplaban en algunas profesiones, no ocurría igual con los psicosociales, aunque se entienda la salud como la combinación de los tres elementos: bienestar físico, mental y social.

Indican que para Lazarus y Folkman (1986) el estrés es “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”. Atendiendo a esta respuesta son cuatro los elementos que intervienen en el análisis de la respuesta del estrés:

- Estímulos o factores asociados al estrés laboral. Existe una serie de factores de riesgo que afectan a la salud de los trabajadores destacando, en los profesionales de Enfermería, el ambiente físico del trabajo (ruido, iluminación, higiene, disposición del espacio físico etc.), contenidos del puesto (trabajo por turnos y nocturno, sobrecarga de trabajo, exposición a riesgos y peligros, falta de control, complejidad del trabajo...), estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera (conflicto y ambigüedad de rol, relaciones interpersonales con los superiores, subordinados compañeros, usuarios y clientes, estresores grupales, inseguridad en el puesto, falta de

promoción) y estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizativos (demandas por las nuevas tecnologías y estructuras y clima organizacional).

También incluyen factores personales como la edad, el sexo o la personalidad del individuo, factores sociales como el estado civil o el número de hijos y factores laborales como la sobrecarga de trabajo, las relaciones con el equipo, la antigüedad, el turno, el horario o el tipo de actividad desarrollada.

- Evaluación cognitiva. Es el proceso de valoración que realiza la persona de los estresores. Se valoran dos facetas: evaluación primaria (si las exigencias de la situación amenazan el bienestar) y evaluación secundaria (si los recursos disponibles para responder a tales demandas son suficientes). Es un proceso dinámico.
- Respuesta del estrés. Unas pueden ser consideradas reacciones involuntarias al estrés, otras como voluntarias y conscientes ejecutadas para afrontarlo. Algunas de estas son: miedo, ansiedad, excitación, ira, depresión etc., dependiendo de la naturaleza del estresor y la percepción de este por el sujeto. El estrés produce cambios en la conducta social de las personas, aumentando las conductas sociales negativas.
- Consecuencias del estrés. Se deben a la respuesta inadaptada del organismo a los agentes externos y que provocan alteraciones más o menos permanentes, de la salud física y/o mental. Pudiendo afectar a la disminución del rendimiento en el trabajo. Enfermedades crónicas causadas por el estilo de vida estresado (cardiovasculares, jaquecas, úlceras). Alteraciones de tipo psicológico (ansiedad, depresión, insatisfacción, pérdida de la autoestima). Alteraciones de los hábitos alimenticios, del sueño y descanso, abuso de drogas etc. Consecuencias que afectan a la disminución del rendimiento y calidad de los cuidados en el trabajo (aumento en los errores, vulnerabilidad a los accidentes, ineficacia de las decisiones, absentismo).

Refieren que el síndrome de burnout se incluiría en el apartado de consecuencia del estrés, caracterizado este síndrome por un descenso de la realización personal, alto nivel de cansancio emocional y despersonalización. Diferenciándose dos perspectivas, la clínica que entiende este síndrome como un estado al que se llega como consecuencia del estrés laboral y la perspectiva psicosocial, que se desarrolla por la interacción del entorno laboral y las características personales.

La Enfermería es una de las profesiones que presenta altos niveles de estrés laboral, pues se encuentra en contacto directo con el sufrimiento, el dolor y la muerte, presta cuidados

a personas enfermas, posee escasa autonomía en las tareas, conflicto y sobrecarga de rol, etc.

Como explica Rubio (2003) en España el interés por la prevención de los riesgos psicosociales y del estrés laboral queda reflejada en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (B.O.E. 10-11-1995) y el Reglamento de los Servicios de Prevención (B.O.E. 31-1-1997), los cuales reflejan la importancia que tiene evaluar y prevenir los riesgos de carácter psicosocial con el fin de disminuir los accidentes, el absentismo laboral, y al mismo tiempo mejorar la salud y la calidad de vida de los trabajadores.

Se considera que una persona está en una situación estresante o bajo un estresor cuando debe hacer frente a situaciones que implican demandas conductuales, que le resultan difíciles de realizar o satisfacer. Este proceso se reconoce fácilmente en el ámbito laboral, especialmente cuando se da en trabajadores cuya profesión se desarrolla de forma intensa y constante en contacto con otras personas.

Alarcón, Vaz y Guisado (2002) explican que los diversos autores estudiados no establecen una causa única para el síndrome Burnout, sino que se debe a una multicausalidad tanto de factores externos como internos. El Burnout es concebido como un proceso de estrés laboral específico de las personas que trabajan en la relación de ayuda, produciéndose una interacción entre las demandas que genera las distintas situaciones y los recursos disponibles del sujeto.

Puntualizan que la Enfermería es la profesión dentro de las ciencias de la salud que cuenta con mayor número de estudios sobre cómo afecta el síndrome de Burnout. Las enfermeras son el grupo de profesionales de la salud que tienen un contacto, más estrecho con los pacientes y son de vital importancia para la gente que cuidan, familiares, así como para la organización donde desempeñan su labor.

Exponen que las enfermeras trabajan desde dos dimensiones, una técnica, en la que desarrollan aspectos básicos del cuidado del paciente en cuanto que aplican una tecnología exclusiva de la profesión, y otra personal, en la que se ocupan de aliviar el sufrimiento del paciente tanto en su vertiente física como psicológica.

Ahora bien, el trabajo de Enfermería se desarrolla en un ambiente hospitalario, y las enfermeras forman parte del factor humano y son susceptibles de llegar a verse sobrepasadas por la actividad que desarrollan y convertirse en víctimas del síndrome de Burnout.

En España existe una sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco (ratificada por el Tribunal Supremo, en diciembre de 2000) en la que se reconoce que el "síndrome de quemarse por el trabajo" se considera accidente laboral si éste se contrae por causa exclusiva de la ejecución del trabajo.

Antonovsky, propuso al colectivo enfermero para el estudio del constructo llamado el sentido de coherencia (SOC) debido a los numerosos factores estresantes asociados al lugar de trabajo, también por cuidar a personas que se encuentran en una amplia variabilidad de situaciones. Las características de la profesión enfermera como horario por turnos y las dificultades de conciliación de la vida laboral y familiar convierten a este colectivo profesional en una fuente de investigación del constructo salutogénico. Malagón, Fuentes, Suñer, Bonmatí, Fernández y Bosch (2012) realizaron una revisión de la literatura sobre el SOC en el colectivo enfermero; para facilitar la interpretación limitaron su estudio a artículos publicados en lengua inglesa y española. Destacan la reducida producción científica del SOC en relación con los profesionales de Enfermería. Destacan que "el constructo sentido de coherencia" en este colectivo está relacionado con la salud mental, el bienestar y la calidad de vida, siendo un factor protector frente a factores estresantes que provienen del ambiente laboral y de las dificultades de conciliación laboral y familiar. Bajos niveles de este constructo se han asociado con problemas de salud como el *burnout* o la depresión, así como con determinadas características de la personalidad.

2.5.2. Investigaciones previas.

Cualquier profesional de las Ciencias de la Salud, aunque sea del ámbito clínico tiene entre sus funciones la de investigar, incluso conociendo que la organización y la promoción de las tareas investigadoras en un hospital no siempre es tarea fácil y se requiere para ello una firme voluntad y empeño.

En España, en el año 1978, se edita la primera revista de Enfermería con contenidos científicos "*Revista Rol de Enfermería*".

Muchos de los estudios realizados sobre satisfacción laboral en el campo de la salud hacen referencia a los trabajadores en general, incluyendo en algunos casos agrupaciones por categorías profesionales. El personal de Enfermería suele ir acompañado en algunas publicaciones con las titulaciones de fisioterapeutas, matronas, logopedas y auxiliares de enfermería.

- ❖ Reig, Caruana y Peralba (1989) realizan un estudio comparativo de estresores profesionales en personal de Enfermería español y norteamericano, con el objetivo de determinar las fuentes de estrés laboral y su importancia diferencial.

Utilizan un cuestionario elaborados por ellos, para la presente investigación, con 157 situaciones potencialmente estresoras, con cinco alternativas de respuestas posibles. Intentando recoger aspectos representativos de las seis principales fuentes de estrés laboral señaladas por Cooper, a saber: intrínsecas del trabajo (pobres condiciones

físicas de trabajo, sistema de turnos, peligro físico...), rol en la organización (ambigüedad y conflicto de rol), desarrollo de la carrera (promoción, excesiva o insuficiente, falta de seguridad en el trabajo, ambiciones frustradas, etc.), relaciones interpersonales en el trabajo (problemas de relación con el personal), estructura y clima de la organización (participación en la toma de decisiones) y Conflictos entre las exigencias del trabajo y del hogar.

El cuestionario llevaba adjunto datos sociodemográficos y profesionales como edad, sexo, estado civil, años de experiencia, etc. entre otros.

El personal de Enfermería español trabaja en el Hospital del S.V.S. de Alicante con más de 500 camas y el norteamericano en el Fair Oaks Hospital de Washington D.C. con algo menos de 300 camas.

La muestra la componen 51 enfermeras españolas y 32 norteamericanas, de las cuales el 68% del personal español es femenino y el 32% varones frente a un 96,9% mujeres y el 3,1% varones. El 35,3% del español, tiene especialidad frente al 70% del americano.

El personal de Enfermería español presenta una edad media de 35 años y el norteamericano de 37. La mayor parte de estos (74,6% ESP y 71,9% USA) lleva más de 8 años ejerciendo la profesión.

Considerando un nivel de tensión de 3-4 como *moderada a mucha* y 4-5 *mucha a extrema*, los resultados detallan que las situaciones que producen mayores niveles de tensión en el personal americano de mayor a menor son: la escasez de personal (con una media de 3,71), que amenacen con denunciarles, la preocupación por las posibles consecuencias nocivas para los pacientes por sus errores, la excesiva burocracia, que haya varios médicos tratando al paciente, la sobrecarga de trabajo y tener enfermos con SIDA entre otros (3,25 de media).

La enfermera en España, considera la posibilidad de cometer errores eventuales, con consecuencias perjudiciales para el paciente, las provocadas por situaciones estresantes (media de 4). Otras situaciones que perciben asociadas a niveles de tensión entre moderados y altos (media de 3,66) son: el excesivo papeleo, tratar con gente agresiva, la no consulta desde la dirección o administración cuando se toman decisiones importantes que les afecten directamente, tratar con gente pasiva, recibir órdenes contradictorias y la escasez de personal.

- ❖ Para medir la "Satisfacción en el trabajo de Enfermería" Zabala y Ruano (1992) toman como población al personal de Enfermería con plaza en propiedad y con funciones de Enfermería no especializada del Hospital de Cantabria de Santander. La obtención de los datos se obtuvo por medio de una encuesta anónima, con aspectos relevantes

relacionados con el trabajo habitual de los profesionales de Enfermería y estableciendo cuatro niveles de respuesta (mucho, bastante, poco y nada).

Los resultados con el alto grado de satisfacción corresponden a: la relación con los compañeros (82,53%), satisfacción trabajo actual (75,10%), relación con las auxiliares (69,10%) y relación con la supervisora (60,04%).

En el nivel bajo de satisfacción están, entre otras, las repuestas a la retribución económica (35,70%), prestigio profesional (33,27%), adquisición de nuevos conocimientos (32,53%), con los derechos laborales (19,83%) y oportunidad de promoción (17,38%).

Como conclusiones, indican que la satisfacción alta con los demás componentes del equipo es fruto de las buenas relaciones interpersonales. La satisfacción baja es la generada por los sentimientos individuales respecto a aspectos profesionales tales como turnos, compatibilidad con la vida personal, reconocimiento, retribución y posibilidad de desarrollo personal. La satisfacción muy baja incluye aspectos como prestigio profesional, adquisición de nuevos conocimientos, derechos laborales y oportunidad de promoción.

Finalizan las conclusiones detallando que queda claro que el grado de satisfacción más bajo en los profesionales se da en sus derechos laborales y la oportunidad de promoción, haciéndose evidente el bajo reconocimiento de la actividad profesional de Enfermería y la imperiosa necesidad del establecimiento de una carrera profesional, así como de una licenciatura y un doctorado en Enfermería.

- ❖ Ribera et al. (1993) realizaron un estudio que lleva por título “Estrés laboral y salud en profesionales de Enfermería”. En el estudio han participado 748 profesionales de Enfermería de la provincia de Alicante, lo que supone un 18,92% de los 3947 colegiados.

El instrumento utilizado es un cuestionario con variables, en las que figuran: Datos sociodemográficos y profesionales actuales (17), autoevaluación de estrés y salud en el último año (7). escalas de evaluación de estrés, satisfacción laboral y apoyo social en las se incluye cuestionario de estresores laborales para enfermería (68), cuestionario de insatisfacción laboral (12) y cuestionario de apoyo social percibido (11).

Entre los resultados reflejados en el apartado de variables demográficas y profesionales actuales, la media de edad corresponde a 35 años. El 67,9% es femenino, con plaza en propiedad un 72,7%. El 38,6% realiza su actividad laboral en Alicante capital. La mayoría (67%) trabaja en hospitales. Realizan funciones asistenciales un 88,6%. El tiempo de trabajo en la Unidad actual es, en el 26,1% de los

casos, de menos de un año y en general más de la mitad de los encuestados (57%) lleva en el mismo puesto un máximo de tres años. Con turno rotatorio está el 47,9%, sin diferencias de sexo.

Referente al estrés y salud percibidos por los profesionales de Enfermería, el 75,7%, refiere tener estrés en mayor o menor grado. De estos profesionales el 45,5% manifiestan sufrir un aumento del estrés en el trabajo con el paso del tiempo. La valoración del propio estado de salud durante el último año es mayoritariamente buena o muy buena. Los profesionales no ven relación entre su estrés extralaboral y su salud y sí la ven entre su estrés en el trabajo y su estado de salud, no apareciendo diferencias entre hombres y mujeres en esas atribuciones.

Respecto a la insatisfacción laboral, en general, la mayoría de profesionales se encuentra satisfecha con su trabajo, un 58,5% directamente en la respuesta a la afirmación “estoy satisfecho con mi trabajo”. Un grupo elevado (29,2%) tiene problemas específicos que le producen frustración en su trabajo, que hacen referencia a situaciones de servicio, planta, centro o ciudad, más que al trabajo en sí mismo. Solo un 15,6% está claramente insatisfecho, deprimido, frustrado con su actividad de Enfermería, no presentándose diferencias estadísticas significativas entre hombres y mujeres.

En los estresores específicos laborales para el personal de Enfermería, el 50,3% señala, con puntuaciones muy altas, como causantes de estrés casi todas las circunstancias laborales propuestas. (‘pacientes histéricos, ver sufrir a los pacientes, escasez de recursos, escasez de personal...), con relación a la edad, a medida que se va siendo menos joven, va disminuyendo el estrés.

Y por último, el 82,4% indica que en unos perciben el apoyo social y en otros no, como suele ocurrir en la realidad. Más del 70% tiene alguna persona en la que confiar o que se interese por ellos cuando están preocupados o en momentos difíciles. Surgen más problemas de apoyo cuando las ayudas son materiales y económicas.

- ❖ El objetivo del estudio llevado a cabo por Fernández, Villagrasa, Gamo, Vázquez, Cruz, Aguirre y Andradas (1995) es conocer el nivel de satisfacción laboral y analizar sus componentes en los trabajadores de las instituciones de un Área de Salud: centros de Salud, ambulatorios y hospital de referencia.

El método utilizado es un diseño transversal en el que se han encuestado a los trabajadores del INSALUD del Área 10 de Madrid, tanto de Atención Primaria como Especializada. El número de encuestas contestadas en Atención Especializada asciende a 255, correspondiendo al grupo de enfermeras el 66,2% (86), y 357 de Atención Primaria perteneciendo al grupo de enfermeras el 70,1% (103).

Utilizan la encuesta de satisfacción de Font-Roja (27 ítems valorados por la escala Liker1-5) y un cuestionario que recoge variables independientes: sociodemográficas y relacionadas con el puesto laboral (tiempo en el puesto actual, centro donde trabaja, turno de trabajo...).

Teniendo en cuenta a todos los trabajadores, los que se encuentran en situación laboral fija presentan una puntuación significativamente menor en las dimensiones de promoción profesional (2,16, frente a 2,41 los interinos), satisfacción con el puesto de trabajo (2,92 y 3,06 los interinos), relación entre profesionales (3,25 y 3,54) y tensión relacionada con el trabajo (2,32 de los fijos y 2,47 los interinos).

El nivel de satisfacción en general es superior en los trabajadores eventuales, que los que tienen plaza en propiedad.

Del total del grupo de profesionales encuestados, las enfermeras encuentran que sus posibilidades de promoción profesional son escasas. En cuanto a la satisfacción en el trabajo, el grupo menos satisfecho es el de las enfermeras (2,88). Las de Atención Especializada expresan un menor nivel de satisfacción (2,68) que las de Atención Primaria (3,05) en el ítem “en mi trabajo me encuentro muy satisfecho”. Comentan que esto puede deberse a un exceso de trabajo en el hospital, ya que los turnos son cambiantes, y las situaciones a las cuales se enfrentan son más agudas. Igualmente refieren que las enfermeras de Atención Primaria tienen mayor independencia en sus tareas.

- ❖ Bonavida, Canal, y Pisans (1996) utilizan como población de estudio los ATS y DUE del Hospital de Bellvitge “Príncipes de España” de Hospitalet de Llobregat (Barcelona) y uno de los objetivos de su investigación es, conocer el grado de influencia de cada uno de los factores de satisfacción asociados a la motivación.

Afirman que el 85,4% de los profesionales investigados se encuentran motivados. Este nivel de motivación viene dado por la satisfacción que sienten en cuanto a: salario percibido, beneficios sociales, promoción profesional, información y formación recibida.

Existe por el contrario una insatisfacción importante frente a otros factores como son las relaciones existentes entre compañeros y con los supervisores. Tampoco se encuentran satisfechos con la responsabilidad que tienen en su trabajo, ni con el lugar jerárquico que ocupan, ya que preferirían que este fuera superior en un 90,5%.

- ❖ El artículo de Granero, A. y Planas N. (1998) titulado “Satisfacción laboral de la Enfermería de U.C.I.: estudio multicéntrico en la provincia de Barcelona” define su objetivo general el obtener un conocimiento real del nivel de satisfacción laboral de las enfermeras que trabajan en las UCIs de la provincia de Barcelona, analizando

algunos factores con el fin de establecer en un futuro un plan de mejora. La población investigada contempla a las enfermeras que trabajan en los veintinueve hospitales de la provincia de Barcelona dotados de UCIs generales, polivalentes y coronarias.

En los resultados describen que en una escala de 0 a 10, el nivel de satisfacción laboral es de 6,53, lo cual manifiesta que se encuentran satisfechas con su trabajo.

Los profesionales más satisfechos, más motivados, menos estresados, mejor comunicados y más predispuestos a formarse son los que trabajan en centros privados.

Las situaciones que les generan más insatisfacción son la mala comunicación horizontal/vertical (19,27%), el horario de trabajo (16,55%) la supervisión deficiente (14,51%), el salario (11,79%), la falta de reconocimiento profesional (7,02%), sobrecarga de trabajo (6,12%).

Los factores sociolaborales y profesionales influyen de la siguiente forma en el nivel de satisfacción laboral: no inciden el sexo, el estado civil y el tipo de jornada laboral, y tienen una incidencia mínima la titulación, los años de activo, los años en la unidad y el salario.

- ❖ El “Estudio de la satisfacción laboral en un servicio de recuperación quirúrgica” es un trabajo llevado a cabo por Ortega y Torres (1999) en la Unidad de Recuperación Quirúrgica del Hospital Universitario Clínica Puerta de Hierro de Madrid. En dicha Unidad trabajan un total de cincuenta y seis enfermeras, dieciocho auxiliares de enfermería y una supervisora.

En la citada unidad, como cualquier otra de cuidados intensivos, el personal tiene que hacer frente a múltiples situaciones de tensión provocadas por el ambiente, por el contacto directo con el riesgo de muerte, por las responsabilidades, etc. Debiendo estar dispuesto a realizar un esfuerzo importante y personal para su formación y a ser remunerado económicamente igual que en otras áreas de hospitalización.

Elaboran un cuestionario adaptado del cuestionario de “Font Roja” con 25 ítems valorados con escala Likert en el sentido de menor a mayor de 1-5. Diferencian dos áreas, la satisfacción y motivación, centrándose para el estudio los referidos a la satisfacción. Igualmente se recogen variables sociodemográficas presumiblemente relacionadas con la satisfacción (edad, sexo, situación laboral...).

Los cuestionarios cumplimentados ascendieron a 66 de los que 49 fueron contestados por enfermeras (90,74%) y 17 por auxiliares de enfermería (100%).

El factor mejor valorado por todo el equipo ha sido el referido a las relaciones interpersonales dentro de la misma categoría profesional (4,11) y el peor valorado es el que se refiere a la presión en el trabajo (2,24). El ítem que pregunta directamente por la satisfacción con el trabajo que se realiza se sitúa por encima del 3,58 del punto de inflexión de insatisfacción/satisfacción (3).

Los resultados globales, ponen de manifiesto que los profesionales valoran de forma desigual las distintas dimensiones que influyen en la satisfacción laboral, destacando las relaciones con sus propios compañeros como el factor que más influye en su satisfacción. Por el contrario, la presión del trabajo y el sueldo como característica extrínseca del estatus son los factores que más insatisfacción generan en el colectivo.

La competencia profesional, la tensión relacionada con el trabajo, la promoción profesional y las relaciones con otros grupos de profesionales son valores que generan insatisfacción.

Las auxiliares de enfermería son el grupo que refiere más exceso de trabajo y las enfermeras las de menor nivel de satisfacción, así como las que encuentran menores posibilidades de promoción profesional.

En la valoración según el tipo de contrato, el resultado es de mayor satisfacción general en los contratados.

Los profesionales con más de 15 años de experiencia (edad entre 35-36 años), se adaptan al medio estresante, lo ve normal y lo domina. La mayor edad se asocia a menor satisfacción laboral respecto al grupo de los más jóvenes, sobre todo en relación con el estatus profesional (sueldo recibido y necesidad de desarrollo profesional).

Concluyen su trabajo comentando que a la vista de los resultados no pueden afirmar que el personal de la Unidad de Recuperación esté totalmente insatisfecho, pero sí que a través del cuestionario se revela que existen unas fuentes de insatisfacción. En la medida que se actuó positivamente sobre ellas podrán mejorar el nivel global e incluso motivar al personal.

- ❖ López, Bernal y Cánovas (2001) utilizan para su estudio sobre satisfacción laboral al personal del hospital comarcal de Caravaca de la Cruz (Murcia). Este hospital público del INSALUD utiliza el cuestionario de Font Roja adaptado de la versión española del *Tecumseh Community Health Study*, el cual está desarrollado pensando exclusivamente para el medio hospitalario español y particularmente para el sector público.

El índice mayor de respuesta 51,8% corresponde a los sanitarios de Enfermería (enfermeras, matronas y fisioterapeutas). Por categoría profesional este grupo puntúa significativamente mejor la satisfacción en el trabajo que el resto de categorías.

El 73,2% de los que contestaron tienen valores de satisfacción global igual o superiores a 3 en la escala Likert, siendo el nivel global de insatisfacción laboral del 26,8%.

Las dimensiones más valoradas han sido la relación con los superiores y la satisfacción en el trabajo (competencia profesional). Las dimensiones menos valoradas han sido la promoción profesional y la presión en el trabajo.

Los trabajadores de mayor antigüedad en su profesión puntuaron mejor las respuestas de satisfacción laboral y peor las relativas a las de oportunidad.

- ❖ Para estudiar “El estrés laboral en los profesionales de Enfermería hospitalarios” Tomás y Fernández (2002) recurren a los profesionales de enfermería que desarrollan su trabajo en el ámbito hospitalario, seleccionando aleatoriamente tres centros hospitalarios del área metropolitana de Barcelona.

La recogida de datos se efectuó mediante la Escala de Estresores Laborales para Enfermería (Nursing Stress Scale: NSS) de Gray-Toft y Anderson, que constituye el instrumento más conocido y utilizado en el ámbito anglosajón para el estudio del estrés relacionado con el trabajo de Enfermería.

El cuestionario consta de 34 ítems referidos a situaciones que son susceptibles de provocar estrés laboral en el ámbito de la Enfermería hospitalaria. Divididos en factores: relaciones personales, conflictos de competencias, muerte y sufrimiento, presión laboral, habilidades profesionales y comunicación intragrupal. Las posibles opciones de respuestas son: nunca, alguna vez, frecuentemente y muy frecuentemente, puntuándose de cero hasta tres.

De los 240 cuestionarios repartidos se recibieron correctos 195 (81,25%) que correspondían a 174 mujeres (89,2%) y 21 hombres (10,8%) cuya edad media es de 33,29 años y un rango de 18 a 57.

Los sujetos desarrollaban su trabajo en servicios de: Urgencias (n=41), Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (n=49), Oncología y Cuidados Paliativos (n=53) y Hospitalización General (n=52).

En sus conclusiones refieren que no aparecen diferencias significativas en el nivel global de estresores laborales entre los distintos ámbitos de actuación profesional de Enfermería estudiados.

El factor denominado “Presión Laboral” es la principal fuente de estrés en el total de la muestra y en tres de los cuatro grupos y en el grupo de enfermeras de oncología y cuidados paliativos detectan que el factor “Muerte y Sufrimiento” se convierte en la principal fuente de estrés, además de ser el grupo que más alto puntúa en él.

- ❖ El estudio llevado a cabo por Del Rio, Perezagua, Villalta, & Sánchez (2005) tiene como objetivo extraer y comparar los resultados y conclusiones de los artículos publicados en revistas españolas en los últimos catorce años, sobre satisfacción en Enfermería.

El número de estudios revisados ascendió a treinta. Los trabajos revisados han sido realizados y publicados desde 1990 hasta 2003. Dichos estudios están centrados en Atención Primaria, Secundaria y en ambos niveles, a estos últimos lo denominan mixtos.

Lo que más satisface a las enfermeras:

- En Primaria: Destaca la relación personal tanto con el usuario como con el resto del equipo de trabajo. El trabajo se desarrolla mejor y resulta más fácil con usuarios de un nivel cultural elevado. En este nivel se está comprobando como la Enfermería tiende a trabajar con una atención integral. El modelo de enfermera de referencia aumenta el grado de satisfacción laboral y el percibido por el usuario. Las enfermeras que trabajaban dentro del tipo de atención primaria reformada tienen tiempo suficiente para realizar su trabajo.
- En Secundaria: Coinciden con las enfermeras de primaria, que lo que más las satisface son las relaciones interpersonales con los usuarios y compañeros. Los grupos que realizan sesiones clínicas conjuntas, se encuentran más satisfechos que los que aún continúan con el método tradicional. Las enfermeras eventuales destacan por tener mayor satisfacción que los fijos. Con relación a los turnos, las enfermeras más satisfechas son las que realizan su trabajo durante el turno de tarde, correspondiendo al menos satisfecho las que lo realizan de forma rotatoria. Las unidades de Enfermería con modelo de enfermero de referencia están más satisfechas que las unidades que trabajan por tareas.
- En mixtos: También el nivel de satisfacción es mayor en los eventuales, igualmente el turno de tarde también es el más satisfecho. Realizan sus tareas de forma independiente. Los enfermeros que trabajan en medio rural están más satisfechos profesionalmente que los que trabajan en zona periurbana.

Lo que menos satisface a las enfermeras:

- En primaria: Determinado grupo de población continúa viendo a la enfermera como “auxiliar” del médico. La incertidumbre sobre lo que el profesional quiere de su profesión. Conflictos debido a la delimitación de funciones y competencias. El exceso de trabajo y la falta de recursos humanos. Poca promoción profesional, remuneración baja y falta de formación. La falta de comunicación con profesionales de atención especializada. Las enfermeras menores de treinta años y eventuales perciben como desfavorables las relaciones con los compañeros.
 - En secundaria: Destaca el trabajo por turnos y los fines de semana y festivos. El escaso desarrollo personal y retribución. Falta de motivación. La comunicación con los cargos intermedios no siempre es la adecuada. Escasa participación con los órganos de dirección, sintiéndose distanciados. Los profesionales mayores de treinta y seis años muestran menor satisfacción laboral (sueldo y desarrollo profesional). Tensión y presión en el trabajo. Sobre el personal que trabaja en las Unidades recae, en multitud de ocasiones, la formación de profesionales de nueva incorporación y de alumnos, dificultando el proceso de atención al paciente y generando un elevado grado de tensión laboral. La labor asistencial es la menos satisfactoria de todas. Una cuarta parte de los enfermeros no volverían a iniciar sus estudios de Enfermería.
 - En mixtos: La enfermera de atención especializada expresa menor nivel de satisfacción que la de atención primaria. Poca valoración en el trabajo, así como ausencia de promoción profesional. Cargas de trabajo elevadas y mala remuneración.
- ❖ Pérez y Díaz (2007) realizan un trabajo de investigación cuyo objetivo es conocer la prevalencia del síndrome de Burnout entre el colectivo de enfermeras de Atención Primaria del Servicio Gallego de Salud (SERGAS). Para su trabajo realizan un estudio descriptivo transversal, estudiando a todas las enfermeras (350) de Atención Primaria del SERGAS. La recogida de datos se realiza mediante dos cuestionarios, una encuesta sociodemográfica y el Cuestionario de Font Roja que explora las áreas componentes de la satisfacción laboral de los profesionales, midiendo cada pregunta en una escala de tipo Likert de 1 a 5 en el sentido de menor a mayor grado de satisfacción.

La tasa de respuesta ascendió al 37%, siendo la edad media de los profesionales de 39,57 (predominando el sexo femenino 71, 43%), de los cuales ejercen en el medio rural el 85,71%, con contrato de interinidad del 46,83% y una vinculación media a la sanidad pública de 14,7 años.

La satisfacción laboral fue de 3,30. Siendo los valores más altos encontrados los pertenecientes a “Competencia profesional” con 4,51, la “Monotonía laboral” con 4,24 y la “Relación con los compañeros” con 3,83.

Con menor satisfacción se encuentran los ítems “Presión del trabajo”, “Relación con los jefes”, “Promoción profesional” y “Tensión relacionada con el trabajo”.

Las puntuaciones más bajas correspondieron a “Status profesional” con 2,56 y “Satisfacción por el trabajo” con 2,59.

No encontraron diferencias significativas con respecto al sexo. Existe una disminución de la satisfacción laboral hasta los 10-15 años de ejercicio profesional, pero a partir de ahí la gráfica muestra un aumento de la satisfacción laboral.

La evolución de la satisfacción laboral y la edad muestran un incremento del Burnout hasta los 35-40 años de edad, mientras que a partir de los 40 parece disminuir.

En el estudio detectan que la satisfacción laboral de los profesionales que trabajan en el medio rural parece ser mayor que entre los que lo hacen en el medio urbano.

La revisión que han realizado con otros trabajos publicados, detallan una serie de causas referidas por los encuestados, en relación con diversas circunstancias que podrían mitigar este síndrome, tanto a nivel personal como en la organización en el trabajo. A nivel personal se han señalado cambios de actitudes personales mediante técnicas de autocontrol, de relajación o de comunicación asertiva, dirigidas hacia el manejo de situaciones de estrés. Los cambios en la organización en el trabajo se dirigen hacia la formación continuada, su accesibilidad y su aplicación práctica.

Como conclusiones afirman que la satisfacción global encontrada está situada dentro de los valores medios, lo que concuerda con otros trabajos realizados y de similares características.

- ❖ Rios y Godoy (2008) titulan su investigación “La satisfacción laboral en un colectivo de Enfermería de urgencias” la muestra para el mismo la componen las enfermeras del servicio de urgencias del Hospital Universitario Morales Meseguer de Murcia. Utilizan el cuestionario de Font Roja para medir la satisfacción laboral y una encuesta que mide las variables sociodemográficas.

Un porcentaje elevado de la muestra 87,2% se encuentran moderadamente satisfechos con su trabajo, el 12,8% refieren estar altamente satisfechos.

Los componentes laborales con los que los profesionales se encuentran más satisfechos son los relacionados con los compañeros de trabajo, el puesto o labor que desempeñan, y la sensación de competencia profesional a la hora de desarrollarla.

Las dimensiones laborales con las que los profesionales muestran más insatisfacción son el reconocimiento profesional, la tensión laboral por la responsabilidad percibida y las posibilidades de promoción profesional.

El género femenino muestra mayor satisfacción laboral que el masculino.

Los profesionales eventuales y con menor experiencia laboral muestran una mayor satisfacción con su trabajo.

La variable edad indica que a mayor edad de los profesionales, obtienen puntuaciones de satisfacción laboral global inferiores. A medida que aumenta la edad de los profesionales y su antigüedad en el servicio, desciende su satisfacción con aspectos laborales concretos como el reconocimiento profesional, la promoción profesional, y la relación con los compañeros de trabajo.

Con este estudio ponen de manifiesto la relevancia de la satisfacción con los compañeros de trabajo. Las relaciones interpersonales con ellos se convierten en una pieza clave de la satisfacción laboral y puede contribuir a atenuar o prevenir la presencia de agotamiento emocional en el colectivo sanitario. La ausencia de reforzadores por parte de los jefes o superiores, la falta de reconocimiento social y económico unido a la escasa posibilidad de promoción profesional, se convierten en las áreas percibidas como de mayor insatisfacción laboral.

- ❖ Ruzafa, Madrigal, Velandrino y López (2008) tienen como objetivo en su trabajo, el evaluar la satisfacción laboral de los profesionales de Enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses. Realizaron un estudio trasversal que incluyó a todo el personal de Enfermería español que se encontraba trabajando en hospitales ingleses con las características de que el contrato laboral estuviera dentro del programa de contratación "UK/Spain Bilateral Agreement" y estar trabajando desde al menos un mes antes del inicio del estudio. En el momento del estudio había 360 profesionales repartidos en 24 hospitales ingleses.

Las variables estudiadas incluían las sociodemográficas y laborales. La variable de satisfacción laboral se valoró mediante el cuestionario de satisfacción laboral de Font Roja.

La participación ascendió al 78,6%, la distribución por sexo un hombre por cada tres mujeres, siendo similar a la Española.

La edad hace referencia a población joven, encontrándose algún caso con edad superior a los 31 años.

La satisfacción laboral global media es de 3,05 en una escala de 1 a 5; de muy insatisfecho a muy satisfecho.

Las relaciones con los compañeros y con los jefes (3,96 y 3,58 de media global respectivamente) son las que obtienen puntuaciones más altas. Refieren que a la vista de los datos obtenidos, los profesionales de Enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses presentan un nivel medio de satisfacción laboral global, siendo estos muy similares a los observados en estudios llevados a cabo en España, utilizando el mismo cuestionario. Comprobando que ni el idioma ni la diferencia cultural obstaculizaron el desarrollo de una adecuada relación de los profesionales de Enfermería españoles, siendo el apoyo social uno de los factores mejor valorados por ellos.

Las de mayor insatisfacción laboral corresponde a satisfacción por el trabajo y competencia profesional (2,40 y 2,65 de media global respectivamente). Estos difieren de otros estudios llevados a cabo con profesionales de Enfermería en España, donde esta dimensión es uno de los factores que más satisfacción laboral aportan. Explican que esto puede ser debido a las diferencias entre el modelo anglosajón y el español de competencias y funciones de la profesión enfermera.

- ❖ En La Comunidad Autónoma de Extremadura el estudio realizado por el Servicio Extremeño de Salud, (agosto de 2008) tiene como objetivo general conocer la opinión y satisfacción de los empleados de la Atención Hospitalaria del área de Badajoz en relación con sus condiciones laborales y puestos de trabajo.

Dicho estudio abarca tanto personal sanitario como no sanitario. El grupo correspondiente al personal de Enfermería incluía a Fisioterapeutas y Matronas, correspondiendo a un 28,4% (1213 empleados) y contestando a la encuesta el 23,7% (287 empleados) siendo la categoría profesional con mayor número de respuestas.

El resumen de resultados refleja que la satisfacción media es de 4,5. Siendo las mayores causas de insatisfacción las relacionadas con la remuneración, con la cantidad de trabajo, con la dirección, con las infraestructuras, con la motivación y con las oportunidades de desarrollo.

Los puntos fuertes de este grupo son las relaciones con los compañeros (7,6), el trato humano ofrecido al paciente (7,4), y la relación con el superior inmediato (6,9).

Los puntos débiles son los relacionados con las decisiones tomadas por dirección en mi centro/servicio/departamento se explican bien (2,8) y las decisiones tomadas por dirección en mi centro/servicio/departamento son buenas (2,4).

También figuran comentarios incluidos por cada grupo profesional correspondiendo a Enfermería un total de 199, siendo igualmente el grupo más numeroso.

- ❖ Gómez, Álamo, Amador, Ceacero, Mayor, Muñoz y Izquierdo (2009) realizaron un estudio comparativo de "el grado de estrés profesional y satisfacción laboral" en un grupo de profesionales de Enfermería de Medicina Interna en el año 1998 y 2005.

Su objetivo era conocer la incidencia de las tres dimensiones del burnout y el grado de satisfacción laboral entre el Personal de Enfermería (Diplomados en Enfermería y Auxiliares de Enfermería) de Medicina Interna del Hospital 12 de octubre de Madrid durante los años 1998 y 2005.

Para el estudio utilizaron un cuestionario que incluía el Inventario de Burnout de Maslach, para medir la incidencia del burnout y el cuestionario de satisfacción laboral de Warr, Cook y Hall.

En ambos años se entregaron el mismo número de cuestionarios (107) obteniendo una respuesta mayor en el primer año, 71, frente a los 61 del año 2005.

La participación en el año 1998 de Diplomados en Enfermería fue del 66,09% y el 65% en el año 2005.

Teniendo en cuenta, desde la perspectiva psicosocial, que el síndrome de burnout se presenta cuando los síntomas son bajos en los niveles de realización personal en el trabajo y hay altos niveles de agotamiento emocional y de despersonalización, los resultados de este estudio indican:

- Un grado medio de agotamiento emocional en el año 1998 y un nivel medio medio-bajo en el 2005.
- En despersonalización o deshumanización, presentaron un grado medio en ambos años.
- En la subescala de realización personal, en el año 1998 mostraron un grado medio, y un grado medio-alto en el 2005.

Los resultados de la encuesta de satisfacción laboral indican que, el grado de satisfacción laboral en el año 2005 había aumentado con respecto al año del estudio anterior. En el primer año el personal de Enfermería manifestó encontrarse "muy insatisfecho" con relación al dinero percibido, relaciones con la dirección, oportunidades de promoción, formas de dirección de la empresa y seguridad en el puesto de trabajo. La respuesta "muy insatisfecho", no es señalada por los Diplomados que cumplimentaron el cuestionario en el año 2005.

Igualmente se notó una mejoría en cuanto a la relación con los colegas de trabajo, el reconocimiento por el trabajo bien hecho, el dinero percibido entre otros.

La percepción general fue de mejora y en ningún caso se objetivó descenso del grado de satisfacción laboral.

Concluyen que el aumento de la satisfacción podría deberse a los cambios que se han producido en el hospital entre los años de estudios, siendo entre otros, el aumento del personal fijo que pasó del 1,7 al 33,30%, cambio en la Dirección de Enfermería del hospital, aumento de personal de refuerzo cubriendo las incidencias del personal, lo que contribuyó a disminuir la sobrecarga de trabajo. La disminución de la sobrecarga de trabajo pudo influir positivamente en la reducción de la sobrecarga emocional.

Explican que "a medida que aumentó la satisfacción laboral del personal de enfermería en cuanto a los recursos organizativos, se redujo el desgaste profesional ya que los datos obtenidos indicaban que disminuyó el agotamiento emocional y aumentó la realización personal de los trabajadores objeto de estudio, manteniéndose en un grado medio la despersonalización o deshumanización" (p.60).

- ❖ García, Moro y Medina (2010) enfermeras de la Unidad de Apoyo a la investigación en Enfermería del Hospital General Gregorio Marañón de Madrid, realizaron un estudio referido a la evaluación y dimensiones que definen el clima y la satisfacción laboral en el personal de Enfermería del citado hospital. Creen que en todas las organizaciones y en especial, en el ámbito sanitario, se debe fidelizar a los profesionales para conseguir que los hospitales se transformen en *hospitales magnéticos*, los cuales se caracterizan porque sus profesionales sienten y valoran que trabajan en un buen clima laboral y el trabajo les proporciona un alto grado de satisfacción profesional repercutiendo en la mejora de los pacientes. Para ello es necesario medir cual es el grado de satisfacción de los profesionales y cómo es el clima laboral en el que desarrollan su trabajo.

La población de estudio abarca enfermeras, auxiliares de enfermería y auxiliares de obras y servicios (AOS) del "Gregorio Marañón", con una situación laboral estable (fija o interina).

La recogida de datos se efectuó mediante el cuestionario elaborado por el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) modificado. Consta de tres bloques:

- Características demográficas y laborales (7 preguntas).
- Trece epígrafes con un total de 32 preguntas cerradas agrupadas en que valoran: condiciones de trabajo, formación, promoción y desarrollo profesional, reconocimiento, retribución, relación jerárquica, participación,

organización y gestión de cambio, clima de trabajo, organización interna, conocimiento e identificación con los objetivos y percepción de la dirección. Diseñado a partir de una escala Likert con 5 posibles respuestas que valoran desde la total satisfacción a la total insatisfacción.

- En el último bloque se plantean 3 preguntas de valoración con escala numérica de 0-10 relativas a la satisfacción general con el trabajo realizado, a la percepción de la calidad del servicio que el hospital ofrece a sus pacientes y la valoración global del clima laboral. Se introduce también una pregunta abierta para las sugerencias.

Entregaron 3.543 cuestionarios y respondieron 1676 (tasa de respuesta del 47,3%). Para el análisis de relaciones entre variables, consideran como variables independientes las características sociolaborales y las diferentes dimensiones estudiadas y como variables dependientes el resultado de la valoración global de clima laboral de satisfacción del puesto desempeñado.

La edad media fue de 40,8 años y una antigüedad en el hospital de 12 años. La valoración media global del clima laboral fue 5,9 y de la satisfacción 6,7.

Los datos obtenidos sugieren que a mayor especialización mayor es el grado de satisfacción que el trabajo proporciona. Observando que las dimensiones que definen el clima laboral están más relacionadas con el entorno laboral y las que definen la satisfacción más con los profesionales.

En las enfermeras fueron significativas las expectativas de promoción y las condiciones de seguridad y dejaron de ser significativas el aprovechamiento de la capacidad, el conocimiento de los objetivos de la dirección y la receptividad de la dirección

Opinan que se hace necesario establecer de modo habitual este tipo de estudios y evaluaciones, con el fin de que la gestión se dirija a conseguir que los trabajadores encuentren que su entorno de trabajo no es en ningún caso amenazante y que su grado de satisfacción sea cada vez más elevado.

Como conclusión, consideran que la valoración global es buena/alta, tanto de modo global como por categorías, aunque las dimensiones que determinan esta valoración son diferentes dependiendo de cada categoría.

- ❖ Iriarte (2012) se fijó como objetivo de su investigación identificar el nivel y los factores que influyen en la satisfacción de los enfermeros en el Complejo Hospitalario de Navarra y analizar las posibles diferencias entre dicha satisfacción y los distintos servicios donde se lleva a cabo el estudio. Realizó un estudio transversal y descriptivo

mediante un cuestionario dirigido a los enfermeros del Complejo, la muestra la componían 106 profesionales.

Los aspectos en los que el personal de Enfermería se encuentran más insatisfechos fueron: las oportunidades de interacción de disciplinas, el salario, los beneficios, las vacaciones, la relación con los médicos y, por último, la alabanza y reconocimiento en el trabajo.

Muy alabado por los encuestados, es el reconocimiento por parte de sus compañeros, los enfermeros, ya que ellos mismos consideran que se apoyan mutuamente a la hora de trabajar. El servicio en el que se percibe más compañerismo es en la UCI y Urgencias y el que menos Quirófano. Comenta que esto puede estar relacionado con el estrés laboral que se vive en los servicios especiales, donde el personal se apoya mutuamente para poder cuidar y proteger al paciente de la mejor manera posible.

Por otra parte tienen una percepción negativa en el ámbito de la formación, ya que muchos no se encuentran satisfechos con las oportunidades de desarrollo profesional. El aumento de horas de trabajo, el recorte de personal, unido al escaso reconocimiento por parte de sus superiores, provoca también insatisfacción.

En cuanto a la edad, los enfermeros con edades superiores a 40 años muestran una menor satisfacción general. Comenta que este dato, está relacionado con la evolución que ha sufrido nuestra profesión a lo largo de los años y, con la situación actual en la que ahora nos encontramos, ya que las enfermeras con más experiencia, son aquellas que han tenido que luchar más para que la profesión de enfermería sea valorada y sienten que su trabajo no ha servido de mucho, con todos los cambios que en la actualidad, se están produciendo.

- ❖ En el plan de prevención del burnout, llevado a cabo en "El Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura" se realizó una evaluación de los niveles de burnout entre los profesionales de Cuidados Paliativos durante los años 2007 y 2011. Se utilizó la escala "Maslach Burnout Inventory", cuyos resultados arrojan puntuaciones intermedias en dicha escala, indicando que el nivel de burnout del colectivo evaluado se sitúa dentro de límites razonables. Aunque el riesgo de padecer este síndrome, se mantiene controlado y existen buenas estrategias de afrontamiento entre los profesionales, está el riesgo de que se desarrolle un síndrome de burnout entre la mayoría de las personas encuestadas.

Ante estos resultados, se crea la necesidad de elaborar una "Guía de prevención del burnout en equipos de soporte de Cuidados Paliativos" (2015), para los trabajadores de estas unidades, argumentando que es una actividad que conlleva mucha tensión y

se encuentra en continuo contacto con la muerte y el sufrimiento, así como la ansiedad del enfermo y la familia, pudiendo afectar a la capacidad emocional de los profesionales.

En esta guía se contemplan dos líneas de actuación:

- Prevención personal y autocuidado.
- Contexto organizacional y la formación de capacidades básicas para el trabajo en equipo.

Las actuaciones preventivas, a nivel individual, se realizan por medio de cuestionarios MBI y PROQQL (Professional Quality of Life). Con estas evaluaciones se pueden detectar situaciones de riesgo, lo que permite ofrecer algunas recomendaciones y estrategias para afrontar esta situación.

La segunda línea de actuación, está centrada en la formación de habilidades y capacidades para el trabajo en equipo, así como aspectos a nivel de organización, como el clima laboral.

- ❖ Crespo y Cosme (2012) efectuaron un estudio observacional descriptivo, transversal y multicéntrico, con los profesionales de Enfermería del área de salud de Talavera de la Reina (Toledo), tanto de Atención Primaria (AP), como de Atención Especializada (AE).

De los 520 profesionales de Enfermería, 169 de Atención Primaria y 351 de Especializada, se obtuvo respuesta de 333 correspondiendo 126 a AP y 207 de AE, ascendiendo al 64,03% la tasa global de respuesta.

Entregaron dos cuestionarios: encuesta sociodemográfica y el cuestionario de Font Roja.

En los dos ámbitos asistenciales, es la relación con los compañeros el factor peor valorado. En Atención Primaria el mejor corresponde a la competencia profesional y en Especializada, la satisfacción por el trabajo.

La media total de cada uno de los ítems, satisfacción global, muestra un personal de Enfermería satisfecho. Interpretan, que dado que éste es un condicionante de calidad asistencial, es posible pensar que los cuidados prestados en esta área de salud son cuidados de calidad.

El perfil predominante, así como el grado de satisfacción laboral es similar en los dos ámbitos de actuación, indicando que se rompe la idea concebida de que el profesional de Enfermería de AP está más satisfecho que el de AE.

Aspectos como la mayor autonomía en la planificación y organización del trabajo, la independencia en aplicar determinados cuidados, el mayor acercamiento a los mandos intermedios en AP y mayor percepción de carga de trabajo en AE, que podrían hacer que el grado de satisfacción percibida fuera diferente, no alteran el grado de satisfacción laboral sino simplemente influyen en un mayor o menor puntuación en determinadas dimensiones.

- ❖ El objetivo del estudio de Sánchez y Sierra (2014) fue determinar el grado de burnout en el equipo de la Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) Médica del hospital Ramón y Cajal de Madrid. Utilizaron como instrumento el cuestionario Maslach Burnout Inventory en su versión española y otro en el que se han recogido datos sociodemográficos de la muestra de estudio.

La muestra del estudio está compuesta por el equipo de Enfermería que trabaja en la UVI médica. El cuestionario es rellenado de manera correcta por 68 personas. Los criterios de inclusión son: Enfermeras y Auxiliares de Enfermería con turno rotatorio. Algunos de los resultados obtenidos en cada uno de los apartados que mide el cuestionario MBI son los que se describen a continuación:

- Referido al cansancio emocional:
 - El 60,3% de la muestra presenta un nivel bajo, recayendo en las enfermeras el 47%.
 - El rango de edad entre 35 y 54 años el de mayor nivel, con un 14,6%.
 - El 30,8% de los profesionales eventuales tienen puntuaciones bajas y el 10,3% de los fijos experimentan un nivel alto.
 - Conforme avanza la experiencia laboral, aumenta el cansancio emocional.
- Despersonalización:
 - El 45,6% tiene un nivel bajo, el 30,9% medio y el 23,5% alto.
 - El grupo de edad de 55 años y más es el menos afectado, ya que ningún participante ha presentado puntuación alta.
 - Las puntuaciones bajas son las que más se repiten entre el personal fijo en un 20,5%.
- Realización personal:
 - El 39,9% presentan puntuaciones bajas, el 30% medias y el 29,4% altas.
 - La mayoría de las mujeres obtienen puntuaciones bajas (35,4%) y los hombres medias (7,3%).
 - Los rangos de edad entre 35 y 44 años y de 45 y 54 años, obtienen puntuaciones bajas.
 - Del total de la muestra con puntuaciones bajas, el 20,5% corresponde al personal fijo y el 14,7 al eventual.

- En la muestra esta dimensión es la más afectada.

El grado de burnout que presenta el personal de Enfermería es:

- Síndrome de burnout el 14,7%.
- Tendencia al burnout el 45,6%.
- Ausencia burnout el 39,7%.

En sus conclusiones finales afirman que los trabajadores de la UVI médica presentan bajas y medias puntuaciones en las tres dimensiones. Aunque consideran que el personal que trabaja en este servicio es considerado como personal de riesgo. La dimensión más afectada es la baja realización personal, seguido de la alta despersonalización y por último un alto cansancio emocional.

Según sus resultados, el perfil del trabajador que padece síndrome de burnout sería enfermera de 35 a 44 años, con contrato fijo, experiencia laboral mayor de 16 años y una antigüedad de 1 a 5 años en el puesto de trabajo.

- ❖ El proyecto RN4CAST (Informe global hospitales españoles) está financiado por el Séptimo Programa Marco de la Unión Europea (FP7); con su estudio pretende determinar las necesidades futuras de enfermeras (en número y cualificación) en un contexto europeo.

El Consorcio de este proyecto está formado por 12 países europeos (Bélgica, Inglaterra, Finlandia, Alemania, Grecia, Irlanda, Holanda, Noruega, Polonia, España, Suecia y Suiza), además de tres países socios de Cooperación Internacional de la Comisión Europea, Botswana, China y Sudáfrica.

En España, participaron en el estudio con carácter oficial 33 hospitales y 350 unidades (representando a Extremadura figura el Hospital Don Benito-Villanueva) y 27 hospitales de participación voluntaria con 182 unidades y un total de 7640 enfermeras. La recogida de datos tuvo lugar entre septiembre de 2009 y febrero de 2010.

El primer informe se centra en dos apartados:

- La percepción de las enfermeras sobre su ambiente de trabajo, utilizando el cuestionario Practice Environment Scale del Nursing Work Index (validado internacionalmente).
- Resultado de las enfermeras: agotamiento laboral, satisfacción laboral e intención de dejar el hospital/profesión.

- El ambiente de trabajo de Enfermería:

En la cabecera de la tabla se describe la variación entre las diferentes unidades. Las enfermeras puntúan cada ítem del 1 (totalmente en desacuerdo) al 4 (totalmente de acuerdo), la media es 2,5. Si la puntuación es superior al 2,5, se podría decir que las enfermeras tienden a estar de acuerdo con la presencia del ítem en su entorno laboral, y viceversa (RN4CAST p.12).

Según los cinco factores del mismo, se describen algunos de los datos más significativos:

- Dotación y adecuación de recursos, de los cuatro ítems, el menor valorado corresponde a la pregunta "¿Hay suficientes enfermeras en plantilla para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes?".

Media de las Unidades		
(El grado de satisfacción aumenta con la puntuación, a mayor puntuación, mayor satisfacción)		
U. C. Críticos: 2,41	U. Médicas: 2,22	U. Quirúrgicas: 2,14

- Relaciones laborales enfermeras-médicos, el ítems con una media mayor, de los siete pertenecientes a este factor recae en "Los médicos y las enfermeras tienen una buena relación laboral".

Media de las Unidades		
(El grado de satisfacción aumenta con la puntuación, a mayor puntuación, mayor satisfacción)		
U. C. Críticos: 2,38	U. Médicas: 2,45	U. Quirúrgicas: 2,38

- Habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables, lo componen cuatro ítems, el del enunciado "Se hacen elogios y reconocimiento del trabajo bien hecho" presenta la menor media y la mayor, "Las supervisoras apoyan a las enfermeras".

Media de las Unidades		
(El grado de satisfacción aumenta con la puntuación, a mayor puntuación, mayor satisfacción)		
U. C. Críticos: 2,43	U. Médicas: 2,61	U. Quirúrgicas: 2,61

- Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad, dos de los nueve ítems, que pertenecen a este factor obtienen la misma media "Se trabaja con enfermeras clínicamente competentes" y "La gerencia espera cuidados de Enfermería de alta calidad".

Media de las Unidades		
(El grado de satisfacción aumenta con la puntuación, a mayor puntuación, mayor satisfacción)		
U. C. Críticos: 2,44	U. Médicas: 2,6	U. Quirúrgicas: 2,59

- Participación de la Enfermería en cuestiones del hospital, con ocho ítems, la media más alta la recibe la pregunta "Las enfermeras tienen la oportunidad de formar parte de los comités hospitalarios y de Enfermería".

Media de las Unidades		
(El grado de satisfacción aumenta con la puntuación, a mayor puntuación, mayor satisfacción)		
U. C. Críticos: 2	U. Médicas: 2,08	U. Quirúrgicas: 2,06

- El agotamiento laboral (burnout):

Agotamiento Emocional			
(El grado de agotamiento aumenta con la puntuación; a menor puntuación, menor grado de agotamiento)			
	Niveles bajos de agotamiento (0-16)	Niveles intermedios de agotamiento (17-26)	Niveles altos de agotamiento (27+)
U. C. Críticos		18,42	
Unidades Médicas		19,9	
Unidades Quirúrgicas		21,22	
Despersonalización			
(El grado de agotamiento aumenta con la puntuación; a menor puntuación, menor grado de agotamiento)			
	Niveles bajos de agotamiento (0-16)	Niveles intermedios de agotamiento (17-26)	Niveles altos de agotamiento (27+)
U. C. Críticos	5,39		
Unidades Médicas	6,12		
Unidades Quirúrgicas	6,27		
Realización personal			
(El grado de agotamiento decrece según aumenta la puntuación; a mayor puntuación, menor agotamiento)			
	Niveles bajos de agotamiento (0-16)	Niveles intermedios de agotamiento (17-26)	Niveles altos de agotamiento (27+)
U. C. Críticos			34,59
Unidades Médicas			35,48
Unidades Quirúrgicas			36,12

- Satisfacción laboral:

En este apartado las enfermeras deben responder a 10 cuestiones, de las cuales en las tres unidades del estudio se encuentran moderadamente satisfechos en ocho de ellas y algo insatisfecho en dos, a saber "oportunidades de desarrollo profesional " y "salario"

Media de las Unidades		
<small>(El grado de satisfacción aumenta con la puntuación, a mayor puntuación, mayor satisfacción)</small>		
U. C. Críticos: 2,72	U. Médicas: 2,73	U. Quirúrgicas: 2,68

Otras investigaciones, realizadas en diferentes países, sobre la Satisfacción laboral y el síndrome de burnout:

- ❖ En Chile, la investigación realizada por Fernández y Paravic (2003) tuvo como objetivo principal determinar el nivel de satisfacción laboral en enfermeras de hospitales públicos y privados de la provincia de Concepción. La muestra la constituyeron 248 enfermeras hospitalarias, perteneciendo 147 al sector público y 101 al sector privado.

Las enfermeras de los hospitales públicos, la mayoría tiene más de 41 años, un porcentaje importante lleva trabajando más de 20 años en la institución.

En los hospitales privados, la edad oscila mayoritariamente entre los 23 y 40 años, llevan trabajando menos de 19 años.

Por medio de una escala análoga visual, se midió el nivel de satisfacción laboral observando que las enfermeras de los hospitales privados se encontraban más satisfechas (6,56) que las de los hospitales públicos (5,93).

Las enfermeras que se encuentran más satisfechas en ambos tipos de hospitales son aquellas que tienen entre 41 y 58 años.

Con relación al servicio en el cual trabajan, las que se encuentran más satisfechas son las de los hospitales privados que trabajan en unidades de hospitalización tanto médicas, quirúrgicas y servicios especiales, a diferencia de las de los hospitales públicos donde las más satisfechas pertenecen a la categoría de coordinadoras generales y enfermeras de infecciones hospitalarias.

Respecto a la satisfacción con las condiciones físicas del trabajo, las enfermeras de hospitales privados están más satisfechas que las enfermeras de los públicos.

Cabe destacar que en la única subescala que las enfermeras de los hospitales públicos logran un mayor nivel de satisfacción que las enfermeras de los hospitales privados, es en la que se refiere al supervisor o jefe.

- ❖ En Córdoba (Argentina), Díaz, M.S., Stimolo, M.I. y Caro, N.P. (2010) investigaron sobre la satisfacción laboral y síndrome de desgaste laboral en enfermeros de hospitales públicos Córdoba-Argentina.

Su objetivo fue determinar el nivel de satisfacción laboral, la prevalencia del síndrome de burnout y su relación con variables socio demográficas.

Utilizaron para la recogida de datos un cuestionario anónimo que se distribuyó en 13 hospitales públicos de la ciudad de Córdoba. La encuesta constaba de tres partes:

- Variables socio demográficas: edad, sexo, nº de hijos, domicilio (Córdoba capital o interior), antigüedad...
 - Indagó sobre la satisfacción laboral de las enfermeras, utilizando la Escala General de Satisfacción laboral diseñada por Warr, Cook y Wall (1979) modificada, midiendo la satisfacción intrínseca y extrínseca.
 - Se utilizó el Maslach Burnout Inventory, que mide las tres dimensiones del síndrome.
- La satisfacción total (extrínseca e intrínseca), fue satisfecha en todos los casos.

A nivel estadístico, los factores de riesgo para estar insatisfecho son trabajar en turno de noche y en hospitales del interior provincial.

- Los enfermeros de los hospitales del interior de Córdoba tienen una posibilidad 6 veces mayor de estar insatisfechos que los que pertenecen a los hospitales de la ciudad.
 - Los enfermeros de turno de noche presentan una probabilidad del 1,4 veces mayor de no estar satisfechos que los que realizan su actividad en el turno de mañana.
- Los factores de riesgo que afectan al síndrome de burnout resultan ser, estar sin pareja y ser mayor de 40 años.
 - Los trabajadores que están sin pareja tienen un 92,6% más de probabilidad de presentar el síndrome que los que viven en pareja.
 - Los menores de 40 años, tienen una posibilidad del 57% menor de presentar este síndrome, que los de mayor edad.
 - Por último, analizaron los factores de riesgo de cada una de las dimensiones del síndrome de desgaste laboral
 - Cansancio emocional: como factor de riesgo se encuentra el no tener hijos y estar insatisfechos.

- Despersonalización: la única variable que resultó significativa es la satisfacción total. La insatisfacción es un factor de riesgo del sentimiento de despersonalización.
- Realización personal: entre los factores de riesgo se encuentran, trabajar en hospitales del interior de Córdoba, en mayor medida en los hospitales provinciales seguidos de los municipales y estar insatisfechos.

A modo de conclusión explican que, la única variable socio demográfica que resultó significativa para la falta de satisfacción fue la de la procedencia, del interior de la provincia. También comentan que un importante porcentaje de profesionales realizan su trabajo diario con la sensación de no recibir un salario adecuado y sin posibilidad de ascender en el lugar que presta servicio; sentir que sus opiniones no son tenidas en cuenta por sus compañeros y su trabajo no ser reconocido por las autoridades de la salud.

- ❖ En Eslovenia, Gurkova, Cáp, Ziakova y Duriskova (2012) realizan un estudio con el objetivo de investigar la satisfacción laboral y el bienestar emocional subjetivo y las correlaciones entre estos dos constructos entre las enfermeras eslovacas. Se trabaja con siete hospitales públicos de Eslovaquia.

Hasta el año 2002 los estudios de Enfermería en los países de Europa del Este se realizaban en escuelas de Enfermería secundarias. Los estudios con programas de licenciatura o maestría han ido aumentando en los últimos años, pero en la práctica, las competencias profesionales requeridas no han cambiado y no difieren por el grado de educación.

Exponen que en los últimos años, el país ha tenido una escasez de personal de Enfermería y que el veintiún por ciento de las enfermeras de Eslovaquia estaban dispuestas a abandonar el país para continuar con la profesión en el extranjero (Hasselhorn et al.2003).

La muestra del estudio la componen 104 profesionales de Enfermería, de sexo femenino, pertenecientes a tres hospitales docentes y cuatro hospitales de distrito. Las enfermeras pertenecían a las Unidades médicas y quirúrgicas, debiendo llevar trabajando al menos un año y a tiempo completo.

Utilizaron un cuestionario de elaboración propia basado en otros de medición de la salud relacionados con la satisfacción laboral de los trabajadores (MMSS, Muller y McCloskey 1990; Home Healthcare Nurses Job Satisfaction Scale, Ellenbecker & Byleckie 2005). Los 25 ítems del cuestionario se encuentran agrupados en cinco subescalas:

- Interpersonal relación / interacción (5.)
- El trabajo, condición / medio ambiente (6).
- Factores organizativos (5).
- La satisfacción con las recompensas y beneficios extrínsecos (5).
- Oportunidades profesionales, la alabanza / reconocimiento (4).

Cada ítem se puntúa de 1 a 4, asignándole el 1 a "Muy en desacuerdo" y el 4 a "Totalmente de acuerdo". Cuanto menor sea la puntuación, más bajo es el nivel de satisfacción laboral.

El componente bienestar emocional subjetivo fue evaluado con una escala de frecuencia de seis puntos que va del 1 "Casi nunca" a 6 "Casi siempre":

- Una escala positiva que consiste en cuatro descriptores (placer, la felicidad, la alegría y la frescura).
- Una escala negativa que comprende seis descriptores (enojo, culpa, sentimientos, vergüenza, ansiedad, dolor y tristeza).

Entre sus resultados y conclusiones se encuentran:

- Hallan una correlación positiva, aunque no muy fuerte, entre las emociones positivas y la satisfacción laboral.
- Una mayor satisfacción con las recompensas extrínsecas/beneficios y las relaciones interpersonales en el trabajo, están asociados con una mayor frecuencia de estados de afecto positivo.
- La frecuencia de estados negativos tuvieron asociación significativa con años de experiencia y la edad.
- Los factores, tales como el reconocimiento de los superiores o compañeros, salario o paquete de beneficios, pueden influir positivamente en la satisfacción laboral.
- Las competencias profesionales requeridas a las enfermeras con un grado de maestría, deben ser diferentes a las competencias de las enfermeras con niveles educativos bajos.

- ❖ En Viseu (Portugal), Oliveira (2013) realizó el estudio sobre la *Satisfacción Profesional de los Enfermeros de un Hospital de la Región del Centro*. Centra sus objetivos en una investigación cuantitativa, ya que se trata de un proceso de recopilación sistemática de datos observables y medibles.

La población objeto del estudio la formaban todos los profesionales de Enfermería (342) que trabajan en el hospital Amato Lusitano de la Unidad Local de Salud de Castelo Branco.

De los 342 cuestionarios que se distribuyeron, se recogieron solo 192, que son los que componen la muestra final, un 56,14% del total de enfermeras.

En el cuestionario figura un apartado sociodemográfico y profesional, que consta de trece preguntas, que permiten la medición de variables como el género, edad, estado civil, lugar de residencia, etc. La segunda parte, está constituida por Inventario Personalidad de Eysenck (EPI-12), el Maslach Burnout Inventory.

Los resultados de su estudio empírico reflejan:

- Variables sociodemográficas:
 - Del total de la muestra, 145 son mujeres y 47 hombres.
 - La edad mínima es de 23 años y la máxima de 55. El grupo de edad más frecuente se encuentra entre 35 y 42 años.
 - La mayoría tiene relación matrimonial.
 - Viven en la ciudad.
 - El horario por turnos más frecuente es el fijo.
 - Ejercen la Enfermería desde ± 16 años, en este hospital Amato Lusitano ± 14 y en el mismo servicio ± 9 años...

- Variables psicológicas y satisfacción en el trabajo:
 - Las enfermeras jóvenes tienen un grado de satisfacción profesional más alto que las mayores.
 - Según el EPI-12, las enfermeras más jóvenes son ligeramente más extrovertidas y menos neuróticas que las pertenecientes a grupos de mayor edad. La extroversión es un factor predictivo de situaciones positivas y el neuroticismo es predisponente de situaciones negativas, en especial para el área del trabajo).
 - Con respecto a las dimensiones del burnout, indican que se encuentran fuera de los límites considerados preocupantes o indicativos de perturbación, según las recomendaciones de MBI. Las mujeres presentan puntuaciones más altas en el agotamiento físico y emocional que los hombres. Las enfermeras de mayor edad manifiestan menos agotamiento emocional/físico que las jóvenes.

Resume, que la muestra de las enfermeras del hospital Amato Lusitano, no presenta alteraciones de personalidad (extroversión y neuroticismo) o burnout (dimensiones de agotamiento emocional / físico, cinismo y eficacia profesional).

Estudio Empírico

3.-ESTUDIO EMPÍRICO.

3.1. Objetivos.

Los objetivos a conseguir son los formulados a continuación:

General:

Determinar el grado de satisfacción laboral de las enfermeras asistenciales, que trabajan en los hospitales públicos de las ciudades de Badajoz y Cáceres. Transferir los resultados a sus órganos gestores.

Específicos:

1. Comprobar si existen diferencias entre las distintas instituciones sanitarias.
2. Identificar las variables que inciden en dicha satisfacción laboral.
3. Conocer la percepción que los profesionales de Enfermería tienen sobre el Plan de Formación Continuada que se imparte en el hospital que trabajan.
4. Transferir el conocimiento a las instituciones implicadas.

3.2. Hipótesis.

Se enuncian nueve hipótesis de trabajo:

1. A mayor tiempo trabajado en el puesto actual, menor estrés.
2. Las Unidades en las que la organización y el puesto de trabajo están bien definidos muestran mayor satisfacción entre el personal de Enfermería.
3. La participación y toma de decisiones de las enfermeras con el responsable de las Unidades es mayor cuanto menor es el número de camas que tiene un hospital.
4. Los profesionales de Enfermería que prestan cuidados en Unidades Quirúrgicas manifiestan mayor índice de estrés.
5. La comunicación y coordinación con otras Unidades del hospital es mejor cuanto menor es el número de camas que tiene este.

6. A medida que aumenta la edad del personal aumentan las dificultades para adaptarse a los recursos informáticos del hospital.
7. Las enfermeras con contrato eventual laboral tienen una percepción más negativa de la formación recibida para desempeñar correctamente su trabajo que las estatuarías fijas.
8. El grupo de edad entre 25 y 35 años encuentra que en su actividad diaria existen aspectos susceptibles de mejora que otros grupos de edad.
9. Existen diferencias en cuanto a la satisfacción dependiendo del hospital.

3.3. Población y muestra.

La población de estudio la constituyen los profesionales de Enfermería que realizan su actividad laboral en los hospitales públicos pertenecientes al Sistema Extremeño de Salud de la ciudad de Badajoz (Hospital Infanta Cristina, Hospital Perpetuo Socorro y Hospital Materno Infantil) y la ciudad de Cáceres (Hospital San Pedro de Alcántara y Hospital Virgen de la Montaña).

Como requisito previo los profesionales debían estar trabajando en el período de la encuesta.

El número total de enfermeras que componen la plantilla de los tres hospitales de la ciudad de Badajoz es de 806 distribuidas de la siguiente forma:

- El Hospital Infanta Cristina (HIC) es el hospital de referencia de la Comunidad Autónoma de Extremadura, trabajan un total de 469 enfermeras y con 453 camas en funcionamiento.
- En el Hospital Perpetuo Socorro (HPS) con 194 enfermeras y un total de 229 camas en funcionamiento.
- Por último el Hospital Materno Infantil (HMI) con 143 enfermeras trabajando y cuenta con 201 camas. Este hospital presta asistencia a mujeres y niños pertenecientes al Área de Salud de Badajoz, así como a las del Alentejo Portugués.

La plantilla de enfermeras de los dos hospitales de la ciudad de Cáceres es de 536 distribuidas del siguiente modo:

- En el Hospital San Pedro de Alcántara (HSPA) trabajan 443 enfermeras y hay un total de 405 camas en funcionamiento.
- En el Hospital Virgen de la Montaña (HVM) con 91 enfermeras y con 118 camas en funcionamiento.

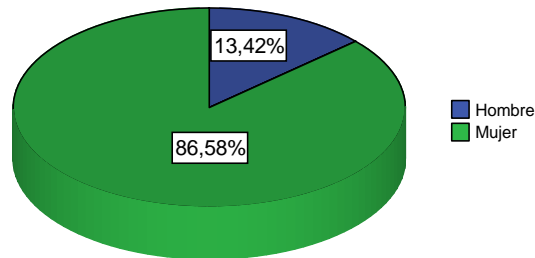
Para cumplimentar el cuestionario, la muestra se elige con un muestreo aleatorio simple (dado que es una técnica cuantitativa), ya que todos los elementos de la población tienen la misma probabilidad de ser seleccionados para formar parte del estudio.

El total de cuestionarios entregados ascendió a 745. La distribución por hospitales y reparto por las Unidades son las que se detallan en la siguiente tabla:

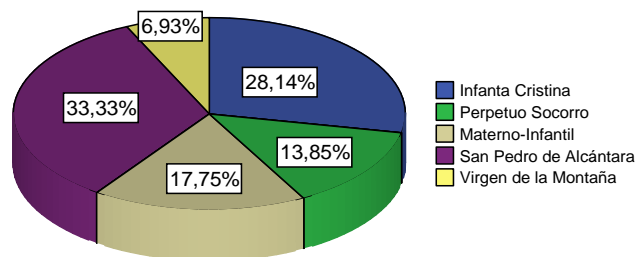
Unidad	HIC	HMI	HPS	HSPA	HVM	Total
Oncología. Hematología	11		6			17
Medicina Interna. Patología Infecciosa	12		44	18		74
Digestivo. Reumatología	12			21		33
Neurocirugía	12					12
Urología	11			8		19
Neurología. Endocrino	11					11
Traumatología	12		9	17		38
Cirugía Vascul y Cardíaca	14					14
Cirugía General	12		9	18	11	50
Cirugía Plástica					11	11
Nefrología. Cardiología	15			29		44
Quirófano	28			30	10	68
U.C.I.	46			20		66
Hemodiálisis	19			14		33
Otorrinolaringología			8	9		17
Urgencias			19	25	9	53
Reanimación				8		8
Neumología				15		15
Geriatría					13	13
Preescolares		11				11
Lactantes		11		12		23
Oncología Pediátrica		7				7
U.C.I. Pediátrica		13				13
Neonatología		18		20		38
Cirugía Pediátrica		8		10		18
Patología Grávida		2				2
Puérperas		9		10		19
Ginecología		8		10		18
Total	215	87	95	294	54	745

La tasa de retorno de cuestionario del Complejo Hospitalario de Badajoz ascendió a 138 (34,70%) y el de Cáceres 93 (26,72%).

El número de enfermeras que componen la muestra asciende a 231



Porcentaje de respuesta por hospitales:



Para el grupo de discusión, el muestreo ha sido *intencional opinático*, ya que se han elegido personas que por su sexo, edad, condición laboral, hospital, unidad en la que trabajan etc., son idóneas y representativas de la población a investigar.

El grupo lo forman cinco enfermeras y dos moderadores

3.4. Diseño.

La investigación ha sido desarrollada desde la perspectiva de la metodología cuantitativa, con un diseño descriptivo, de encuesta (Anguera, 1995; Cubo et al., 2011). Los datos se obtienen con dos tipos de instrumentos:

- Cuantitativo, basado en el diseño, desarrollo y análisis de un cuestionario, con el fin de medir y observar datos consistentes y estandarizados para todos los sujetos, de manera que queda garantizada la comparabilidad de los datos.

- Cualitativo, desarrollado a través de aplicación de grupos de debate, que permite buscar otro tipo de información sobre la situación en que se encuentran las enfermeras.

La utilización combinada de técnicas cuantitativas y cualitativas, tiene por objeto ampliar el campo de investigación, ya que no debe olvidarse que el uso de diferentes técnicas metodológicas puede contribuir a controlar y corregir los sesgos propios de cada método.

3.5. Técnicas e instrumentos.

Como instrumentos de recogida de datos se van a utilizar dos:

- El cuestionario (instrumento cuantitativo).
- Grupo de discusión (instrumento cualitativo).

3.5.1. Cuestionario.

Es un instrumento cuyas ventajas de utilización según Fox (1981) son:

- Alcanza a un gran número de sujetos.
- Es relativamente poco costoso.
- La normalización de las instrucciones.
- Su empleo es de gran utilidad para obtener datos descriptivos que puedan proporcionar los propios interesados.
- Se puede codificar, lo que permite realizar un tratamiento estadístico.
- Permite obtener conclusiones.

Por las características del estudio, el cuestionario de escala de Likert permite establecer el nivel de satisfacción laboral que tienen las enfermeras. La escala de tipo Likert es una escala psicométrica comúnmente utilizada en cuestionarios, y es la escala de uso más amplio en encuestas para la investigación. Al responder a un elemento de un cuestionario elaborado con esta técnica, se hace especificando el nivel de acuerdo o desacuerdo (ítem). La escala se llama así por Rensis Likerr, que publicó en 1932 un informe describiendo su uso (también denominada Método de Evaluaciones Sumarias).

Se confeccionó un cuestionario que reúne de forma razonablemente exhaustiva todos aquellos aspectos que se consideran importantes en el ámbito de trabajo de los hospitales. Utilizamos como punto de partida *el Cuestionario de Satisfacción Laboral del Personal de Administración y Servicios de la Universidad de Salamanca Unidad de Evaluación de la Calidad*. Incluyendo algunas variables presumiblemente relacionadas con la categoría profesional.

El análisis de las garantías del instrumento se realizó a través de los estudios de validez y fiabilidad que se detallan a continuación.

➤ Validación del cuestionario.

El análisis de la validez del contenido se realizó a través de la consulta a expertos y expertas, ocho enfermeras, una psicóloga clínica y una licenciada en lengua y literatura.

Se partió de un registro para valorar la estructura y el contenido del cuestionario basándolo en el análisis de la pertinencia de cada dimensión y de cada ítem del cuestionario.

El análisis y la toma de decisiones se basaron en el cómputo del promedio en la valoración de las diferentes dimensiones e ítems del contenido, así como en el análisis de contenido del campo “Observaciones” que acompañaba a cada elemento del registro.

Junto con el cuestionario, se remite un documento (Anexo I) en el que se explica brevemente que el estudio tiene como objetivo determinar el grado de satisfacción laboral de las enfermeras asistenciales en la ciudad de Badajoz y Cáceres y comprobar si existen diferencias entre las distintas instituciones hospitalarias.

El cuestionario confeccionado, posee tres dimensiones, que corresponden a:

- ❖ Primera Dimensión de *Información de Carácter General* con siete factores cuyas variables son de carácter nominal, que el encuestado debe marcar con una X la respuesta que crea más conveniente.
 - Sexo. Los sujetos que forman parte de la investigación pertenecen al sexo.
 - Masculino.
 - Femenino.
 - Edad. Podemos diferenciar cinco intervalos de edad.
 - Menos de 25 años.
 - Entre 25 y 35 años.

- Entre 36 y 45 años.
- Entre 46 y 55 años.
- Más de 55 años.
- Condición Laboral.
 - Estatutario fijo.
 - Contrato eventual laboral.
- Hospital donde trabaja. Se reflejan los tres hospitales públicos de la ciudad de Badajoz y los dos hospitales públicos de la ciudad de Cáceres.
 - Infanta Cristina.
 - Perpetuo Socorro.
 - Materno-Infantil.
 - San Pedro de Alcántara.
 - Virgen de la Montaña.
- Tipo de Unidad en la que trabaja.
 - Equipo Directivo.
 - Unidad Médica.
 - Unidad Quirúrgica.
 - Unidad Maternal.
 - Unidad Infantil.
- Tiempo trabajado en el hospital. En él se distinguen cuatro intervalos.
 - Menos de 1 año.
 - Menos de 2 años.
 - Entre 2 y 9 años.
 - Más de 9 años.

- Tiempo trabajado en el puesto actual.
 - Menos de 1 año.
 - Menos de 2 años.
 - Entre 2 y 9 años.
 - Más de 9 años.

- ❖ Segunda Dimensión de *Percepción del Ámbito de Trabajo* con 36 ítems medidos en una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta, (totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, indiferente, de acuerdo y totalmente de acuerdo) agrupados en siete factores que permiten explorar diferentes dimensiones que intervienen en la satisfacción laboral.
 - Puesto de trabajo.
 - El trabajo en mi unidad está bien organizado.
 - Mis funciones y responsabilidades están definidas, por tanto se lo que se espera de mi.
 - Las cargas de trabajo están bien repartidas.
 - En mi puesto de trabajo puedo desarrollar mis habilidades.
 - Recibo información de cómo desempeño mi puesto de trabajo.

 - Dirección de la Unidad.
 - El responsable demuestra un dominio técnico o conocimiento de sus funciones.
 - El responsable soluciona los problemas de manera eficaz.
 - El responsable de mi Unidad delega eficazmente funciones de responsabilidad.
 - El responsable toma decisiones con la participación del personal de la Unidad.
 - El responsable me mantiene informado sobre los asuntos que afectan a mi trabajo.

- Ambiente de trabajo e interacción con los compañeros.
 - La relación con los compañeros de trabajo es buena.
 - Es habitual la colaboración para sacar adelante las tareas.
 - Me siento parte de un equipo de trabajo.
 - Me resulta fácil expresar mis opiniones en mi lugar de trabajo.
 - El ambiente de trabajo me produce estrés.
- Comunicación y Coordinación.
 - La comunicación interna dentro de la Unidad funciona correctamente.
 - Me resulta fácil la comunicación con mi responsable.
 - Recibo la información necesaria para desarrollar correctamente mi trabajo.
 - Conozco los servicios que prestan otras Unidades del Hospital.
 - Tenemos una adecuada coordinación con otras Unidades del Hospital.
 - La comunicación entre el personal de la Unidad y los usuarios es buena.
- Condiciones Ambientales, Infraestructuras y Recursos.
 - Las condiciones de trabajo de mi Unidad son seguras. (no representan riesgos para la salud).
 - Las condiciones ambientales de la Unidad (climatización, iluminación, decoración, ruidos, ventilación...) facilitan mi actividad diaria.
 - Las instalaciones de la Unidad (superficie, dotación de mobiliario, equipos técnicos) facilitan mi trabajo y los servicios prestados a los usuarios.
 - Las herramientas informáticas que utilizo están bien adaptadas a las necesidades de mi trabajo.
- Formación.
 - Recibo la formación necesaria para desempeñar correctamente mi trabajo.
 - El Plan de Formación de Enfermería es útil.

- Mis necesidades con respecto al Plan de Formación del Enfermería han sido atendidas.
- Cuando es necesario, el Hospital me facilita formación al margen del Plan de Plan de Formación del Enfermería.
- Cuando el Hospital implanta una nueva aplicación informática, nuevos procedimientos, etc. la formación que recibo es suficiente.
- Implicaciones en la mejora.
 - Entre los objetivos de mi Unidad, es prioritaria la mejora de la calidad de los servicios que prestamos.
 - El responsable de mi Unidad pone en marcha iniciativas de mejora.
 - Identifico en mi actividad diaria aspectos susceptibles de mejora.
 - En mi Unidad se me consulta sobre las iniciativas para la mejora de la calidad.
 - Me siento copartícipe de los éxitos y fracasos de mi Unidad.
 - En los dos últimos años he percibido una tendencia a mejorar en mi Unidad.

❖ Tercera Dimensión *Comentarios y Sugerencias* en el que se pide señale un máximo de tres sugerencias de mejora.

- Es una respuesta abierta, en la cual se pueden reflejar hasta tres sugerencias que a su juicio mejoraría su satisfacción en el puesto que desempeña.

Con el fin de que el experto evalué el cuestionario, se confecciono una tabla con cuatro columnas.

En la primera columna van reflejadas las preguntas.

En la segunda columna, la adecuación a la pregunta, indicándoles que deben marcar con una X si la pregunta es adecuada o no.

En la tercera columna, se debe asignar una puntuación de 0 a 10, entendiéndose por 0 como absoluto desacuerdo con la adecuación de la pregunta y el 10 como absoluto acuerdo.

Una última columna referida a las observaciones a la pregunta en cuestión.

Ítem	Adecuada		Puntuación	Observaciones
	SI	NO	De 0 a 10	

Una vez recibidos los cuestionarios evaluados por los expertos, se halla el porcentaje de adecuación de cada una de las preguntas:

- Información de Carácter General.
 - Seis obtuvieron el 100% de adecuación.
 - Una el 20%.
- Percepción del Ámbito de Trabajo.
 - Diecisiete obtuvieron el 100% de adecuación.
 - Dieciséis el 90%.
 - Tres el 80%.
- Comentarios y Sugerencias.
 - El 80% de adecuación.

Relativo a la puntuación de cada pregunta se realiza la media de cada una de ellas, siendo la máxima un 10 y la mínima un 7,8.

Por último en el apartado de observaciones, señalar que las aportaciones que describen los expertos, hacen referencia principalmente, a cambio de terminología (competencias en lugar de habilidades), modificación en la redacción en alguna de ellas, y refundir dos preguntas en una (Anexo II).

El cuestionario final es el recogido en el Anexo III.

➤ Análisis de fiabilidad.

Para comprobar la fiabilidad y la consistencia interna del cuestionario se utiliza el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,904	,911	31

Los resultados obtenidos avalan la consistencia interna del cuestionario a través de los 31 ítems lo componen, siendo su valor alfa de ,904 lo que nos lleva a calificarlo como un valor satisfactorio.

Para la realización del estudio se mantiene una entrevista con los Directores de los hospitales de Badajoz y Cáceres, informándoles sobre el proyecto de trabajo de investigación, y solicitándoles (por escrito) su autorización para poder entregar a las enfermeras un cuestionario autocumplimentable y anónimo.

En cada una de las Unidades seleccionadas aleatoriamente, se explica brevemente a la supervisora/o la finalidad del trabajo pidiéndole su colaboración para que informara a la plantilla de enfermeras acerca de nuestro trabajo y haciéndole entrega de un sobre que contiene tantos cuestionarios como enfermeras trabajan en la Unidad, así como una carta informativa del objetivo del mismo (para conocimiento de las enfermeras que lo deseen rellenar), (Anexo IV) quedándose encargada de recogerlos una vez cumplimentadas.

3.5.2. Grupo de discusión.

La entrevista grupal es abierta y estructurada, es una conversación en grupo. El investigador plantea preguntas de acuerdo con el propósito de la investigación. Este tipo de entrevista permite también el intercambio de experiencias entre los participantes.

Para organizar el grupo de discusión se elaboraron:

- Los objetivos.
- El guión con las preguntas que se deseaban formular.
- Identificar y seleccionar a las enfermeras participantes.
- Localizar y reservar el lugar donde se va a realizar.

❖ Objetivo.-

- Conocer la percepción que sobre su ámbito de trabajo tienen las enfermeras participantes en el estudio.
- Descifrar las vivencias laborales en su quehacer diario.
- Identificar elementos que generan satisfacción/insatisfacción.

❖ Participantes.-

Como refiere Canales (2001), una muestra cualitativa no es mejor cuanto mayor sea el número de participantes, sino en la medida que logra presentar todas las diversidades pertinentes al colectivo analizado.

La selección de los participantes se realizó buscando las siguientes características: que pertenecieran a ambos sexos, con condición laboral fija y eventual laboral, estuvieran representados los distintos grupos de edad, se encontraran trabajando en el momento de la entrevista, y que realizaran su actividad asistencial en las Unidades en las que se entregó el cuestionario.

Se contactó telefónicamente con las enfermeras, solicitando su correo electrónico y el permiso para incluirlas en un grupo de WhatsApp, en el que debían indicar (dado la variedad de turnos de trabajo) las fechas y horas disponible para la sesión. El número de enfermeras participantes fue de cinco.

IDENTIFICACIÓN DE LOS PARTICIPANTES

- Mujer
- Grupo de edad entre 46 y 55 años
- Estatuaria fija
- Trabaja en una "Unidad Médica"
- Más de 10 años trabajados en el hospital
- De 1 a 5 años trabajando en el puesto actual

Enfermera 2

- Hombre.
- Grupo de edad entre 25 y 35 años.
- Con contrato eventual laboral.
- Trabaja en una "Unidad Infantil".
- De 1 a 5 años trabajados en el hospital.
- De 1 a 5 años trabajando en el puesto actual.

Enfermera 3

- Mujer.
- Grupo de edad entre 25 y 35 años.
- Con contrato eventual laboral.
- Trabaja en una "Unidad Quirúrgica".
- De 1 a 5 años trabajados en el hospital.
- De 1 a 5 años trabajando en el puesto actual.

Enfermera 4

- Mujer.
- Grupo de edad entre 46 y 55 años.
- Estatutaria fija.
- Trabaja en una "Unidad Quirúrgica".
- Más de 10 años trabajados en el hospital.
- Con más de 10 años trabajando en el puesto actual.

Enfermera 5

- Mujer.
- Grupo de edad entre 36 y 45 años.
- Con contrato eventual laboral.
- Trabaja en una "Unidad Médica".
- De 1 a 5 años trabajados en el hospital.
- De 1 a 5 años trabajando en el puesto actual.

❖ Recogida de datos.-

El grupo estaba formada por dos moderadoras y cinco enfermeras

Para la reunión, se pensó que lo mejor sería utilizar alguna de las instalaciones del hospital, así, los componentes del mismo se encontraban en su entorno laboral.

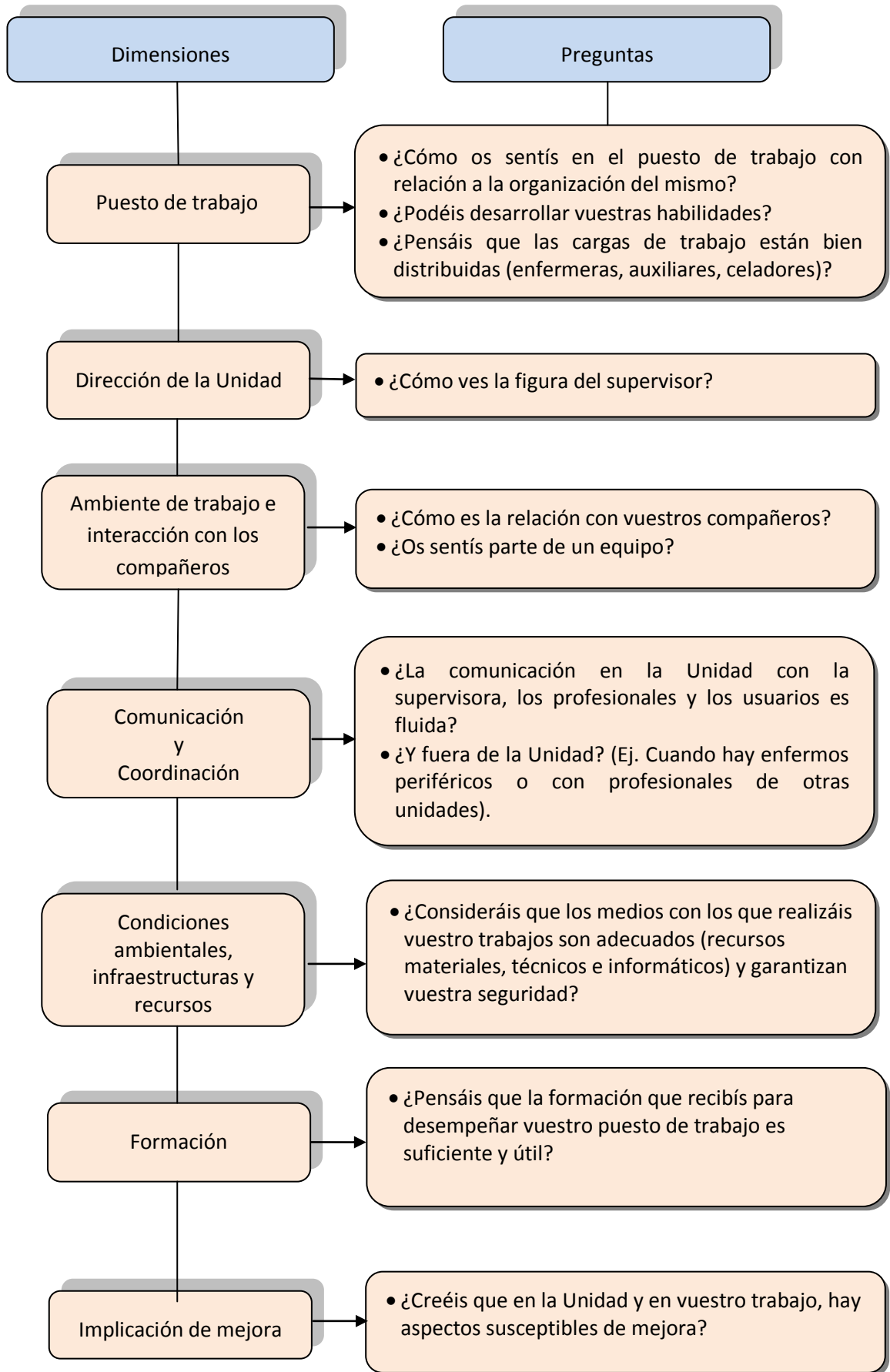
El encuentro se realizó en la sala anexa a la Biblioteca del Hospital Perpetuo Socorro de Badajoz, ya que esta reunía condiciones para la grabación y acomodo de los componentes de forma semicircular, y comunicación visual entre todos ellos.

Una vez instalados, el moderador les da la bienvenida y agradecimiento a los participantes, les invita a que se presenten, ya que algunos de ellos no se conocían.

A continuación, se expone el propósito de la reunión, explica en qué consiste la dinámica grupal, realizando una introducción del tema y sus objetivos; puntualizando el mantenimiento de la confidencialidad de lo que se hablase, recordando que los investigadores tienen la responsabilidad de mantener el anonimato y confidencialidad de lo expresado por los participantes.

La actividad se realizará formulando una pregunta que deberán contestar de forma individual, y respetando el turno de palabra. Al finalizar se abrirá un turno de debate sobre las preguntas formuladas de forma individual.

El guión para trabajar con el grupo de discusión, se elaboró utilizando las siete dimensiones de " Percepción del Ámbito de Trabajo" del cuestionario, representados en el siguiente gráfico.



Previo consentimiento de los participantes y con el fin de facilitar el trabajo de análisis de los datos contenidos en el discurso de los mismos, el proceso fue grabado en audio cuya transcripción íntegra es la que figura en el apartado de resultados.

La charla se desarrollo de forma abierta, intentando que las respuestas fuesen lo más específicas a la pregunta, evitando respuestas ambiguas. En caso de duda o aclaración intervino el moderador.

3.6. RESULTADOS.

Con el fin de estudiar los datos recogidos durante este proyecto, se realizaron diversos análisis, tanto descriptivos como estadísticos; a través del programa estadístico SPSS V19.

3.6.1. Análisis descriptivo

Información de carácter general.

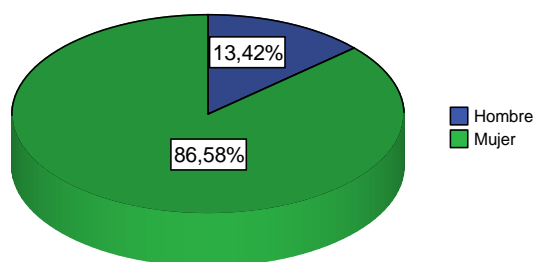
A continuación se describen como se distribuyen las variables sociodemográficas.

➤ Sexo

Del número total de la muestra 231, corresponde a mujeres 200 (86,58%) y a hombres 31 (13,42%).

Sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	31	13,42
Mujer	200	86,58
Total	231	100,00



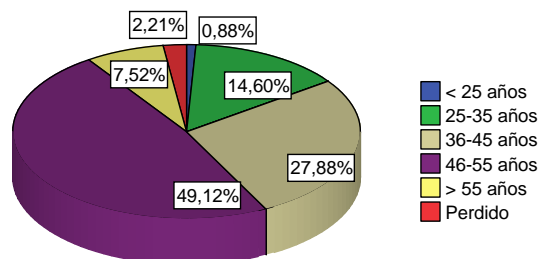
➤ Edad

Los grupos de edad se dividieron en cinco estamentos, correspondiendo la franja de edad entre 46-55 años, las de mayor respuesta al cuestionario (49,12%).

Edad

	Frecuencia	Porcentaje
< 25 años	2	0,88
25-35 años	33	14,60
36-45 años	63	27,88
46-55 años	111	49,12
> 55 años	17	7,52
Total	226	100,00
Perdidos sistema	5	
Total	231	

Edad

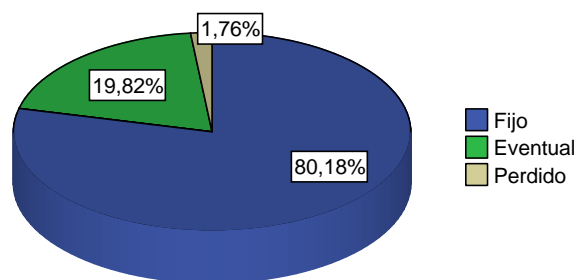


➤ **Condición Laboral**

El 80,18% de los encuestados posee una condición laboral fija, frente al 19,82% que es eventual.

Condición Laboral

	Frecuencia	Porcentaje
Fijo	182	80,18
Eventual	45	19,82
Total	227	100,00
Perdidos sistema	4	
Total	231	

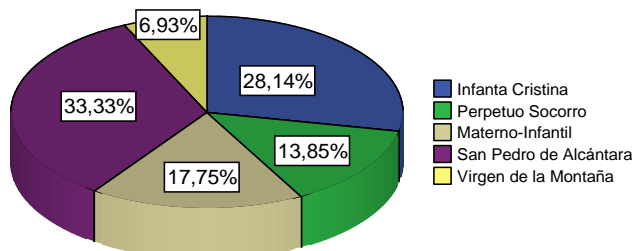


➤ **Hospital**

El porcentaje de mayor y menor respuesta corresponde a los hospitales de la ciudad de Cáceres, el Hospital San Pedro de Alcántara con el 33,33%, y el Hospital Virgen de la Montaña con el 6,93%.

Hospital

	Frecuencia	Porcentaje
Infanta Cristina	65	28,14
Perpetuo Socorro	32	13,85
Materno Infantil	41	17,75
San Pedro de Alcántara	77	33,33
Virgen de la Montaña	16	6,93
Total	231	100,00

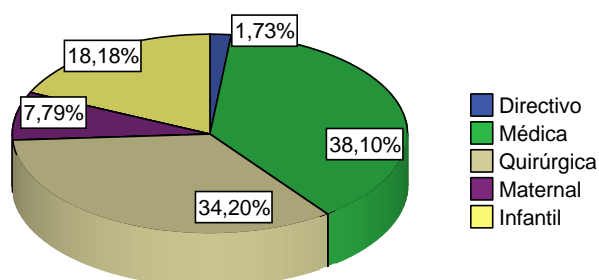


➤ Unidad en la que trabaja

Los profesionales con mayor índice de respuesta pertenecen a las Unidades Médicas con un 38,10%, seguido de los que realizan su labor asistencial en Unidades Quirúrgicas con un 34,20%.

Unidad en la que trabaja

	Frecuencia	Porcentaje
Directivo	4	1,73
Médica	88	38,10
Quirúrgica	79	34,2
Maternal	18	7,79
Infantil	42	18,18
Total	231	100,00

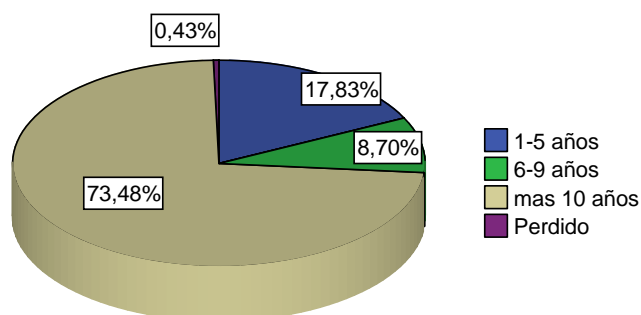


➤ Tiempo trabajado en el hospital

A la pregunta del tiempo trabajado en el hospital, destacan los que llevan más de 10 años, un 73,48%, seguidos del grupo correspondiente al de 1 a 5 años con el 17,83% y por último con solo el 8,70% los que pertenecen al de 6 a 9 años.

Tiempo trabajado en el hospital

	Frecuencia	Porcentaje
1-5 años	41	17,83
6-9 años	20	8,70
mas 10 años	169	73,48
Total	230	100,00
Perdidos sistema	1	
Total	231	

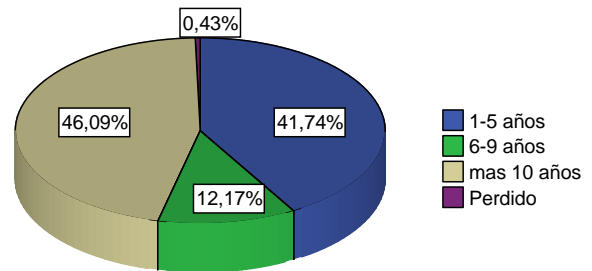


➤ Tiempo trabajado en el puesto actual

La antigüedad en el puesto de trabajo refleja que el grupo de 1 a 5 años es del 41,74%, el de 6 a 9 años el 12,17% y el de más de 10 años asciende al 46,09%.

Tiempo trabajo en puesto actual

	Frecuencia	Porcentaje
1-5 años	96	41,74
6-9 años	28	12,17
más 10 años	106	46,09
Total	230	100,00
Perdidos sistema	1	
Total	231	



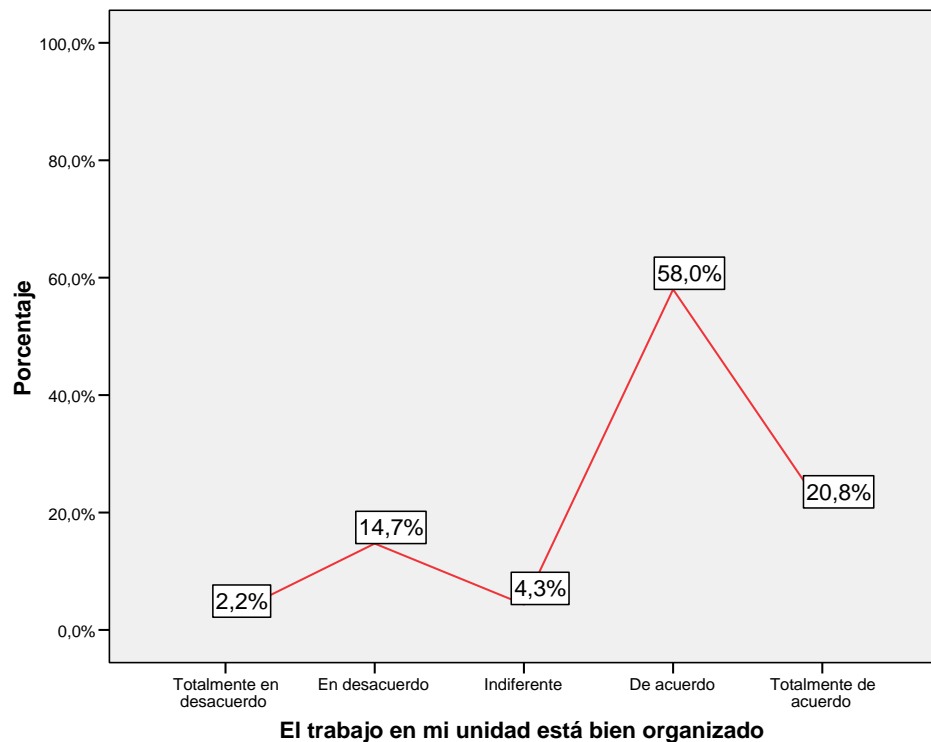
Percepción del ámbito de trabajo.

➤ Puesto de Trabajo

Se comprueba que en los tres ítems pertenecientes a este factor, los encuestados responden que están de acuerdo por encima del 55%. No llegando en ninguno de los tres ítems mencionados a superar el 30% en la respuesta de estar totalmente de acuerdo.

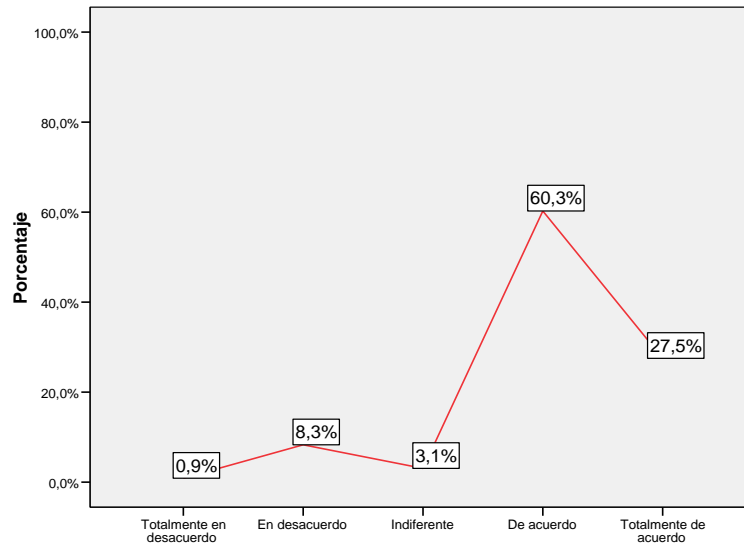
1. El trabajo en mi unidad está bien organizado.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
2,2%	14,7%	4,3%	58,0%	20,8%



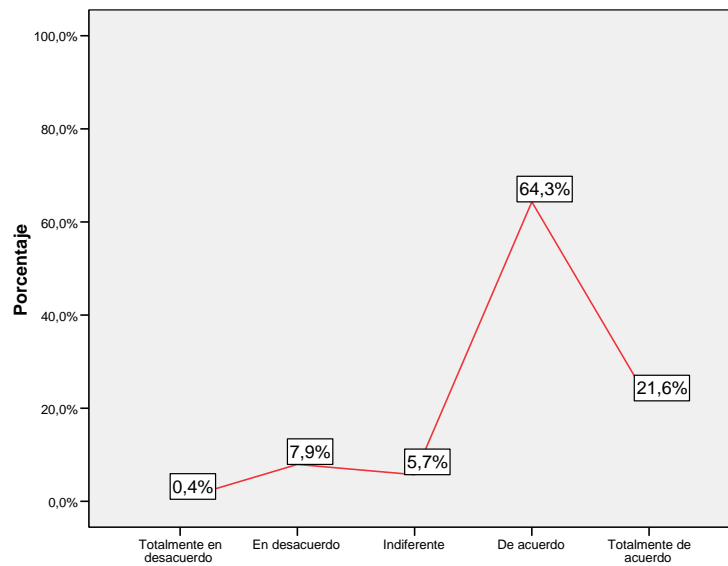
2. Mis funciones y responsabilidades están definidas, por tanto sé lo que se espera de mí.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
0,9%	8,3%	3,1%	60,3%	27,5%



3. En mi puesto de trabajo puedo desarrollar mis competencias.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
0,4%	7,9%	5,7%	64,3%	21,6%

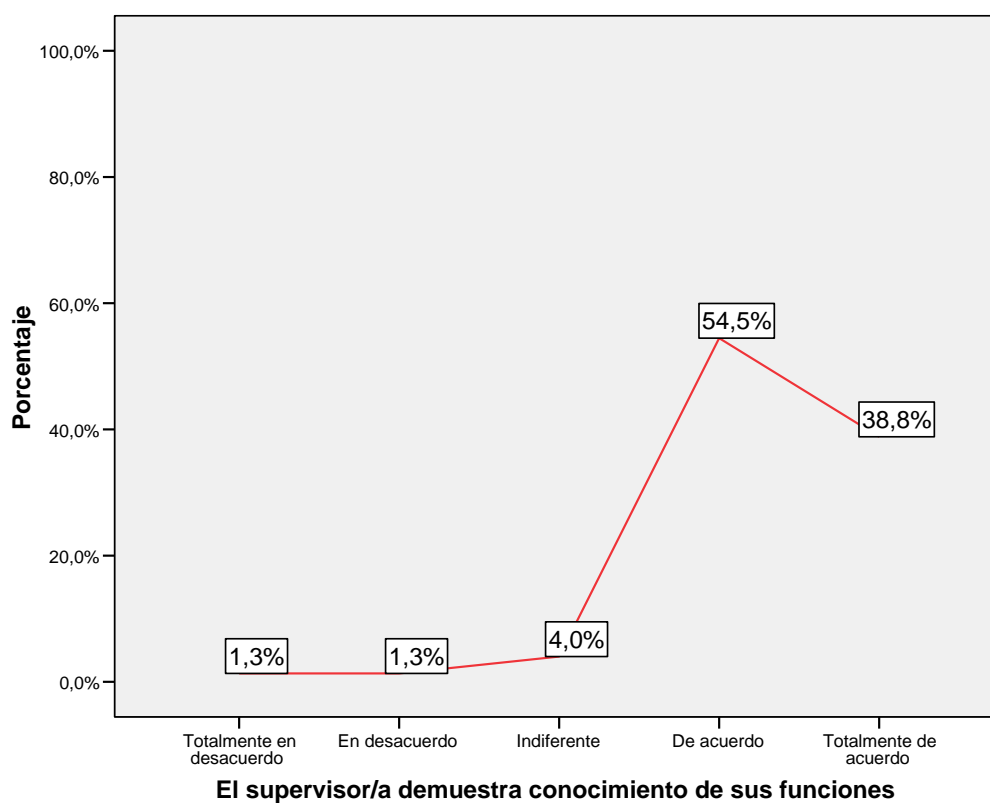


➤ Dirección de la Unidad

Se evidencia igualmente, que en los cinco ítems pertenecientes a este factor, los encuestados responden que están de acuerdo en valores superiores al 50%, destacando entre ellos el correspondiente a la delegación de funciones del supervisor, que asciende al 60,2%.

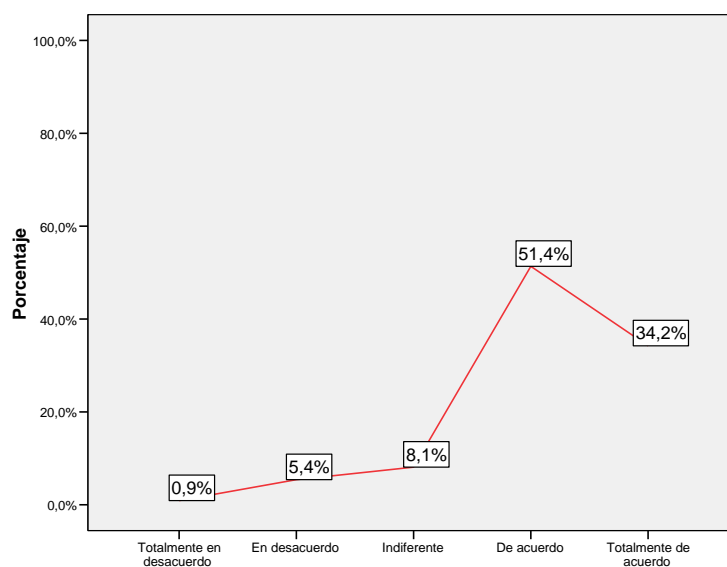
4. El supervisor/a demuestra conocimiento de sus funciones.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1,3%	1,3%	4,0%	54,5%	38,8%



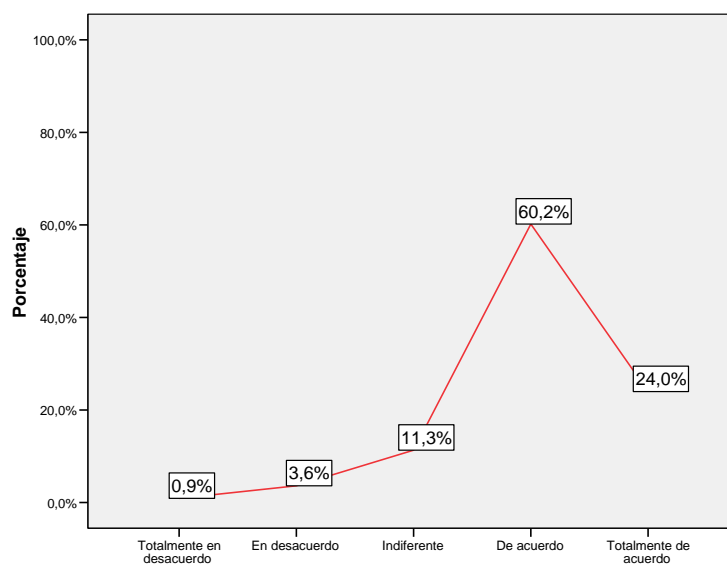
5. El supervisor/a soluciona los problemas de manera eficaz.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
0,9%	5,4%	8,1%	51,4%	34,2%



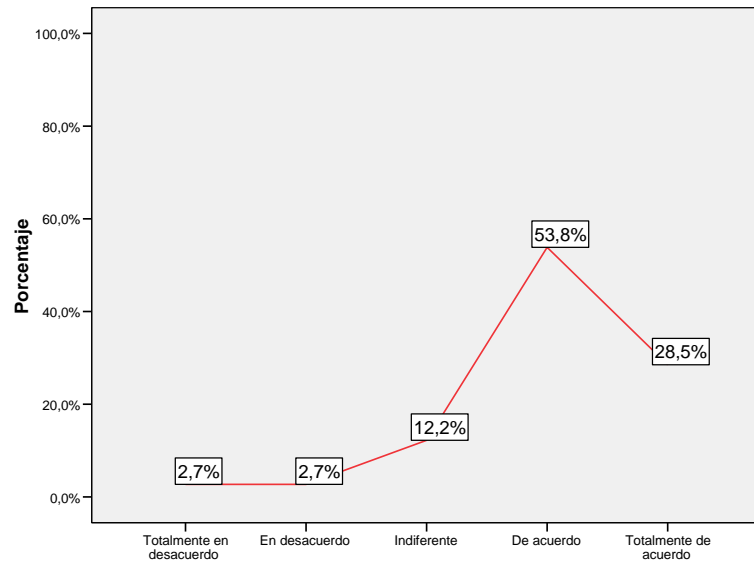
6. El supervisor/a delega eficazmente funciones de responsabilidad.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
0,9%	3,6%	11,3%	60,2%	24,0%



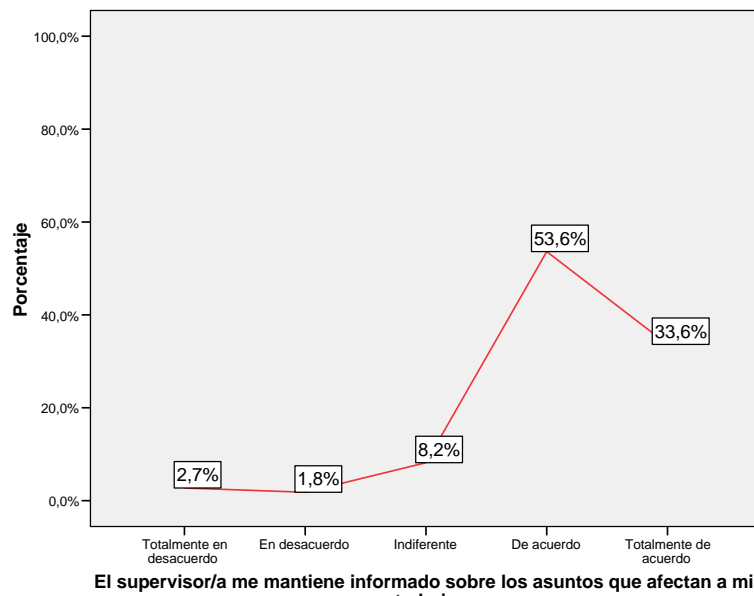
7. El supervisor/a toma decisiones con la participación del personal de la Unidad.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
2,7%	2,7%	12,2%	53,8%	28,5%



8. El supervisor/a me mantiene informado sobre los asuntos que afectan a mi trabajo.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
2,7%	1,8%	8,2%	53,6%	33,6%



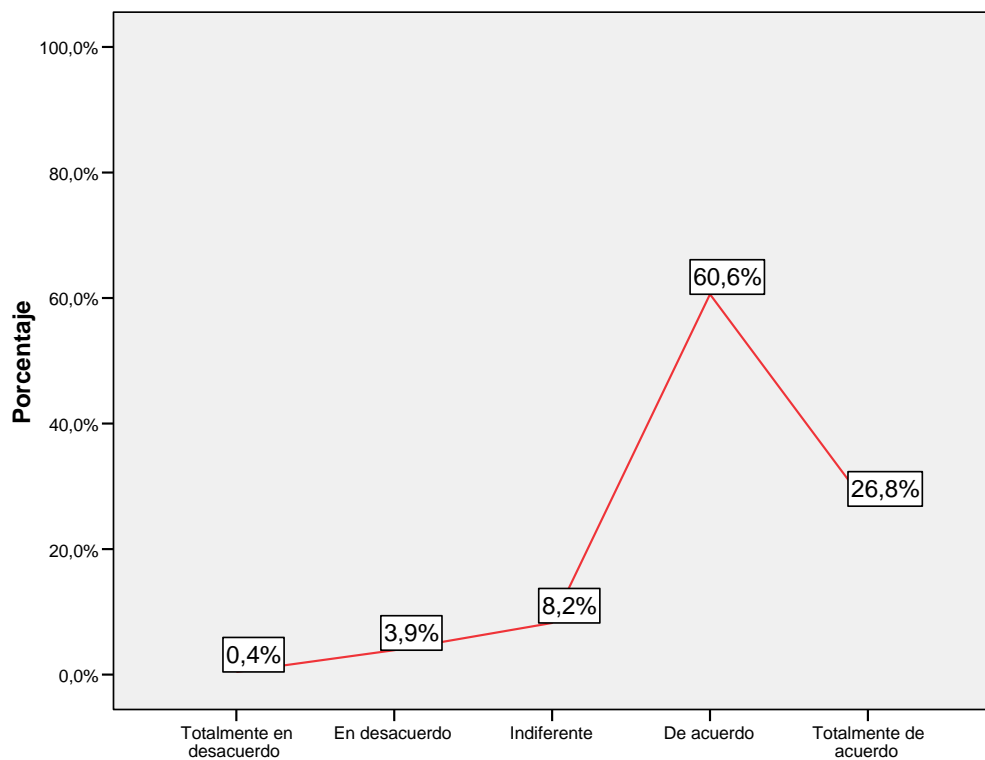
➤ Ambiente de Trabajo e Interacción con los Compañeros

Las respuestas a las cuestiones relativas a los compañeros reflejan una satisfacción superior al 50%.

9. La relación con los compañeros de trabajo es buena.

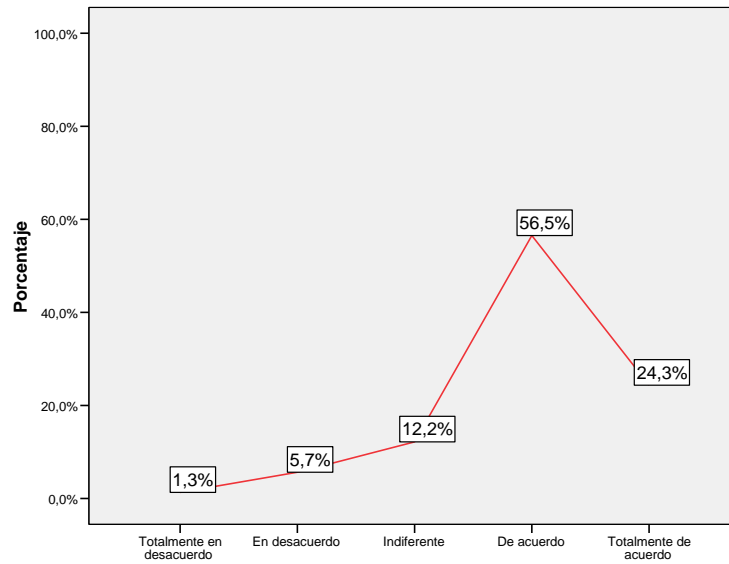
Comprobamos que la relación con los compañeros es bastante buena, observando que la respuesta totalmente en desacuerdo, no supera al 0,5%.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
0,4%	3,9%	8,2%	60,6%	26,8%



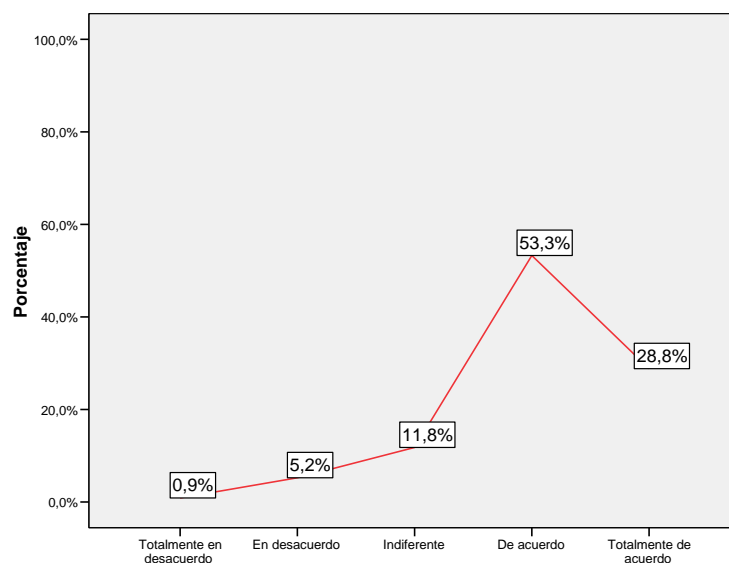
10. Es habitual la colaboración para sacar adelante las tareas.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1,3%	5,7%	12,2%	56,5%	24,3%



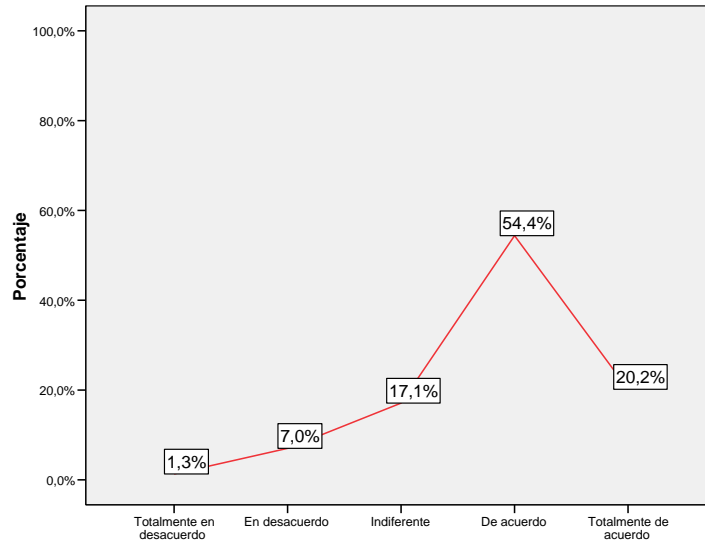
11. Me siento parte de un equipo de trabajo.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
0,9%	5,2%	11,8%	53,3%	28,8%



12. Me resulta fácil expresar mis aportaciones técnicas en mi lugar de trabajo.

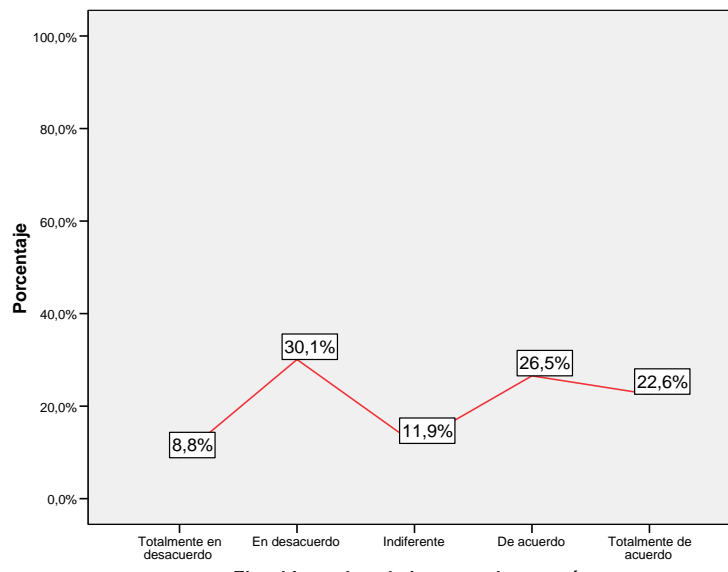
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1,3%	7,0%	17,1%	54,4%	20,2%



13. El ambiente de trabajo me produce estrés.

Observamos en este ítem que el porcentaje de respuesta de los encuestados que están en desacuerdo corresponde al de mayor valor con un 30,1%.

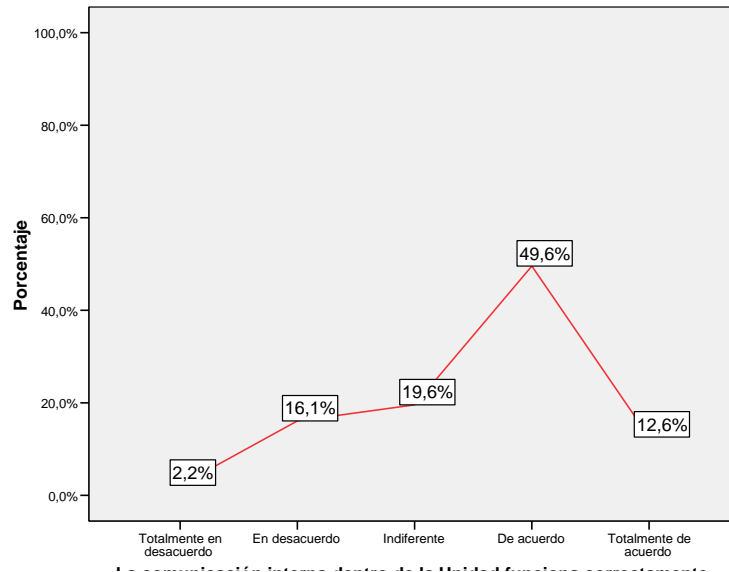
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
8,8%	30,1%	11,9%	26,5%	22,6%



➤ Comunicación y Coordinación

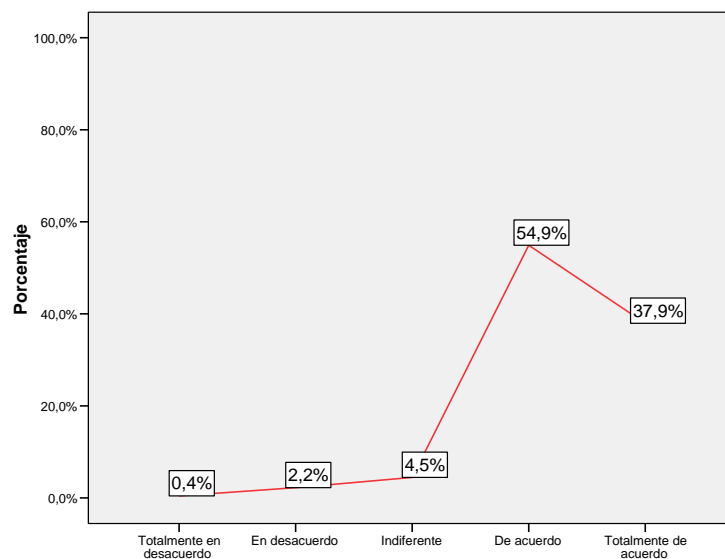
14. La comunicación interna dentro de la Unidad funciona correctamente.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
2,2%	16,1%	19,6%	49,6%	12,6%



15. Me resulta fácil la comunicación con el supervisor/a.

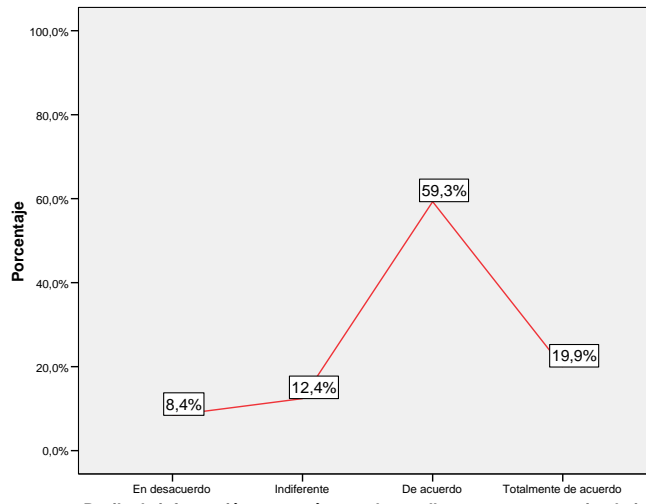
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
0,4%	2,4%	4,5%	54,9%	37,9%



16. Recibo la información necesaria para desarrollar correctamente mi trabajo.

Se evidencia que el personal recibe la información necesaria para trabajar, en mayor o menor grado, destacando que la respuesta, totalmente en desacuerdo, no ha sido señalada por ninguno de los encuestados.

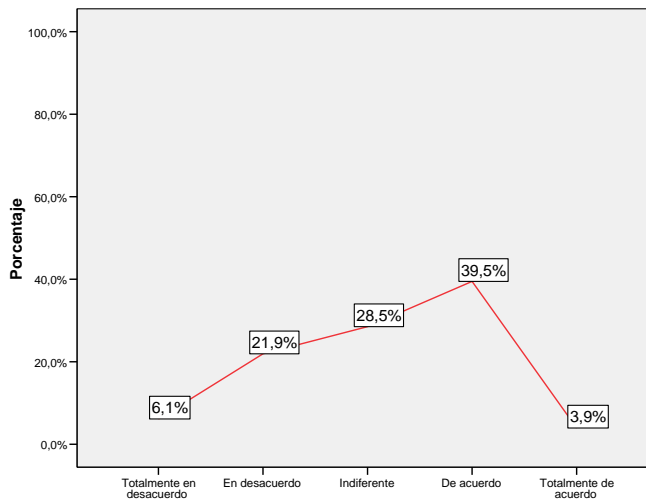
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
0,0%	8,4%	12,4%	59,3%	19,9%



17. Tenemos una adecuada coordinación con otras Unidades del Hospital.

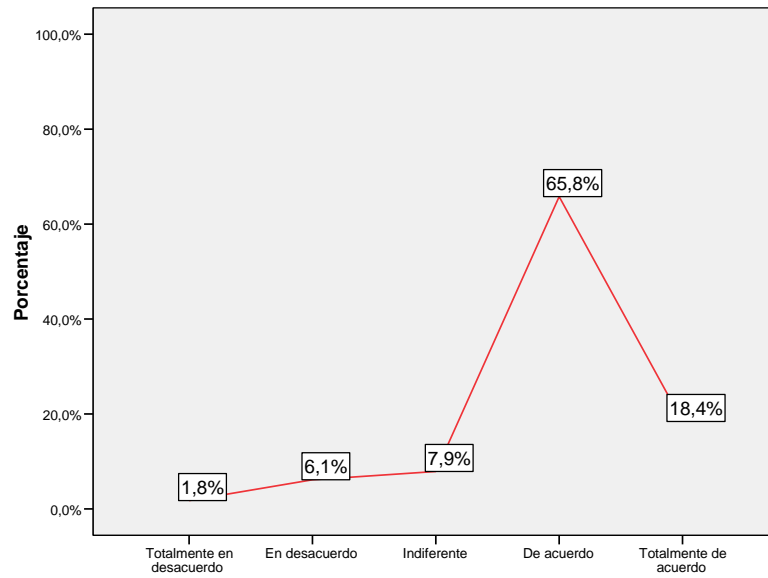
Percibimos que los valores no alcanzan el 50% en ninguna de las respuestas, matizando la perteneciente a totalmente de acuerdo, que solo asciende a 3,9%.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
6,1%	21,9%	28,5%	39,5%	3,9%



18. La comunicación entre el personal de la Unidad y los usuarios es adecuada.

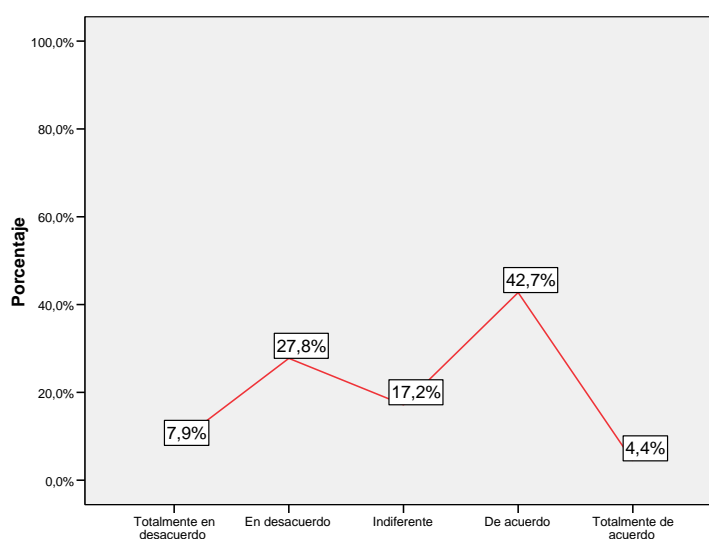
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1,8%	6,1%	7,9%	65,8%	18,4%



➤ Condiciones Ambientales, Infraestructuras y Recursos

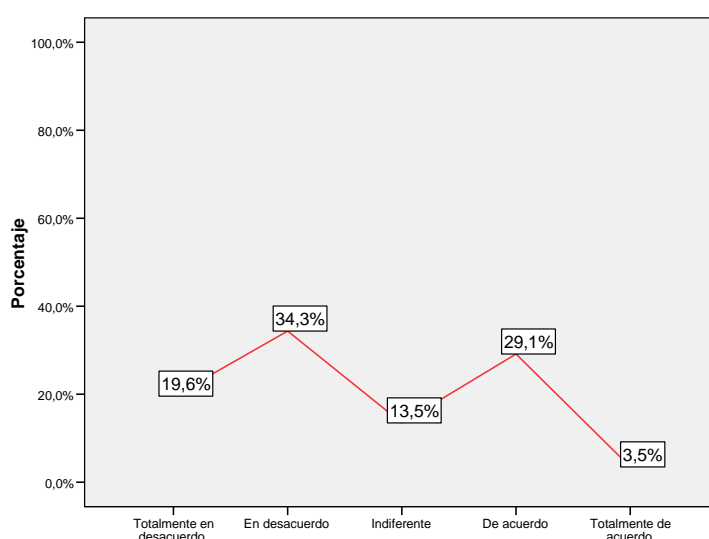
19. Las condiciones de trabajo de mi unidad son seguras (no representan riesgos para la salud).

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
7,9%	27,8%	17,2%	42,7%	4,4%



20. Las condiciones ambientales de la Unidad (climatización, iluminación, decoración, ruidos, ventilación...) facilitan mi actividad diaria.

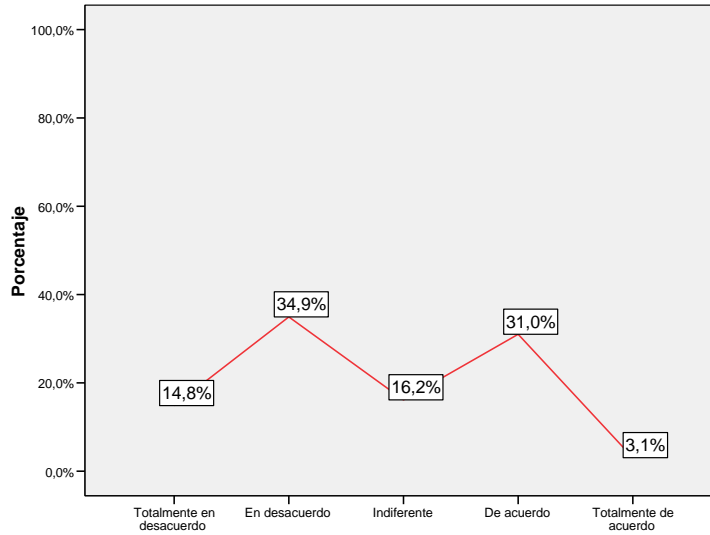
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
19,6%	34,3%	13,5%	29,1%	3,5%



Las condiciones ambientales de la Unidad (climatización, iluminación, decoración, ruidos, ventilación...) facilitan mi actividad diaria

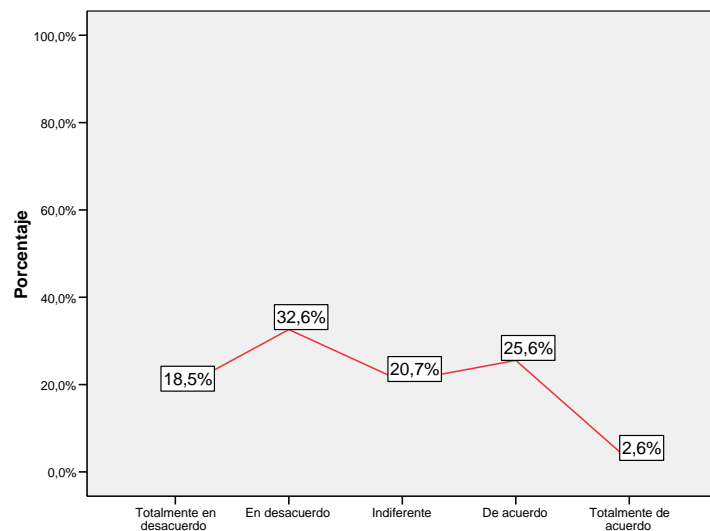
21. Las instalaciones de la Unidad (superficie, dotación de mobiliario, equipos técnicos) facilitan mi trabajo y los servicios prestados a los usuarios.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
14,8%	34,9%	16,2%	31,0%	3,1%



22. Las herramientas informáticas que utilizo están bien adaptadas a las necesidades de mi trabajo.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
18,5%	32,6%	20,7%	25,6%	2,6%

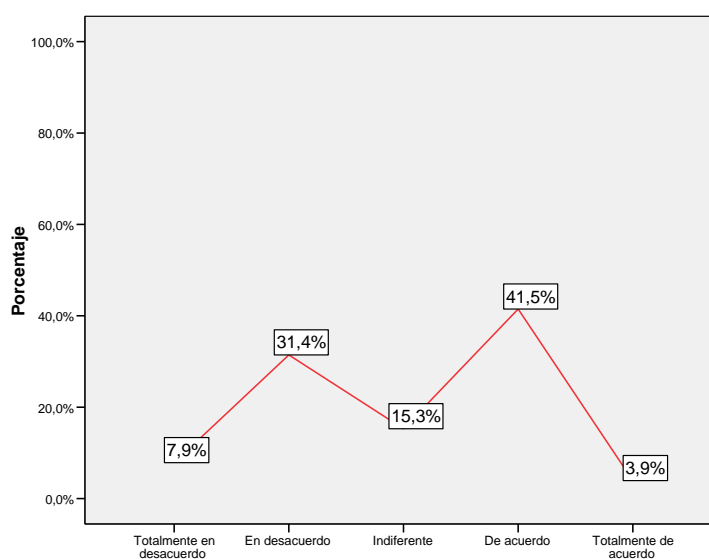


➤ Formación

Se observa, que en los tres ítems pertenecientes a este factor, los encuestados, en ninguna de las cinco respuestas posibles, sobrepasan el 50%.

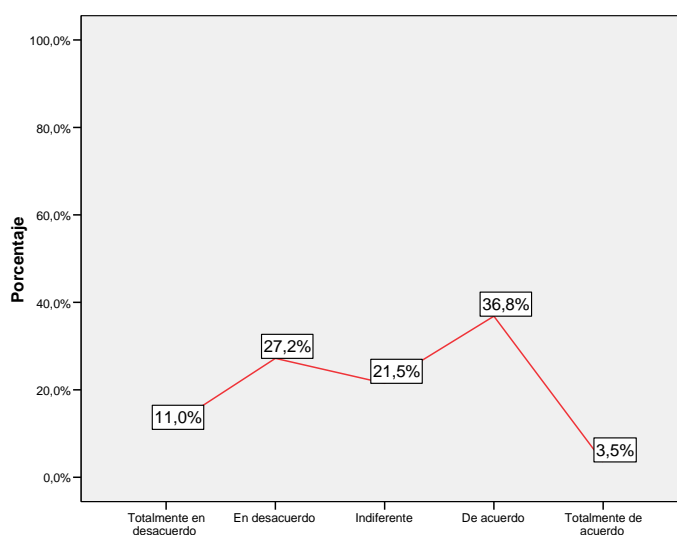
23. Recibo la formación necesaria para desempeñar correctamente mi trabajo.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
7,9%	31,4%	15,3%	41,5%	3,9%



24. El Plan de Formación Continuada me es útil.

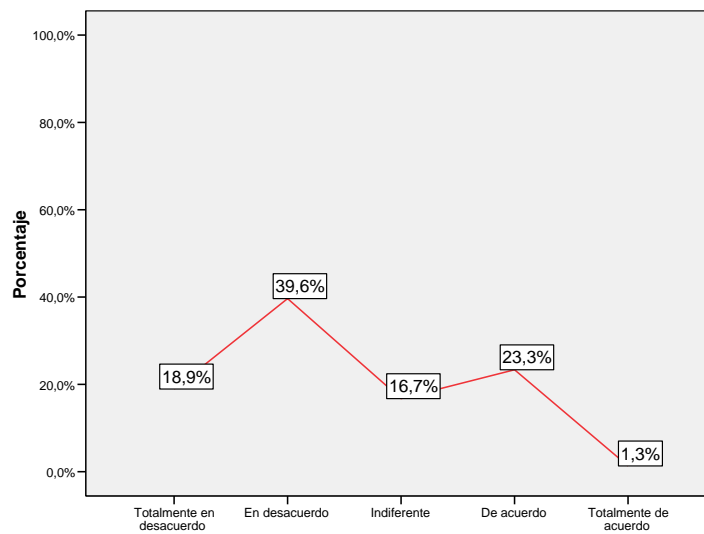
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
11,0%	27,2%	21,5%	36,8%	3,5%



25. Cuando el Hospital implanta una nueva aplicación informática, nuevos procedimientos, etc. la formación que recibo es suficiente.

Vemos que, únicamente un 1,3% de los profesionales se encuentran totalmente de acuerdo con esta cuestión, en contraposición, los valores más elevados son los correspondientes a totalmente en desacuerdo (18,9%) y en desacuerdo (39,6%).

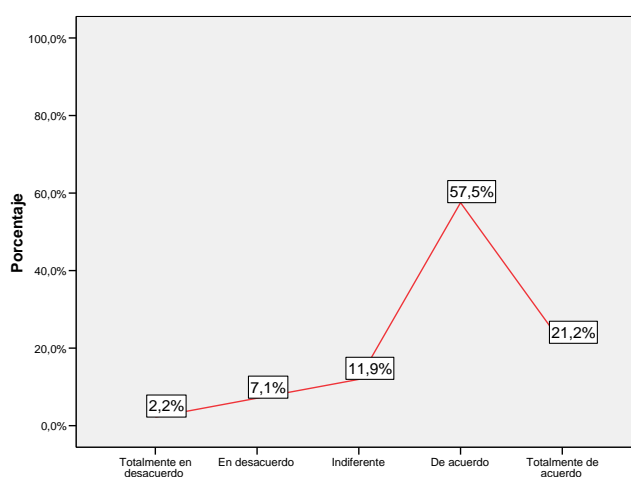
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
18,9%	39,6%	16,7%	23,3%	1,3%



➤ Implicación en la Mejora

26. Entre los objetivos de mi Unidad, es prioritaria la mejora de la calidad de los servicios que prestamos.

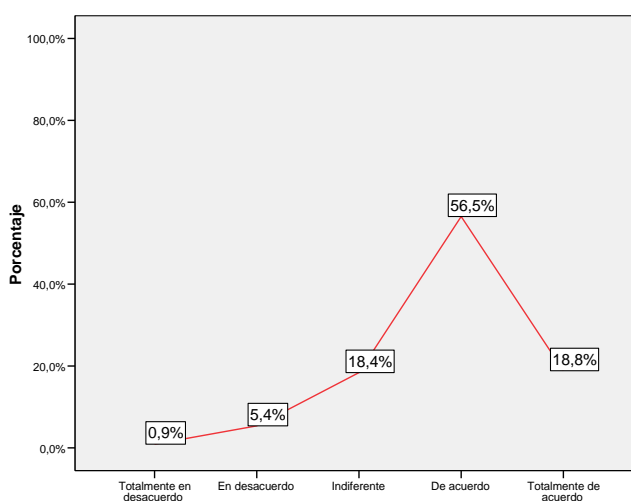
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
2,2%	7,1%	11,9%	57,5%	21,2%



Entre los objetivos de mi Unidad, es prioritaria la mejora de la calidad de los servicios que prestamos

27. El supervisor/a de mi Unidad pone en marcha iniciativas de mejora.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
0,9%	5,4%	18,4%	56,5%	18,8%

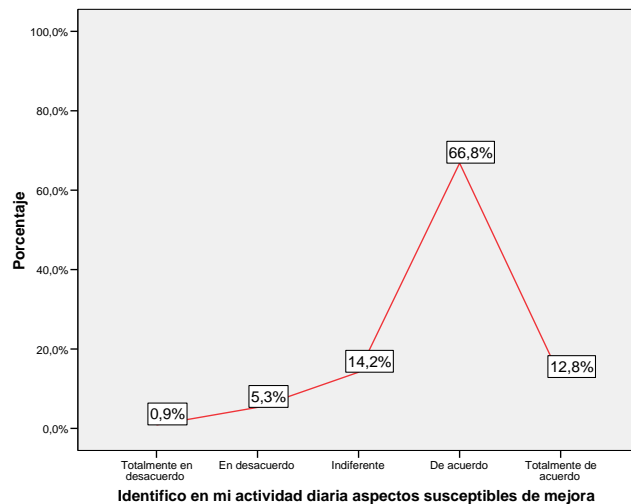


El supervisor/a de mi Unidad pone en marcha iniciativas de mejora

28. Identifico en mi actividad diaria aspectos susceptibles de mejora.

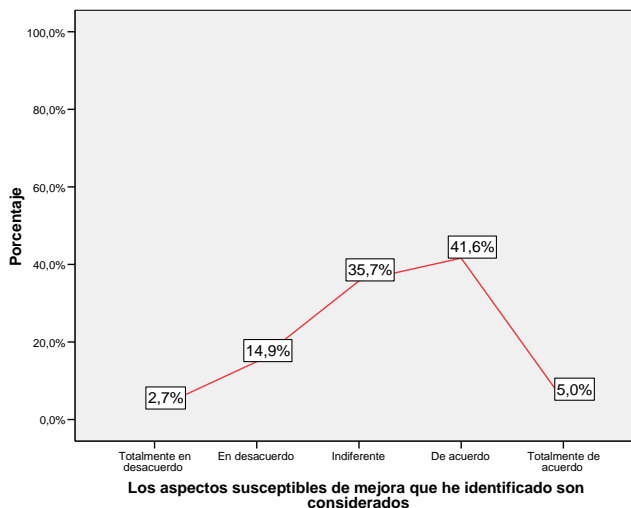
Se señala, en un porcentaje muy superior a los demás (66,8%), que están de acuerdo en la identificación de aspecto de mejora en su actividad diaria.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
0,9%	5,3%	14,2%	66,8%	12,8%



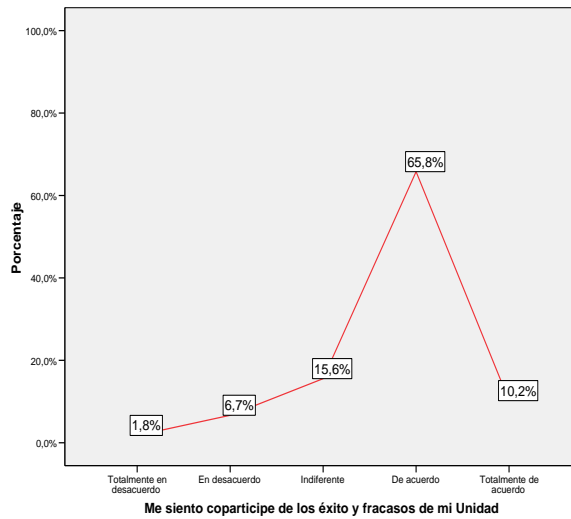
29. Los aspectos susceptibles de mejora que he identificado son considerados.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
2,7%	14,9%	35,7%	41,6%	5,0%



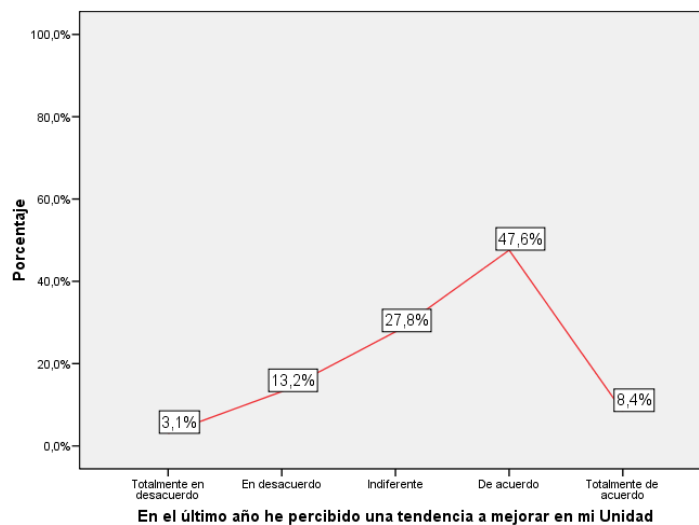
30. Me siento copartícipe de los éxitos y fracasos de mi Unidad.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1,8%	6,7%	15,6%	65,8%	10,2%



31. En el último año he percibido una tendencia a mejorar en mi Unidad.

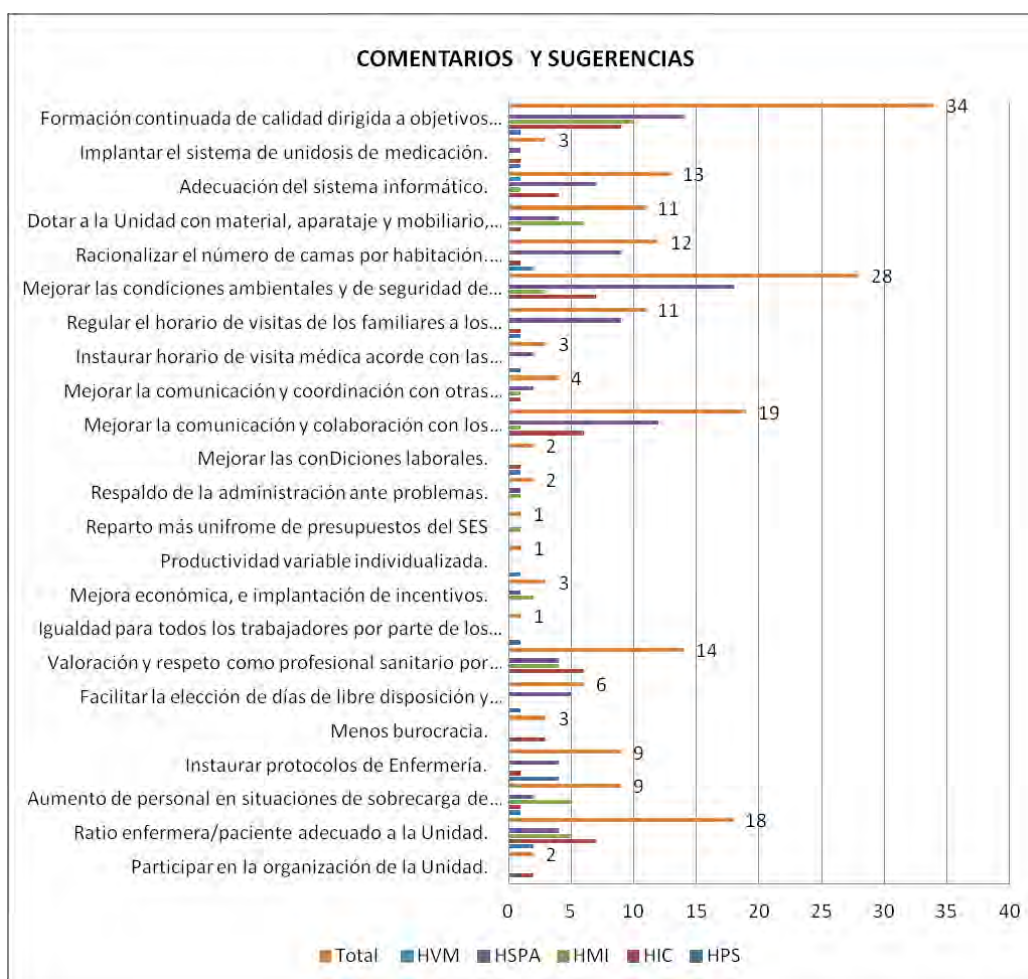
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
3,1%	13,2%	27,8%	47,6%	8,4%



Comentarios y sugerencias.

La respuesta de las enfermeras a la tercera dimensión del cuestionario "Comentarios y Sugerencias" es la que se transcribe literalmente en el Anexo V.

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS	HOSPITALES					
	HPS	HIC	HMI	HSPA	HVM	Total
Participar en la organización de la Unidad.		2				2
Ratio enfermera/paciente adecuado a la Unidad.	2	7	5	4		18
Aumento de personal en situaciones de sobrecarga de trabajo.	1	1	5	2		9
Instaurar protocolos de Enfermería.	4	1		4		9
Menos burocracia.		3				3
Facilitar la elección de días de libre disposición y vacaciones.	1			5		6
Valoración y respeto como profesional sanitario por parte del equipo directivo y usuarios.		6	4	4		14
Igualdad para todos los trabajadores por parte de los supervisores.	1					1
Mejora económica, e implantación de incentivos.			2	1		3
Productividad variable individualizada.	1					1
Reparto más uniforme de presupuestos del SES.			1			1
Respaldo de la administración ante problemas.			1	1		2
Mejorar las condiciones laborales.	1	1				2
Mejorar la comunicación y colaboración con los distintos miembros del equipo (enfermeras, médicos, auxiliares...).		6	1	12		19
Mejorar la comunicación y coordinación con otras unidades del hospital.		1	1	2		4
Instaurar horario de visita médica acorde con las necesidades de los pacientes y la Unidad.	1			2		3
Regular el horario de visitas de los familiares a los pacientes.	1	1		9		11
Mejorar las condiciones ambientales y de seguridad de las Unidades, que favorezcan al personal y usuarios.		7	3	18		28
Racionalizar el número de camas por habitación. Habitaciones pequeñas.	2	1		9		12
Dotar a la Unidad con material, aparataje y mobiliario, necesario para realizar el trabajo óptimamente.		1	6	4		11
Adecuación del sistema informático.		4	1	7	1	13
Implantar el sistema de unidosis de medicación.	1	1		1		3
Formación continuada de calidad dirigida a objetivos de las Unidades y respetando turno laboral.	1	9	10	14		34



A modo de resumen de este apartado, el personal de Enfermería de los cinco hospitales, mencionan propuestas de mejora de diversa índole destacando las siguientes:

- Una formación continuada de calidad y dirigida a los objetivos laborales.
- Mejorar las condiciones ambientales y de seguridad de las unidades, favoreciendo al personal y a los usuarios.
- Mejorar la comunicación y colaboración con los distintos miembros del equipo.
- Dotación adecuada de personal de Enfermería en las Unidades (ratio enfermera/paciente) así como aumento del personal en situaciones de sobrecarga laboral.
- Adecuación del programa informático que agilice y facilite su utilización.
- Reparar las condiciones ambientales y de seguridad de las Unidades (climatización, ventilación exterior, iluminación...).

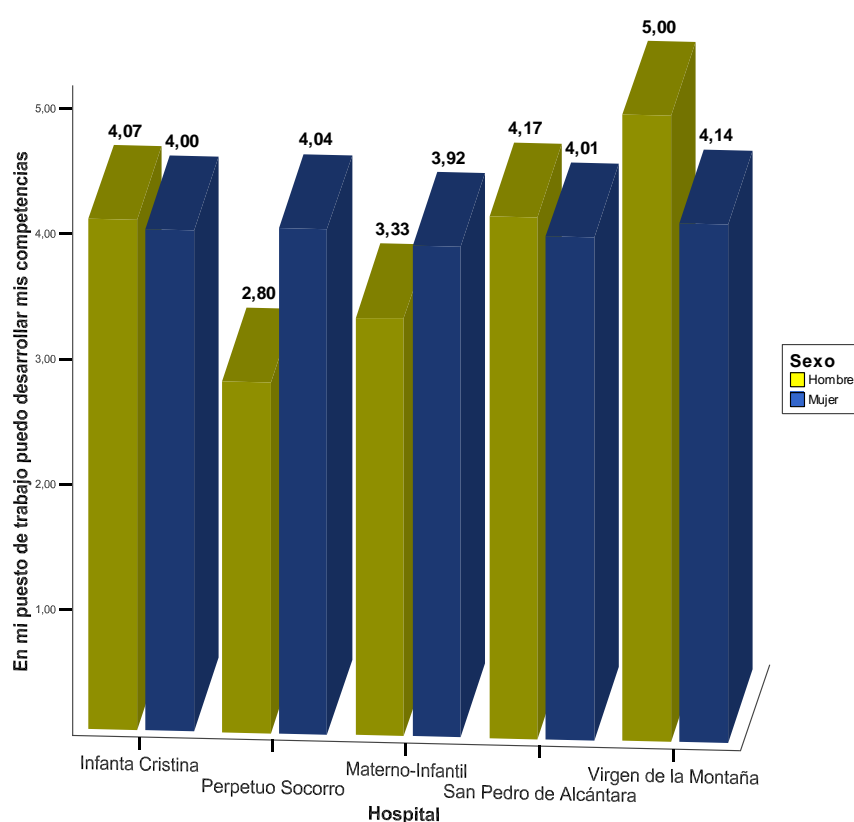
3.6.2. Análisis de relación entre variables.

Los gráficos de barra de interacción entre variables, corresponden a la relación existente entre todas las variables de escala incluidas en la Percepción del Ámbito de Trabajo, seleccionando los ítems más significativos de los siete factores que la componen (puesto de trabajo, dirección de la unidad, ambiente de trabajo e interacción con los compañeros, comunicación y coordinación, condiciones ambientales, infraestructuras y recursos, formación y las implicaciones de mejora) y las variables nominales incluidas en la Información de Carácter General (sexo, edad, condición laboral, hospital, unidad en la que trabaja, tiempo trabajado en el hospital y tiempo trabajado en el puesto actual).

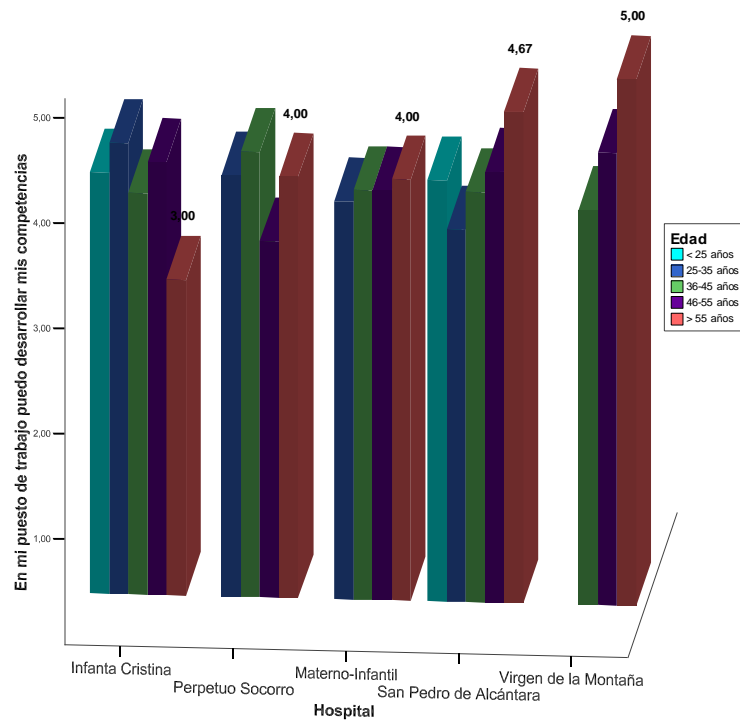
❖ Puesto de trabajo

De este factor se ha seleccionado el ítem “En mi puesto de trabajo puedo desarrollar mis competencias” interaccionando el hospital con las variables:

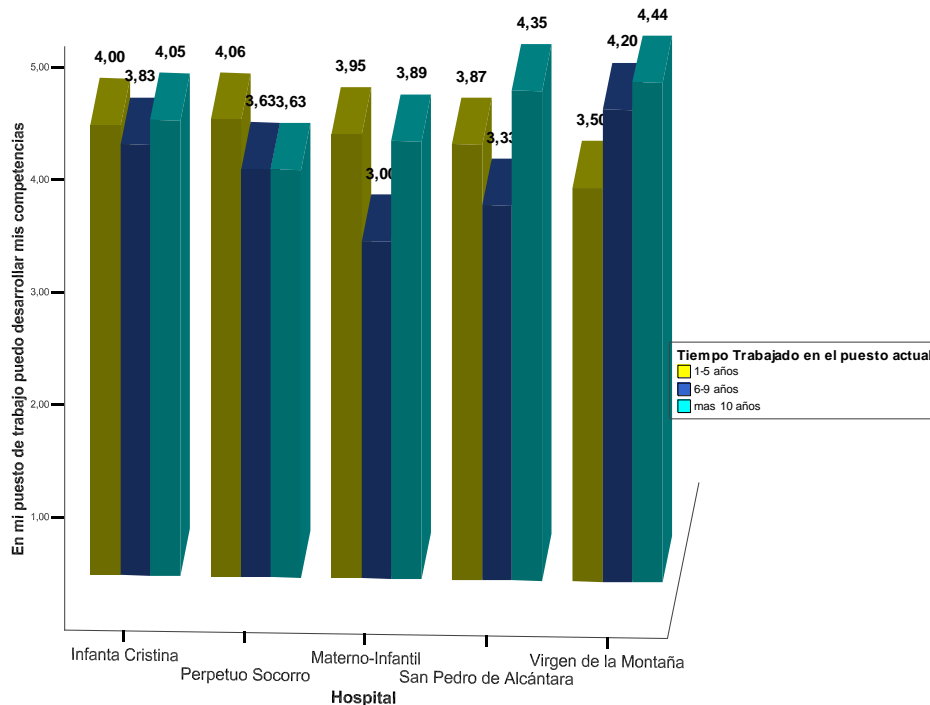
- Sexo.
- Edad.
- Tiempo trabajado en el puesto actual.



Gráfica 1: En relación al sexo, el hospital Virgen de la Montaña presenta la media más elevada de los cinco hospitales (5 masculino y 4,14 femenino).



Gráfica 2: En los hospitales de Cáceres, el grupo de los mayores de 55 años presenta una media mayor a la pregunta “En mi puesto puedo desarrollar mis competencias”. En contraposición está el hospital Infanta Cristina que a este intervalo de edad corresponde la menor media (3).

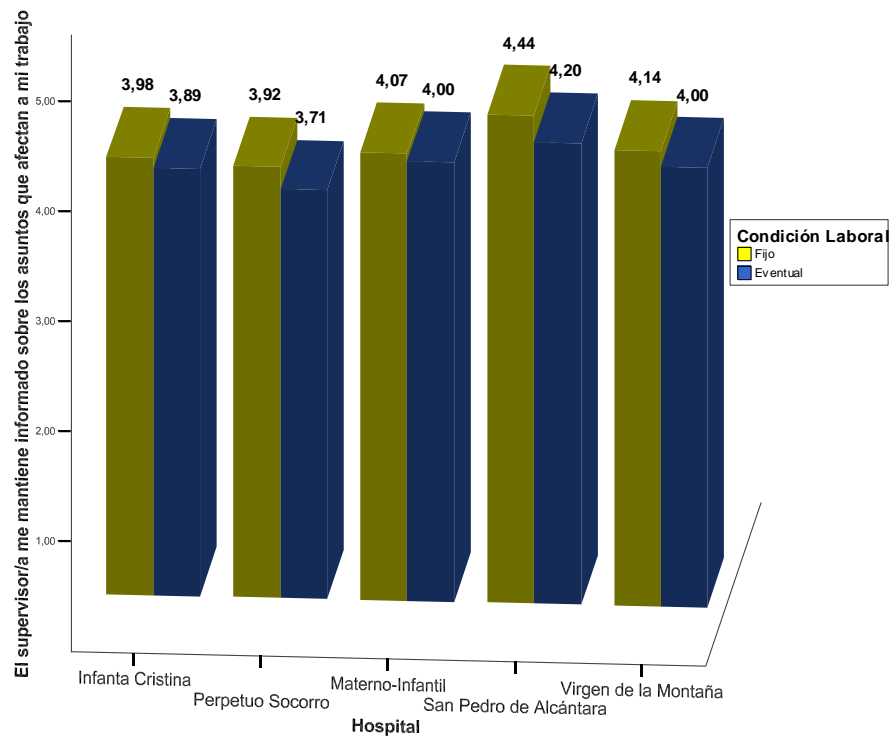


Gráfica 3: La gráfica revela que son las enfermeras del hospital Materno Infantil, que llevan trabajando en el puesto actual de 6 a 9 años, las que poseen la media más baja (3).

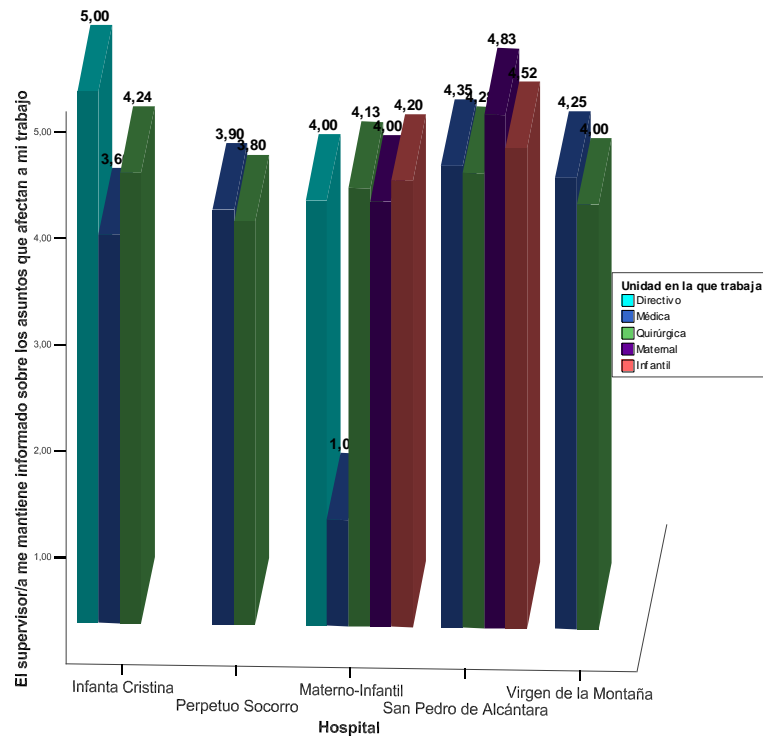
❖ Dirección de la Unidad

De este factor se ha seleccionado el ítem “El supervisor/a me mantiene informado sobre los asuntos que afectan a mi trabajo”, interaccionando el hospital con las variables:

- Condición laboral.
- Tipo de Unidad en la que trabaja.



Gráfica 4: La media de la grafica, precisa, que en los cinco hospitales, la condición laboral no influye a la hora de recibir información por parte del supervisor/a sobre asuntos que afectan al trabajo.



Gráfica 5: Se observa que, exceptuando la Unidad Médica del hospital Materno-Infantil, que presenta una media de 1, en los otros cuatro hospitales las enfermeras consideran que están informadas sobre los asuntos que afectan a su trabajo (media menor 3,66).

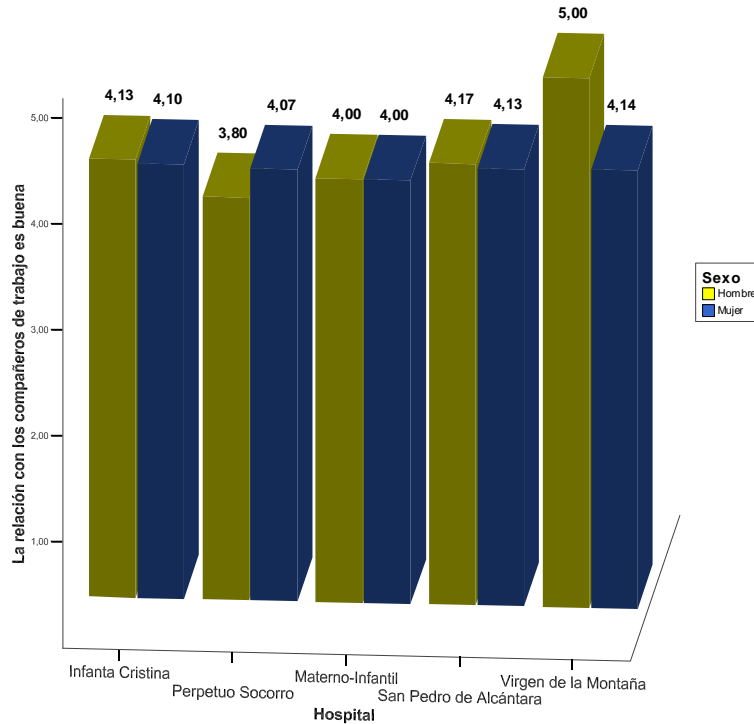
❖ Ambiente de trabajo e Interacción con los compañeros

El ítem “La relación con los compañeros de trabajo es buena”, se ha interaccionando el hospital con las variables:

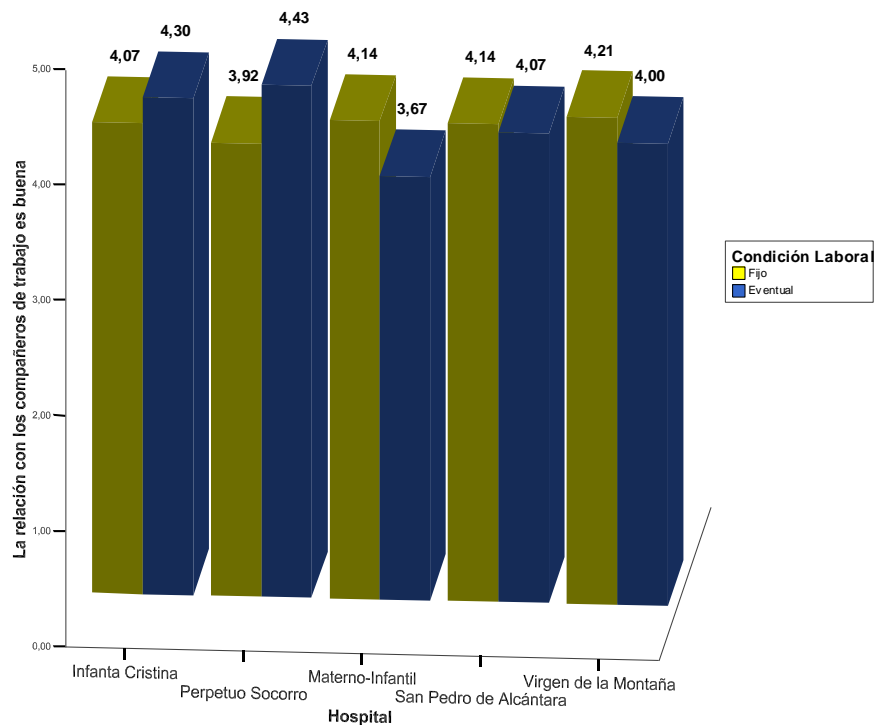
- Sexo.
- Condición Laboral.

Y el ítem “El ambiente de trabajo me produce estrés” la interacción es el hospital con:

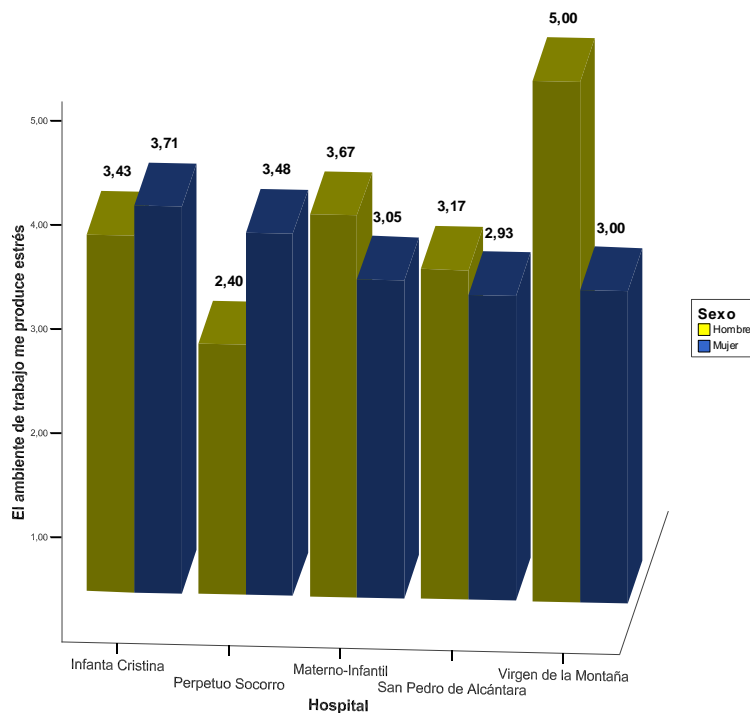
- Sexo.
- Edad.
- Unidad en la que trabaja.



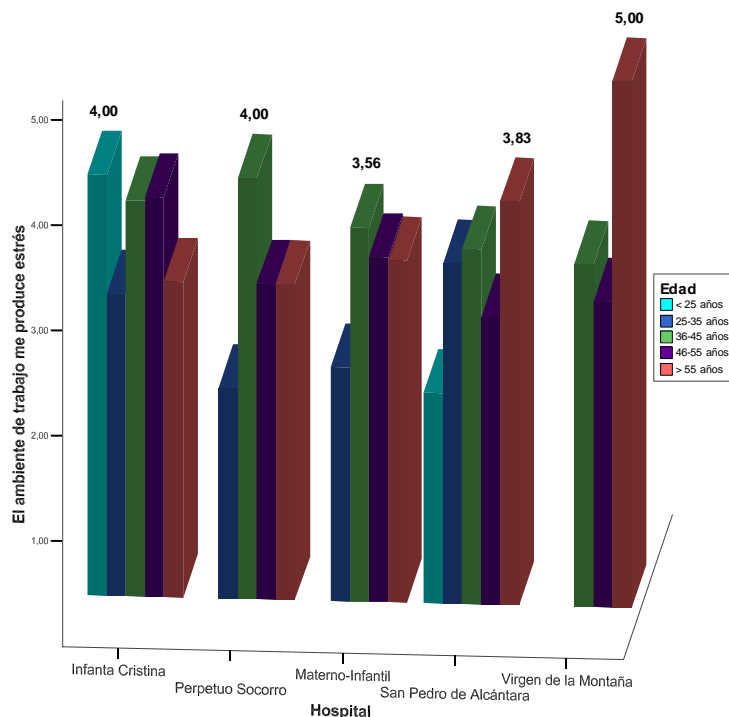
Gráfica 6: En ambos sexos y en los cinco hospitales la relación con los compañeros de trabajo es buena, siendo el intervalo mayor y menor de las medias 5 y 3,8.



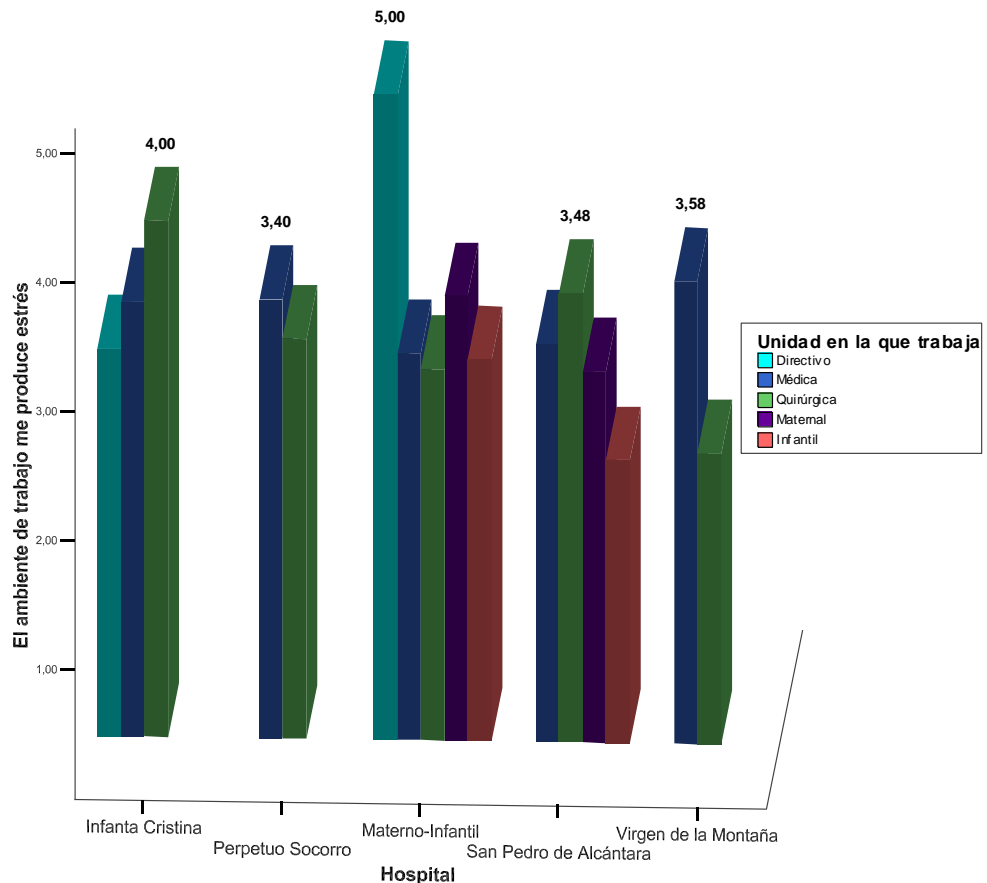
Gráfica 7: Al interaccionar la condición laboral y el hospital con la relación con los compañeros, la grafica apunta que tanto el personal fijo como el eventual, poseen una buena relación en los cinco hospitales.



Gráfica 8: Se observa, que tanto la media mayor (5) y menor (2,40) de estrés en el ambiente de trabajo, la presentan los hombres del Hospital Virgen de la Montaña y Perpetuo Socorro respectivamente. La diferencia de media de las mujeres oscila entre 3,71 y 2,93.



Gráfica 9: Las enfermeras que manifiestan tener más estrés en el ambiente de trabajo de los hospitales de Cáceres, pertenecen al rango de edad >55 años. En Badajoz, son el grupo de edad entre 36 y 45 años que trabajan en el Perpetuo Socorro y Materno Infantil; por último la media mayor del Hospital Infanta Cristina pertenece al rango de <25 años.



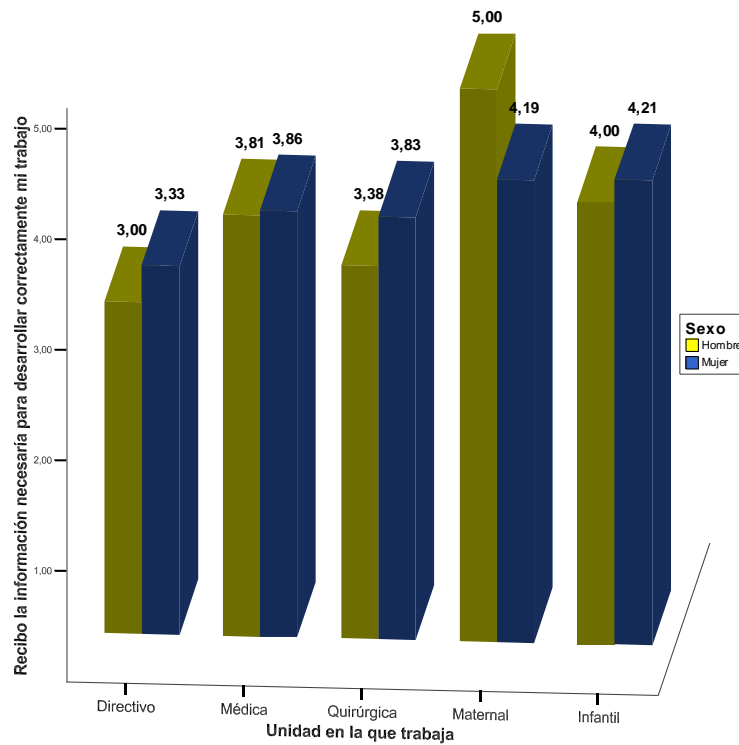
Gráfica 10 Los Hospitales Infanta Cristina y San Pedro de Alcántara, tienen mayor número de camas de hospitalización y enfermeras en su plantilla y la gráfica nos evidencia, que en ambos, la media de las Unidades Quirúrgicas es la más elevadas en la pregunta “El ambiente de trabajo me produce estrés”. En los hospitales Virgen de la Montaña y Perpetuo Socorro la media mayor pertenece a las Unidades Médicas. La Unidad de Dirección del Materno-Infantil muestra la media más alta de la gráfica (5).

❖ Comunicación y Coordinación

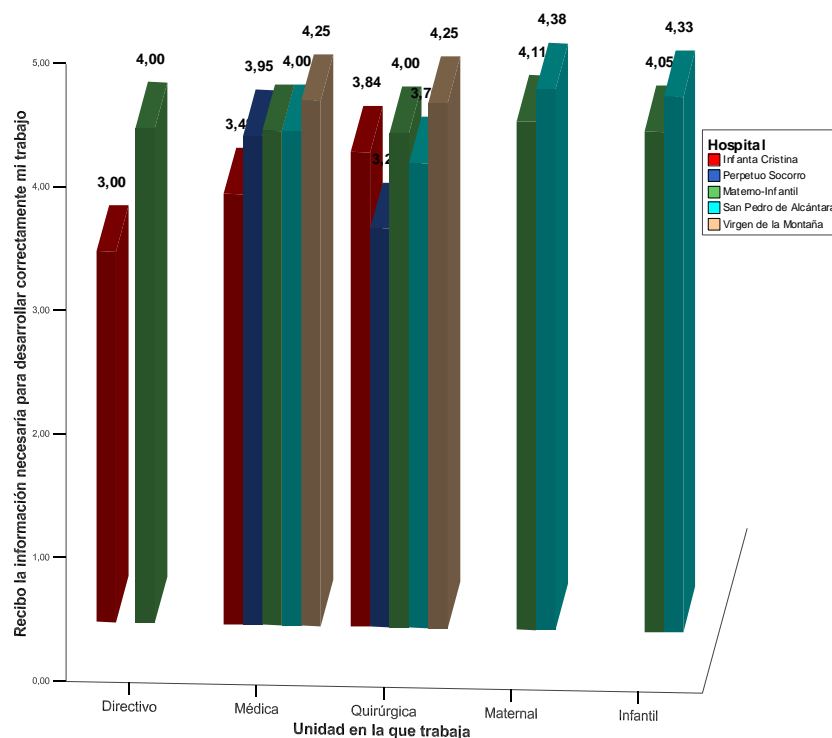
De este factor se ha seleccionado el ítem “Recibo la información necesaria para desarrollar correctamente mi trabajo”, interaccionando Unidad en la que trabaja con las variables:

- Sexo.
- Hospital.

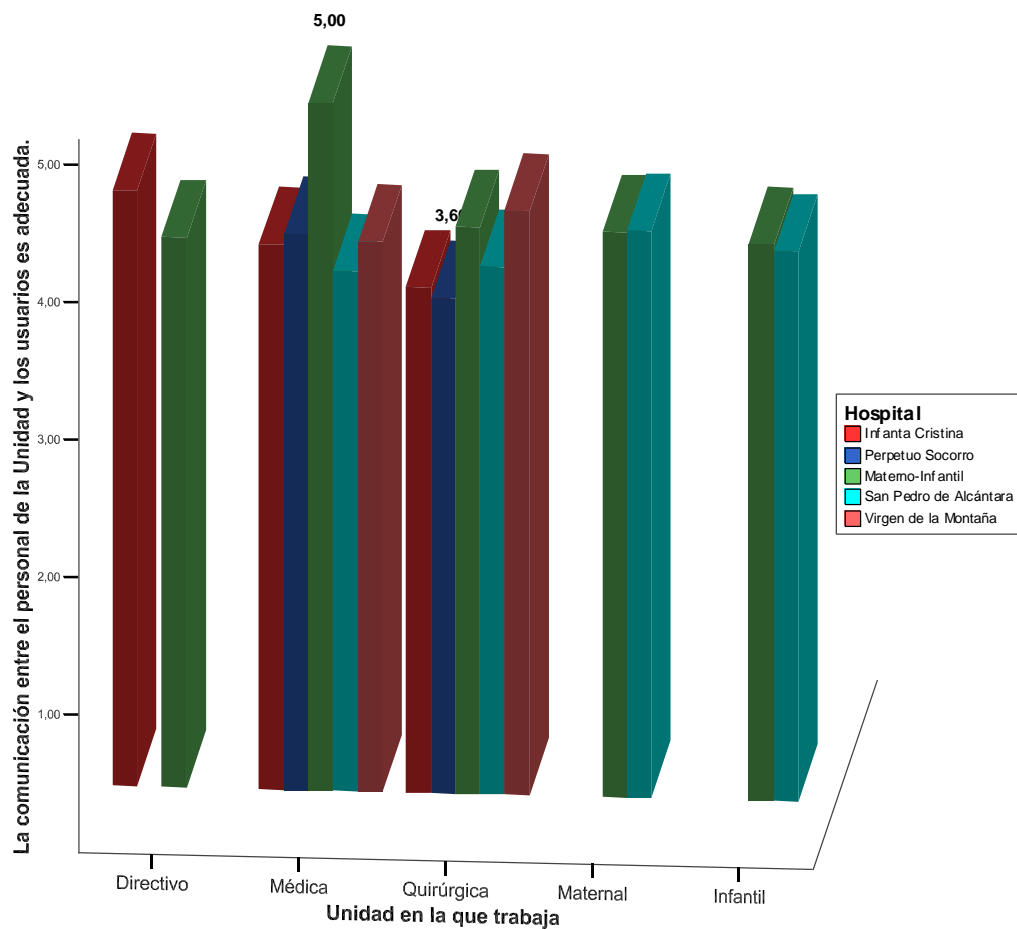
Y el ítem “La comunicación entre el personal de la Unidad y los usuarios es adecuada”, relacionándola con las variables nominales Hospital y la Unidad en que trabaja.



Gráfica 11: La media mayor (5) y menor (3) la presentan los hombres. La diferencia de media de las mujeres oscila entre 4,21 y 3,33.



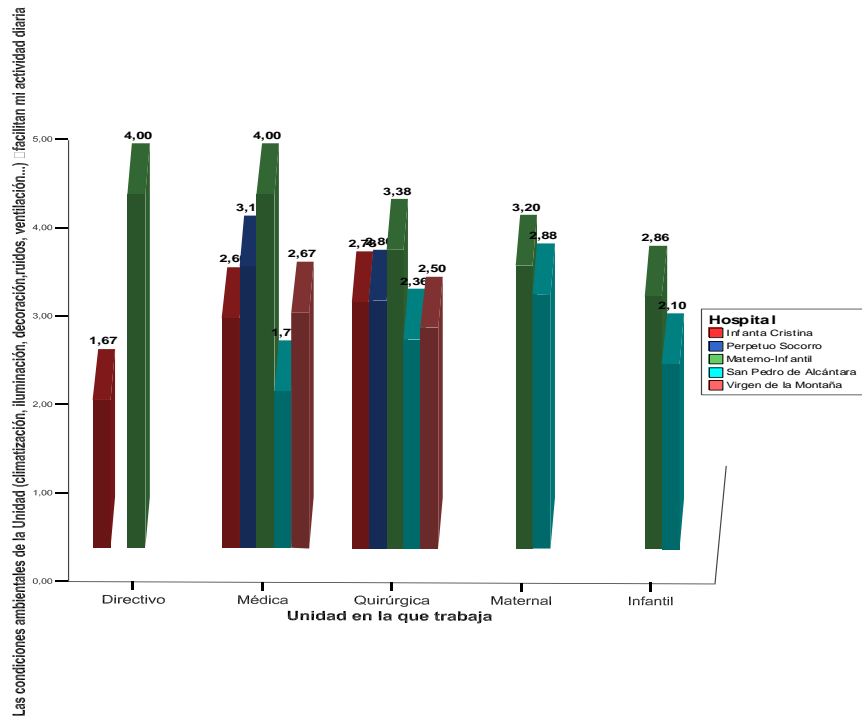
Gráfica 12: Como se constata en la gráfica los valores medios de las enfermeras que trabajan en los cinco hospitales del estudio superan el 3, cuando contestan a la pregunta que “Recibo la información necesaria para desarrollar correctamente mi trabajo”



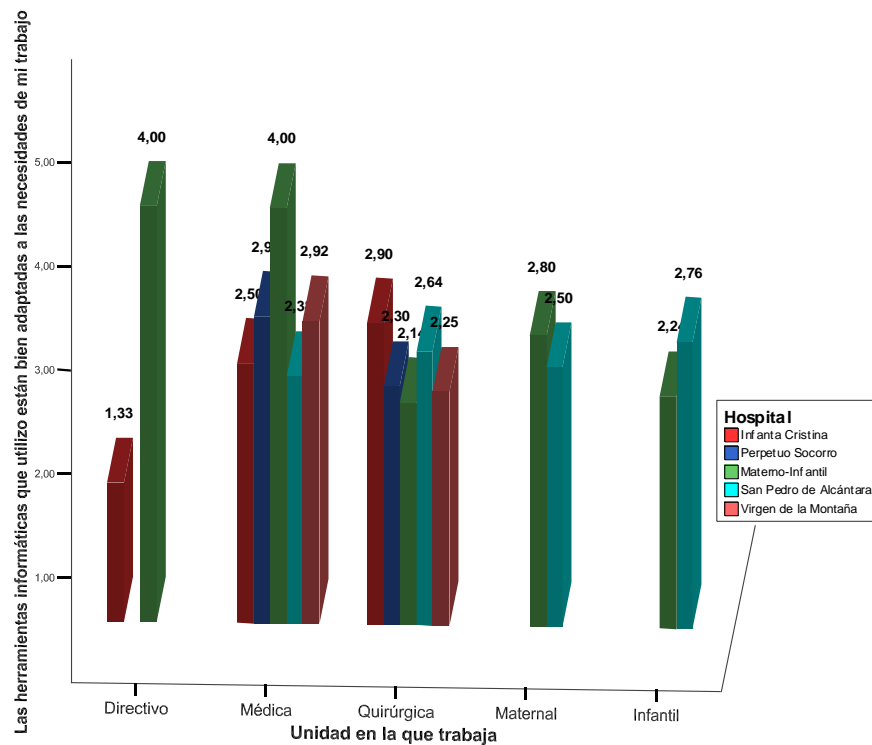
Gráfica 13: La comunicación entre el personal de Enfermería y los usuarios es buena en los cinco hospitales con intervalos entre 5 y 3,60.

❖ **Condiciones Ambientales, Infraestructuras y Recursos**

De este factor se han seleccionado dos ítem “Las condiciones ambientales de la Unidad (climatización, iluminación, decoración, ruidos, ventilación...) facilitan mi actividad diaria” y “Las herramientas informáticas que utilizo están bien adaptadas a las necesidades de mi trabajo interaccionando el Hospital y la Unidad en la que trabaja.



Gráfica 14: El personal de Enfermería del Hospital Materno Infantil presenta la mayor media en respuesta a este ítem, y en todas las Unidades de Hospitalización, oscilando estas desde un 4, en Directivo y Médica y 2,86 en Infantil.



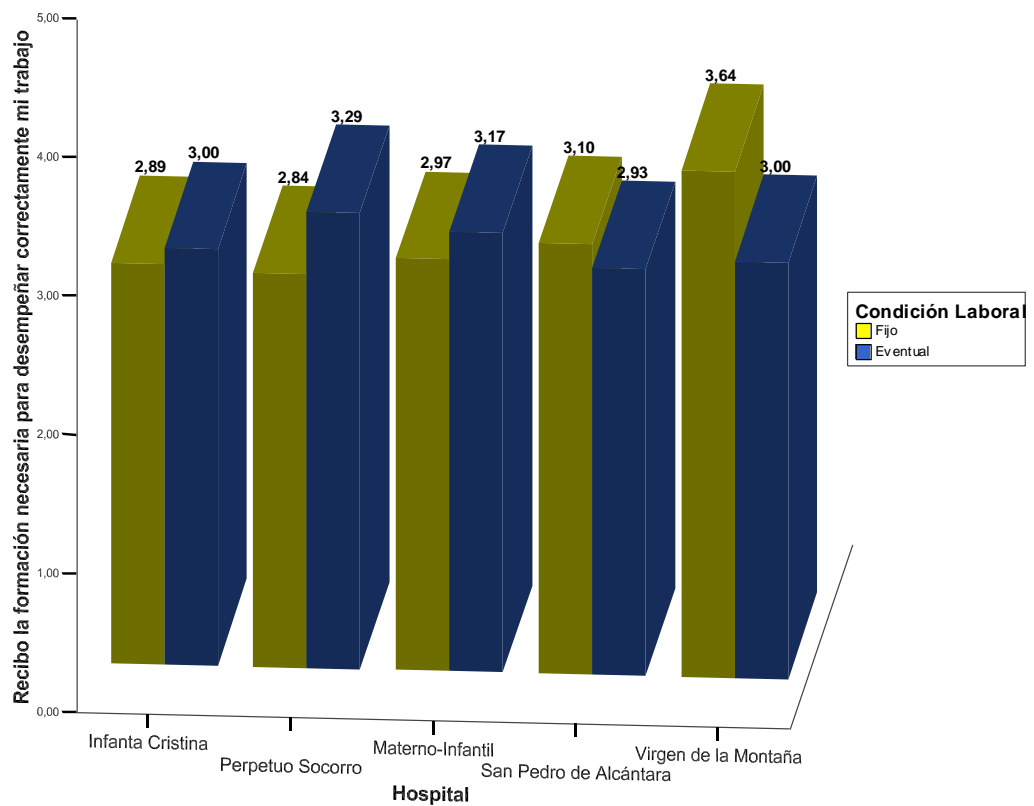
Gráfica 15: Las enfermeras que trabajan en el Equipo Directivo y las de Unidades Médicas del Hospital Materno Infantil ostentan una media mayor (4) frente al resto de Unidades y hospitales cuyas medias oscilan entre 2,92 y 1,33.

❖ Formación

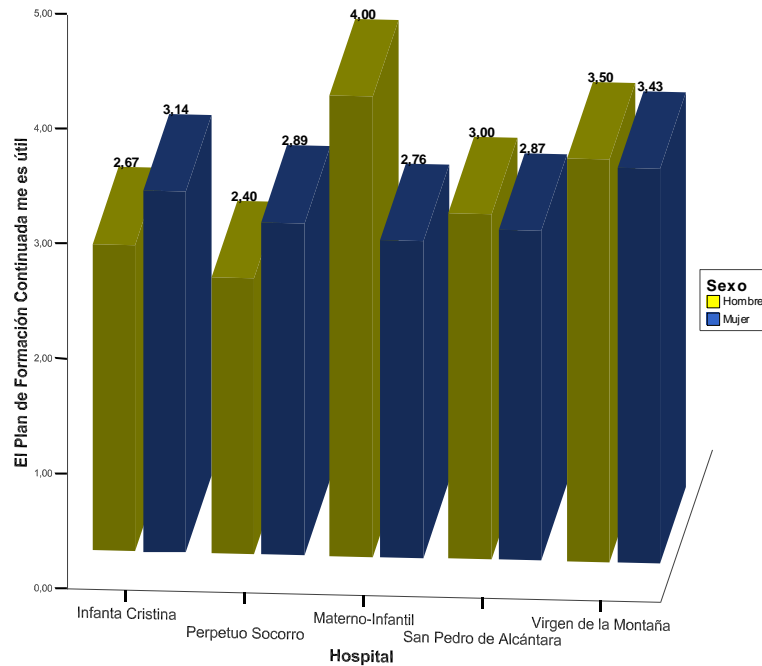
El ítem “Recibo la formación necesaria para desempeñar correctamente mi trabajo” se ha interaccionando el hospital con la condición laboral.

Y el ítem “El Plan de Formación Continuada me es útil” se relaciona las variables:

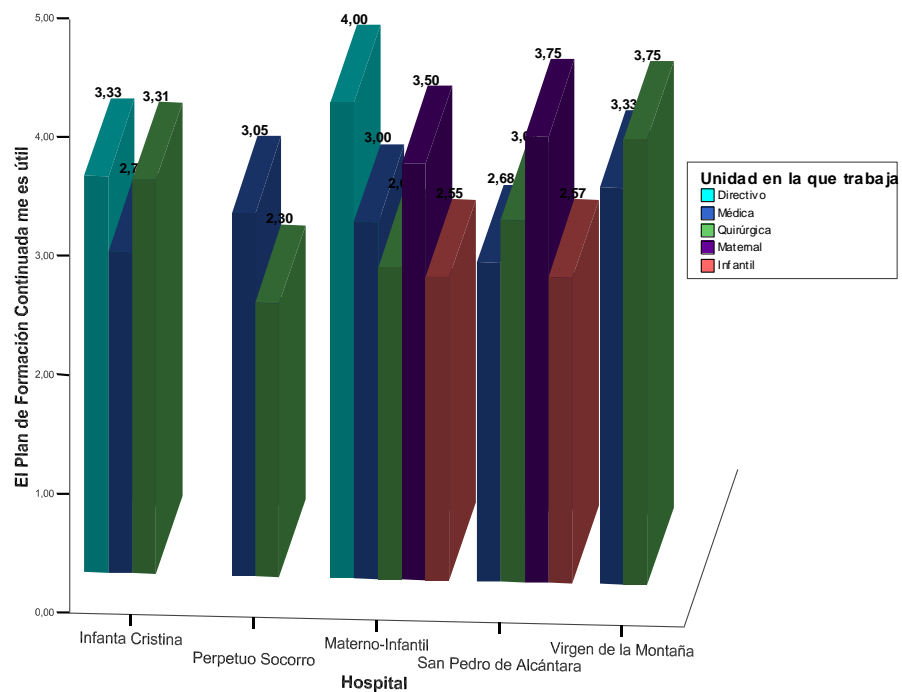
- Sexo.
- Unidad en la que trabaja.



Gráfica 16: Al ítem “Recibo la formación necesaria para desempeñar correctamente mi trabajo” interaccionando el hospital con la condición laboral, se observa que no hay diferencias significativas.



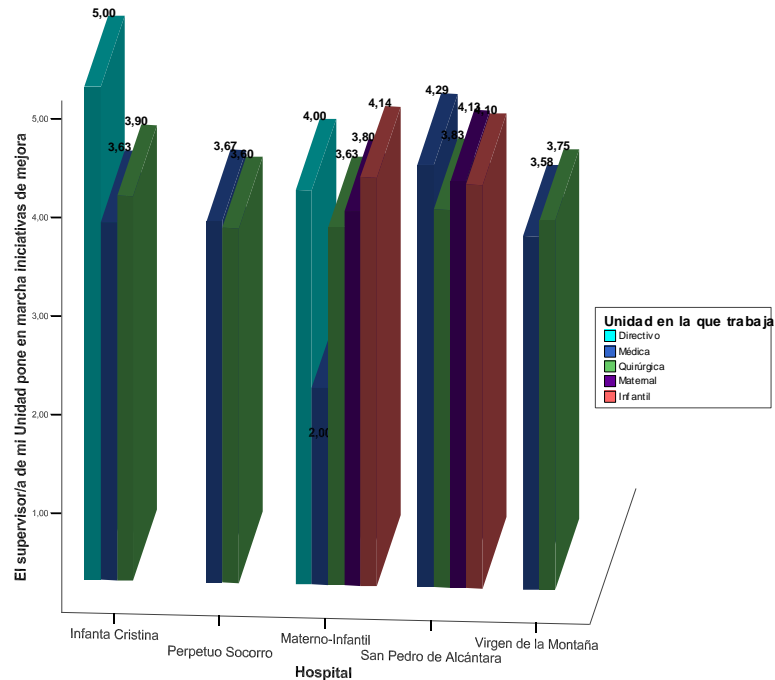
Gráfica 17: Los hombres de los hospitales de Cáceres y los del hospital Materno Infantil de Badajoz consideran que “El Plan de Formación Continuada” les es útil, ya que su media es superior o igual a 3. En contraposición, están los hombres que realizan su actividad asistencial en el hospital Perpetuo Socorro con un valor de 2,4.



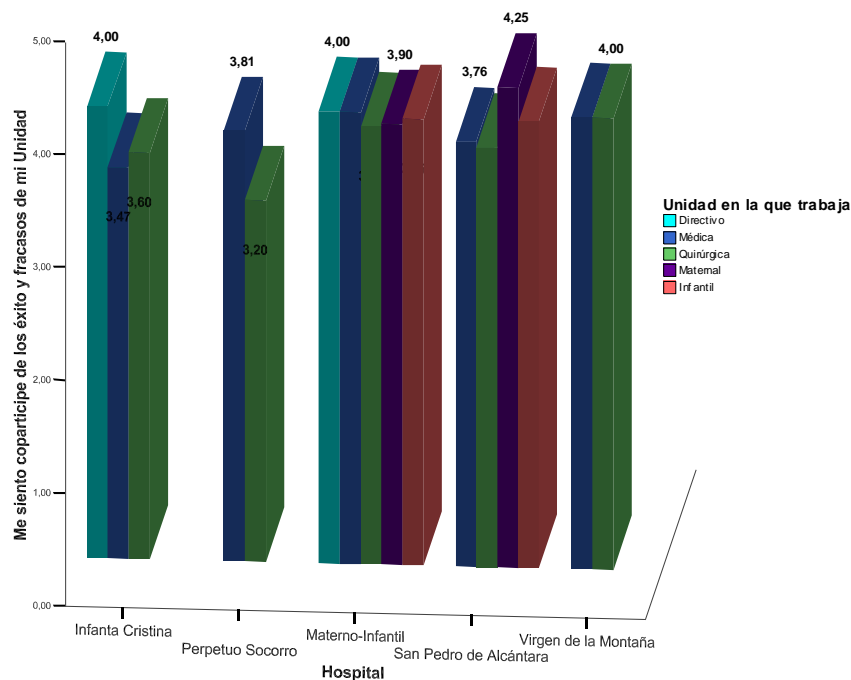
Gráfica 18: Las respuestas por hospitales y Unidad en la que trabajan, al ítem sobre la utilidad del Plan de Formación Continuada, ha sido muy variada en los cinco hospitales, perteneciendo la media mayor (4) al hospital Materno-Infantil y la unidad en la que trabaja, Dirección y con la menor media, la Unidad Quirúrgica del hospital Perpetuo Socorro (2,30).

❖ Implicación en la Mejora

De este factor se ha elegido el ítem “El supervisor/a de mi Unidad pone en marcha iniciativas de mejora.” Y “me siento coparticipe de los éxitos y fracaso de mi Unidad”, relacionando el hospital con la unidad en que trabaja.



Gráfica 19: En la gráfica se aprecia que los valores medios oscilan entre el 3,58 y el 5, exceptuando la Unidad Médica del Hospital Materno-Infantil cuya media es 2.



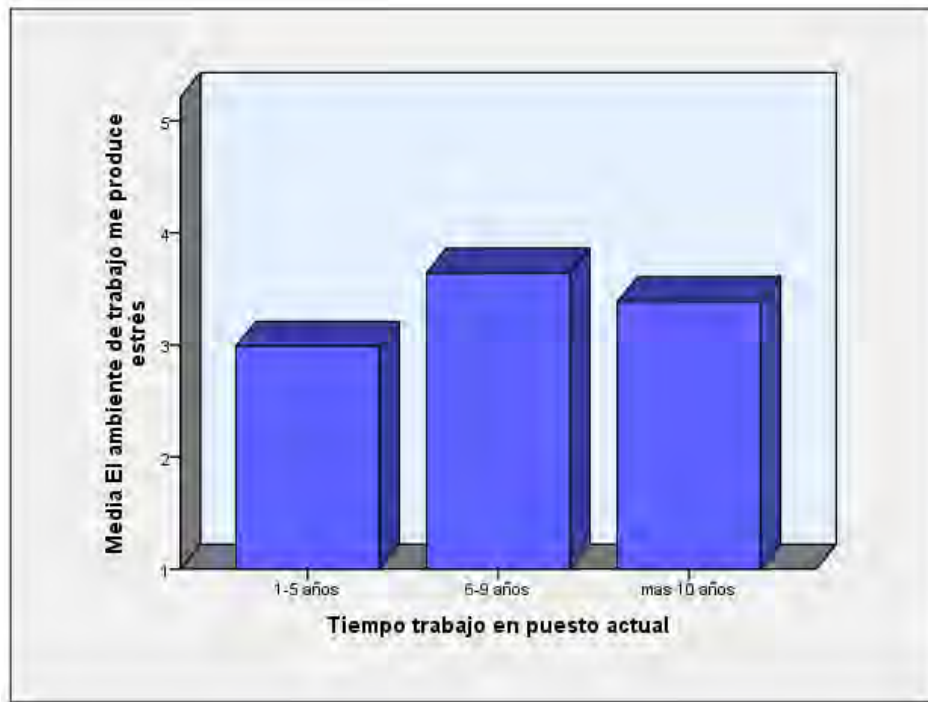
Gráfica 20: Los valores medios son muy similares, referido a la participación en el éxito y fracaso que tienen en la misma, oscilando estos entre 3,20 y 4.

3.6.3. Análisis inferencial.

Para el análisis inferencial se ha seguido el siguiente proceso:

1. La tendencia de los resultados se representa en forma de gráfica. La variable de estudio se encuentra reproducida en el eje de abscisa, y los resultados obtenidos en la ordenada, considerando los valores mínimo y máximo teóricos de la distribución.
2. Cuando la variable que actúa como dependiente es medida en una escala de intervalo o de razón se aplican las siguientes pruebas para decidir si es necesario utilizar una prueba paramétrica o no paramétrica:
 - a. Kolmogorov-Smirnov, para contrastar la hipótesis nula de que la distribución teórica en la población es normal.
 - b. Rachas, para contrastar la hipótesis nula de que la distribución teórica en la población es aleatoria.
 - c. Levene, para contrastar la hipótesis nula relacionada con la igualdad de las varianzas entre las diferentes variables analizadas.
3. Se aplica el modelo estadístico necesario para contrastar la hipótesis de trabajo.
4. Se da respuesta al contraste realizado de la hipótesis nula y por tanto de la hipótesis de trabajo.

- ❖ Hipótesis 1: A mayor tiempo trabajado en el puesto actual, menor estrés.



	VCC	K-S	Rachas	Levene	Modelo	Resultado
De 1 a 5 años	Si	,000	X	X	No paramétrico: H de Kruskal Wallis	<p>$p= ,027$</p> <p><i>Rechazamos H_0</i></p> <p><i>Rechazamos H_1</i></p>
De 6 a 9 años	Si	X	X			
Más de 10 años	Si	X	X			

PRUEBAS KS (PRINCIPIO DE NORMALIDAD)

De 1 a 5 años

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		El ambiente de trabajo me produce estrés
N		96
Parámetros normales ^{a,b}	Media	2,99
	Desviación típica	1,334
	Absoluta	,271
Diferencias más extremas	Positiva	,271
	Negativa	-,192
Z de Kolmogorov-Smirnov		2,655
Sig. asintót. (bilateral)		,000

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

PRUEBA H DE KRUSKAL WALLIS

Estadísticos de contraste^{a,b}

		El ambiente de trabajo me produce estrés
Chi-cuadrado	7,204	
gl	2	
Sig. asintót.	,027	

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación:

Tiempo trabajo en puesto
actual

PRUEBAS POST - HOC						
Comparaciones múltiples						
Variable dependiente ² : El ambiente de trabajo me produce estrés						
T3 de Dunnett						
(I) Tiempo trabajo en puesto actual	(J) Tiempo trabajo en puesto actual	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
1-5 años	6-9 años	-,653*	,258	,043	-1,29	-,02
	mas 10 años	-,397	,190	,109	-,85	,06
6-9 años	1-5 años	,653*	,258	,043	,02	1,29
	mas 10 años	,257	,256	,682	-,38	,89
mas 10 años	1-5 años	,397	,190	,109	-,06	,85
	6-9 años	-,257	,256	,682	-,89	,38

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

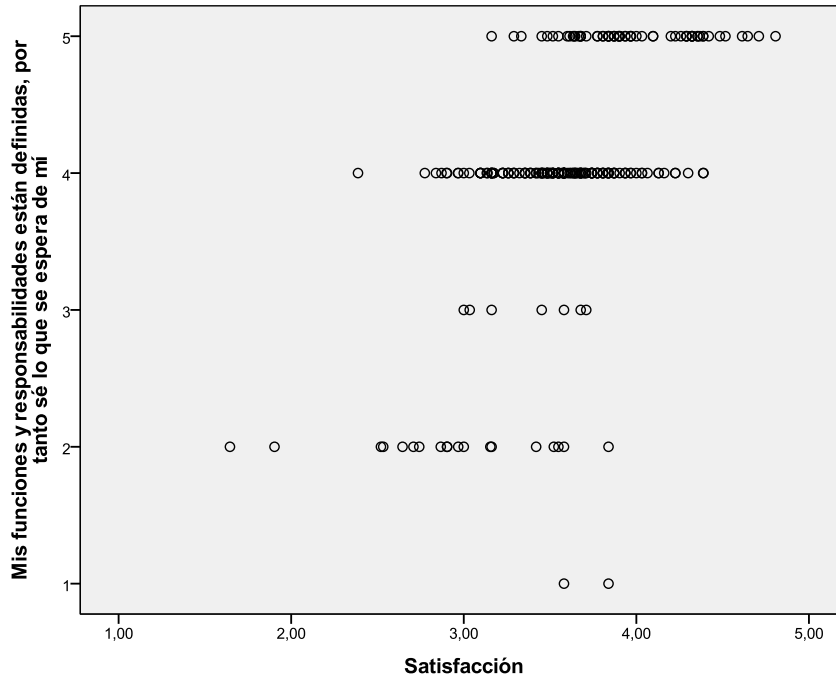
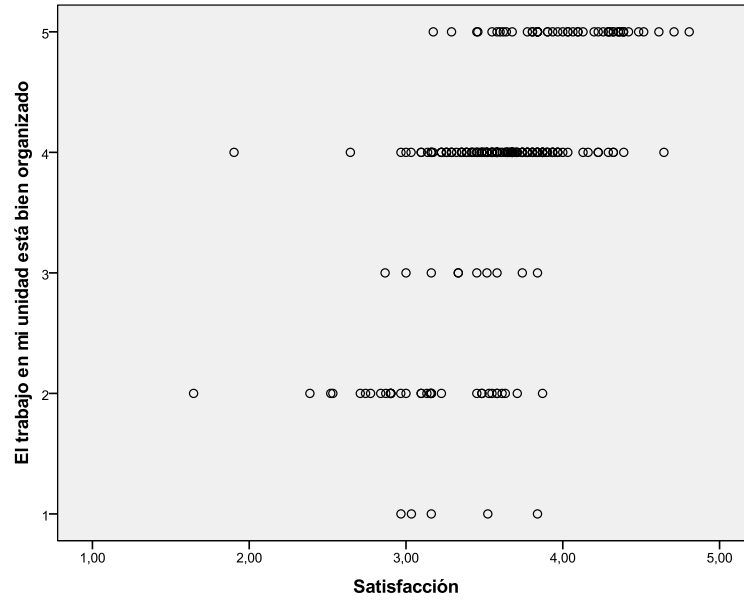
Se observa que existen diferencias significativas $p < \alpha$ (0,05) entre el grupo de 1-5 años con el de 6-9 años, sin que existan diferencias algunas entre estos dos grupos con el de más de 10 años.

De esta forma, el grupo de 1-5 años muestra un nivel de estrés menor que el de 6-9 años, mientras que el grupo de más de 10 años trabajados tiene unos niveles de estrés similares a los anteriores.

Por tanto rechazamos la hipótesis de trabajo al no poder afirmar que un mayor número de años en el mismo puesto de trabajo implica un mayor nivel de estrés.

² Se entiende que al mencionar variables dependientes e independientes en este estudio nos referimos a que estadísticamente actúan como tales, no metodológicamente puesto que la investigación se desarrolla con una metodología descriptiva.

- ❖ Hipótesis 2: Las Unidades en las que la organización y el puesto de trabajo están bien definidos muestran mayor satisfacción entre el personal de Enfermería



En esta hipótesis se plantea conocer la relación existente entre el Nivel de Satisfacción del encuestado con los ítems “El trabajo en mi unidad está bien organizado” y “Mis funciones y responsabilidades están definidas, por tanto sé lo que se espera de mí”.

	VCC	Test K-S	Test Rachas	Tipo de prueba	Resultado
El trabajo en mi unidad está bien organizado	SI	,000	X	No paramétrica: Coeficiente de Correlación de Spearman	$p=0$ Rechazamos H_0 Aceptamos H_1
Mis funciones y responsabilidades están definidas por tanto se lo que se espera de mí	SI	,000	X		$p=0$ Rechazamos H_0 Aceptamos H_1

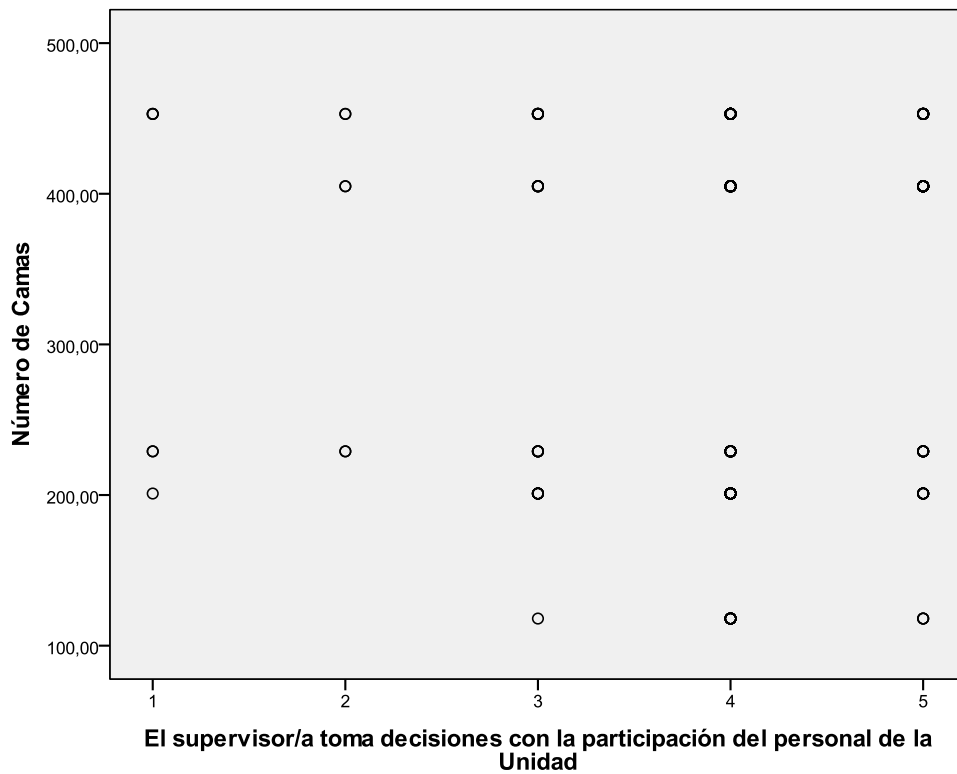
PRUEBAS KS (PRINCIPIO DE NORMALIDAD)			
Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra			
		El trabajo en mi unidad está bien organizado	Mis funciones y responsabilidades están definidas, por tanto sé lo que se espera de mí
N		231	229
	Media	3,81	4,05
Parámetros normales ^{a,b}	Desviación típica	1,001	,846
	Absoluta	,365	,353
Diferencias más extremas	Positiva	,215	,250
	Negativa	-,365	-,353
Z de Kolmogorov-Smirnov		5,549	5,343
Sig. asintót. (bilateral)		,000	,000
a. La distribución de contraste es la Normal.			
b. Se han calculado a partir de los datos.			
Puesto que en ambos casos $p=0$, rechazamos H_0 , lo que implica que se rechace el Principio de Normalidad. Por tanto, se aplicará un modelo no paramétrico, el Coeficiente de Correlación de Spearman.			

Correlaciones					
			El trabajo en mi unidad está bien organizado	Mis funciones y responsabilidades están definidas, por tanto sé lo que se espera de mí	Satisfacción
Rho de Spearman	Satisfacción	Coeficiente de correlación	,603**	,562**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	,000	.
		N	231	229	231
** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).					

En los dos análisis rechazamos la hipótesis nula ($p \leq 0,05$), aceptamos por tanto la hipótesis de trabajo.

- ❖ Hipótesis 3: La participación y toma de decisiones de las enfermeras con el responsable de las Unidades es mayor cuanto menor es el número de camas que tiene un hospital.

En esta hipótesis se comprobará la relación existente entre el ítem “Número de Camas” y el ítem “El supervisor/a toma decisiones con la participación del personal de la Unidad”.



	VCC	Test K-S	Test Rchach	Tipo de prueba	Resultado
Número de camas	SI	0,000	X	No paramétrica: Coeficiente de Correlación de Spearman	$p= ,607$ <i>Aceptamos Ho</i> <i>Rechazamos HT</i>
El supervisor/a toma decisiones con la participación del personal de la Unidad	SI	0,000	X		

PRUEBAS KS (PRINCIPIO DE NORMALIDAD)

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		El trabajo en mi unidad está bien organizado	Mis funciones y responsabilidades están definidas, por tanto sé lo que se espera de mí
N		231	229
Parámetros normales ^{a,b}	Media	3,81	4,05
	Desviación típica	1,001	,846
Diferencias más extremas	Absoluta	,365	,353
	Positiva	,215	,250
	Negativa	-,365	-,353
Z de Kolmogorov-Smirnov		5,549	5,343
Sig. asintót. (bilateral)		,000	,000

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

Puesto que $p \leq 0,05$, rechazamos H_0 , así como el Principio de Normalidad. Por tanto, se aplicará un modelo no paramétrico, el Coeficiente de Correlación de Spearman.

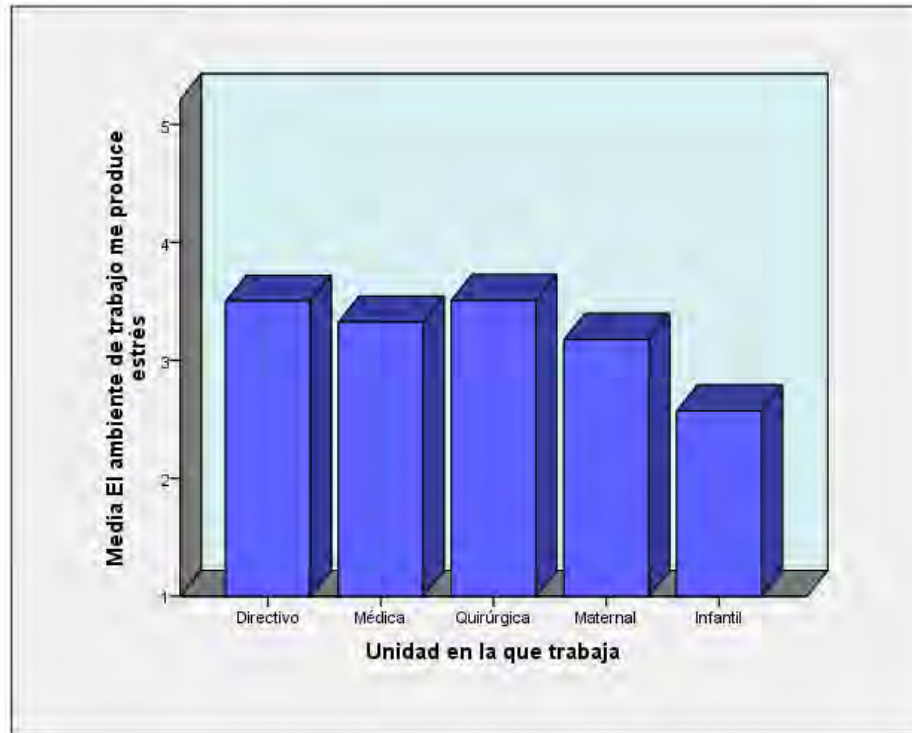
Correlaciones

		Número de Camas	El supervisor/a toma decisiones con la participación del personal de la Unidad
Rho de Spearman	Número de Camas	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	231
	El supervisor/a toma decisiones con la participación del personal de la Unidad	Coeficiente de correlación	,035
		Sig. (bilateral)	,607
		N	221

Aceptamos la hipótesis nula ($p > 0,05$), rechazamos la hipótesis de trabajo.

- ❖ Hipótesis 4: Los profesionales de Enfermería que prestan cuidados en Unidades Quirúrgicas manifiestan mayor índice de estrés.

En primer lugar, se expone el siguiente gráfico con las puntuaciones del ítem “El ambiente de trabajo me produce estrés” en base a la Unidad en la que trabaja el encuestado.



	VCC	Test KS	Test Rchachas	Levene	Modelo	Resultados
Directivo	SI	0,905	X	X	No paramétrico: Prueba H de Kruskal-Wallis	$p=,006$ <i>Rechazamos Ho</i> <i>Rechazamos H1</i>
Médica	SI	0,003	X			
Quirúrgica	SI	X	X			
Maternal	SI	X	X			
Infantil	SI	X	X			

PRUEBAS KS (PRINCIPIO DE NORMALIDAD)

Directivo

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		El ambiente de trabajo me produce estrés
N		4
Parámetros normales ^{a,b}	Media	3,50
	Desviación típica	1,915
Diferencias más extremas	Absoluta	,283
	Positiva	,217
	Negativa	-,283
Z de Kolmogorov-Smirnov		,567
Sig. asintót. (bilateral)		,905

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

PRUEBAS KS (PRINCIPIO DE NORMALIDAD)

Médica

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		El ambiente de trabajo me produce estrés
N		86
Parámetros normales ^{a,b}	Media	3,33
	Desviación típica	1,241
Diferencias más extremas	Absoluta	,195
	Positiva	,195
	Negativa	-,195
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,808
Sig. asintót. (bilateral)		,003

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

PRUEBA H DE KRUSKAL WALLIS

Estadísticos de contraste^{a,b}

	El ambiente de trabajo me produce estrés
Chi-cuadrado	14,451
gl	4
Sig. asintót.	,006

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación:
Unidad en la que trabaja

PRUEBAS POST - HOC

Comparaciones múltiples

El ambiente de trabajo me produce estrés
T3 de Dunnett

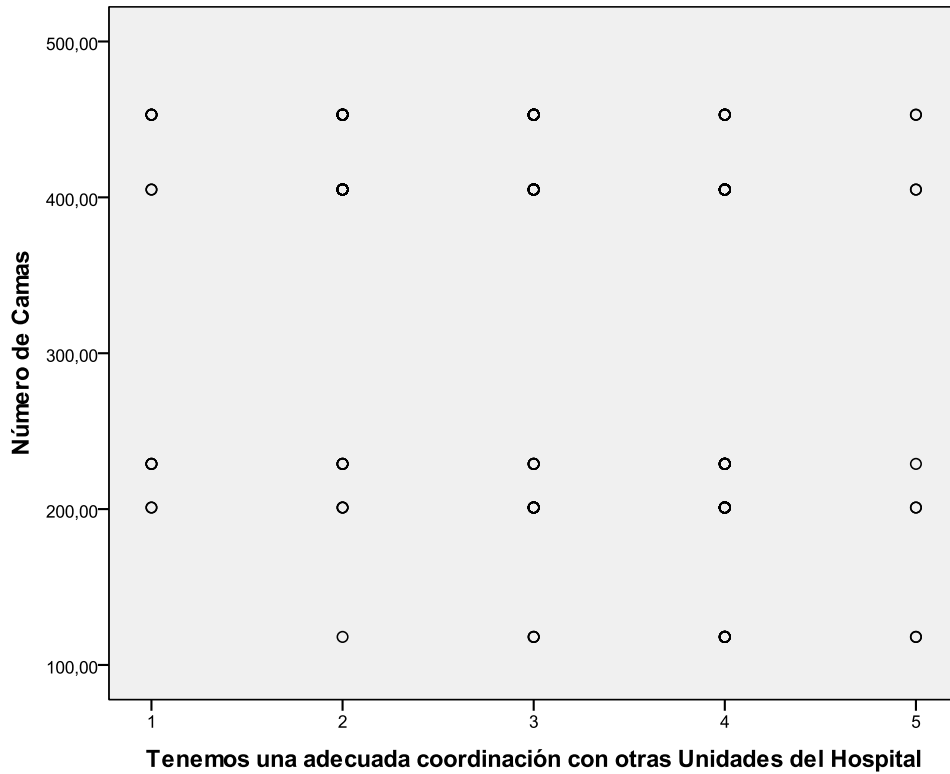
(I) Unidad en la que trabaja	(J) Unidad en la que trabaja	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Directivo	Médica	,174	,967	1,000	-5,29	5,63
	Quirúrgica	-,006	,970	1,000	-5,43	5,42
	Maternal	,324	1,011	1,000	-4,76	5,40
	Infantil	,929	,977	,952	-4,43	6,29
Médica	Directivo	-,174	,967	1,000	-5,63	5,29
	Quirúrgica	-,181	,204	,990	-,76	,40
	Maternal	,149	,350	1,000	-,93	1,23
	Infantil	,754 [*]	,235	,019	,08	1,43
Quirúrgica	Directivo	,006	,970	1,000	-5,42	5,43
	Médica	,181	,204	,990	-,40	,76
	Maternal	,330	,358	,983	-,77	1,43
	Infantil	,935 [*]	,247	,003	,23	1,64
Maternal	Directivo	-,324	1,011	1,000	-5,40	4,76
	Médica	-,149	,350	1,000	-1,23	,93
	Quirúrgica	-,330	,358	,983	-1,43	,77
	Infantil	,605	,377	,683	-,53	1,74

Infantil	Directivo	-,929	,977	,952	-6,29	4,43
	Médica	-,754*	,235	,019	-1,43	-,08
	Quirúrgica	-,935*	,247	,003	-1,64	-,23
	Maternal	-,605	,377	,683	-1,74	,53

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

Observamos que la unidad de “Infantil” puntúa significativamente inferior que la unidad “Médica” y “Quirúrgica”, sin que existan diferencias entre las restantes combinaciones de grupos. La unidad “Quirúrgica” no presenta un nivel de estrés significativamente superior al resto de unidades, con lo que se rechaza la hipótesis de trabajo planteada.

- ❖ Hipótesis 5: La comunicación y coordinación con otras Unidades del hospital es mejor cuanto menor es el número de camas que tiene este.



	VCC	Test K-S	Test Rachas	Tipo de prueba	Resultado
Número de camas	SI	0,000	X	No paramétrica: Coeficiente de Correlación de Spearman	<i>p= ,000</i> <i>Rechazamos Ho</i> <i>Aceptamos H1</i>
Tenemos una adecuada coordinación con otras unidades del hospital	SI	X	X		

PRUEBAS KS (PRINCIPIO DE NORMALIDAD)

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Número de Camas	Tenemos una adecuada coordinación con otras Unidades del Hospital
N		231	228
Parámetros normales ^{a,b}	Media	338,0390	3,13
	Desviación típica	116,64511	1,002
	Absoluta	,332	,241
Diferencias más extremas	Positiva	,210	,154
	Negativa	-,332	-,241
Z de Kolmogorov-Smirnov		5,042	3,640
Sig. asintót. (bilateral)		,000	,000

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

$p=0$, con lo que rechazamos H_0 , así como el Principio de Normalidad. Por tanto, se aplicará un modelo no paramétrico, el Coeficiente de Correlación de Spearman.

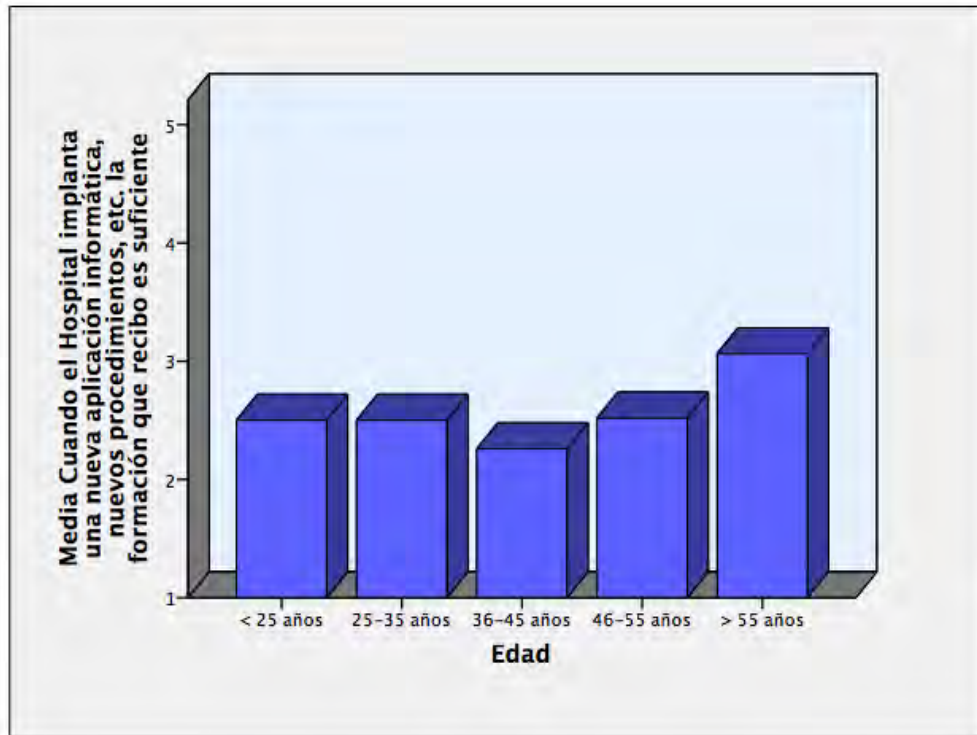
Correlaciones

		Número de Camas	Tenemos una adecuada coordinación con otras Unidades del Hospital
Rho de Spearman	Número de Camas	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	231
	Tenemos una adecuada coordinación con otras Unidades del Hospital	Coeficiente de correlación	-,331**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	228

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Rechazamos la hipótesis nula ($p \leq 0,05$), aceptamos la hipótesis de trabajo.

- ❖ Hipótesis 6: A medida que aumenta la edad del personal aumentan las dificultades para adaptarse a los recursos informáticos del hospital.



	VCC	Test K-S	Test Rachas	Levene	Modelo	Resultados
<25 años	Sí	0,999	X	X	No paramétrico: H de Kruskal Wallis	<p>$p=,121$</p> <p>Aceptamos H_0</p> <p>Rechazamos H_1</p>
25 – 35 años	Sí	0,020	X			
36 – 45 años	Sí	0,020	X			
46 – 55 años	Sí					
> 55 años	Si					

PRUEBAS KS (PRINCIPIO DE NORMALIDAD)		
Menor de 25		
Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra		
Cuando el Hospital implanta una nueva aplicación informática, nuevos procedimientos, etc. la formación que recibo es suficiente		
N		2
Parámetros normales ^{a,b}	Media	2,50
	Desviación típica	2,121
Diferencias más extremas	Absoluta	,260
	Positiva	,260
	Negativa	-,260
Z de Kolmogorov-Smirnov		,368
Sig. asintót. (bilateral)		,999
a. La distribución de contraste es la Normal.		
b. Se han calculado a partir de los datos.		

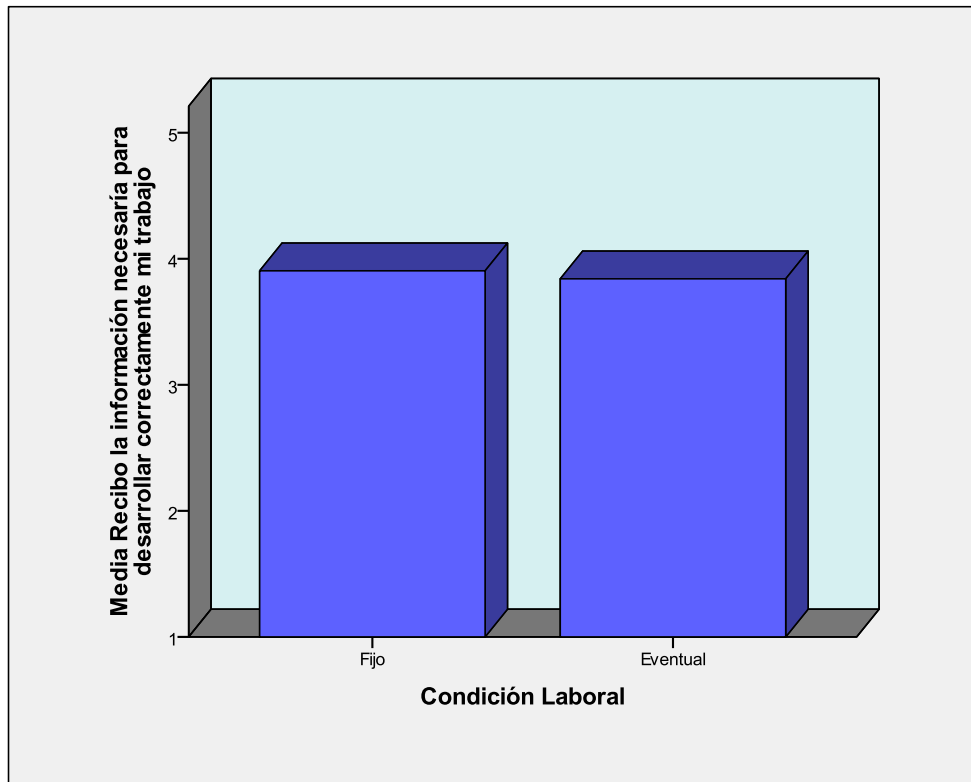
PRUEBAS KS (PRINCIPIO DE NORMALIDAD)		
25 - 35		
Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra		
Cuando el Hospital implanta una nueva aplicación informática, nuevos procedimientos, etc. la formación que recibo es suficiente		
N		32
Parámetros normales ^{a,b}	Media	2,50
	Desviación típica	1,107
Diferencias más extremas	Absoluta	,268
	Positiva	,268
	Negativa	-,170
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,516
Sig. asintót. (bilateral)		,020
a. La distribución de contraste es la Normal.		
b. Se han calculado a partir de los datos.		

PRUEBA H DE KRUSKAL WALLIS	
Estadísticos de contraste ^{a,b}	
Cuando el Hospital implanta una nueva aplicación informática, nuevos procedimientos, etc. la formación que recibo es suficiente	
Chi-cuadrado	7,301
gl	4
Sig. asintót.	,121
a. Prueba de Kruskal-Wallis	
b. Variable de agrupación: Edad	

Aceptamos la hipótesis nula ($p > 0,05$), rechazamos la hipótesis de trabajo.

- ❖ Hipótesis 7: Las enfermeras con contrato eventual laboral tienen una percepción más negativa de la formación recibida para desempeñar correctamente su trabajo que las estatuarías fijas.

En este caso, se compara la puntuación media en el ítem “Recibo la información necesaria para desarrollar correctamente mi trabajo” en base a la “Condición Laboral”.



	VCC	Test K-S	Test Rachas	Leven	Modelo	Resultado
Fijo	SI	0,000	X	X	No paramétrica: Prueba U de Mann Withney	<i>p= ,585</i>
Eventual	SI	X	X			<i>Aceptamos Ho</i> <i>Rechazamos H1</i>

PRUEBAS KS (PRINCIPIO DE NORMALIDAD)

Fijo

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Recibo la información necesaria para desarrollar correctamente mi trabajo
N		178
Parámetros normales ^{a,b}	Media	3,90
	Desviación típica	,814
Diferencias más extremas	Absoluta	,333
	Positiva	,251
	Negativa	-,333
Z de Kolmogorov-Smirnov		4,445
Sig. asintót. (bilateral)		,000

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

PRUEBA U DE MANN WITHNEY

Estadísticos de contraste^a

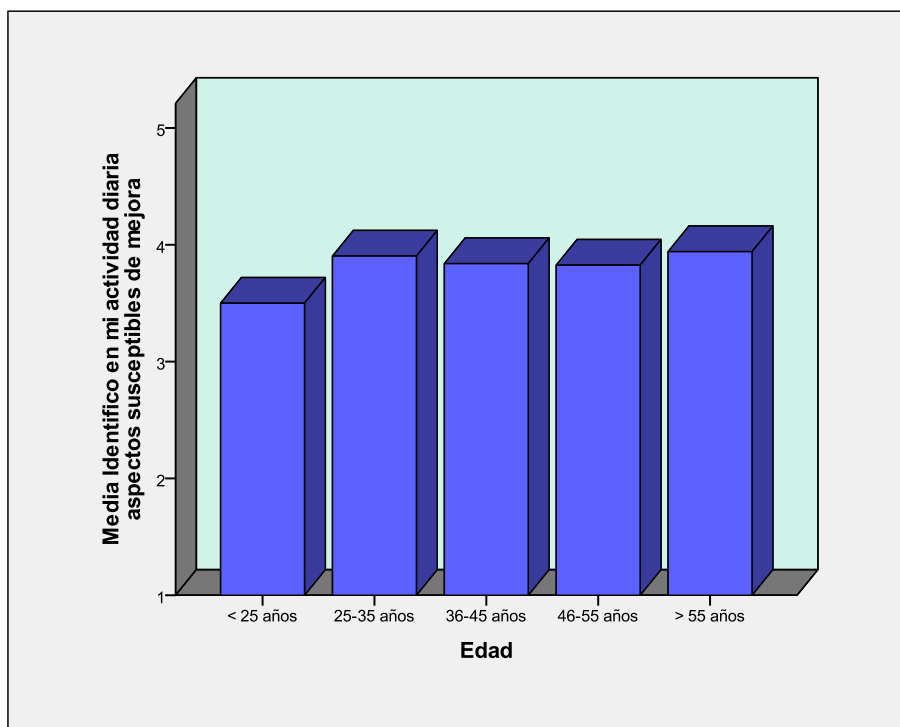
		Recibo la información necesaria para desarrollar correctamente mi trabajo
U de Mann-Whitney		3732,500
W de Wilcoxon		4722,500
Z		-,546
Sig. asintót. (bilateral)		,585

a. Variable de agrupación: Condición Laboral

Aceptamos la hipótesis nula ($p > 0,05$), rechazamos la hipótesis de trabajo.

- ❖ Hipótesis 8: El grupo de edad entre 25 y 35 años, encuentra que en su actividad diaria existen más aspectos susceptibles de mejora que otros grupos de edad.

Para contrastar esta hipótesis, se compararán los resultados obtenidos en el ítem “Identifico en mi actividad diaria aspectos susceptibles de mejora” en base a la edad del encuestado.



	VCC	Test K-S	Test Rachas	Levene	Modelo	Resultados
Menos de 25	Sí	0,999	X	X	No paramétrico: Prueba H de Kruskal Wallis	<p>$p= ,764$</p> <p><i>Aceptamos H_0</i></p> <p><i>Rechazamos H_1</i></p>
25-35	Sí	0,012	X			
36-45	Sí	X	X			
46-55	Sí	X	X			
Más de 55	Sí	X	X			

PRUEBAS KS (PRINCIPIO DE NORMALIDAD)

Menos de 25

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Identifico en mi actividad diaria aspectos susceptibles de mejora
N		2
Parámetros normales ^{a,b}	Media	3,50
	Desviación típica	,707
Diferencias más extremas	Absoluta	,260
	Positiva	,260
	Negativa	-,260
Z de Kolmogorov-Smirnov		,368
Sig. asintót. (bilateral)		,999

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

Aceptamos el Principio de Normalidad en esta serie de datos, al ser p mayor que α (0,05).**PRUEBAS KS (PRINCIPIO DE NORMALIDAD)**

25-35

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Identifico en mi actividad diaria aspectos susceptibles de mejora
N		31
Parámetros normales ^{a,b}	Media	3,90
	Desviación típica	,831
Diferencias más extremas	Absoluta	,288
	Positiva	,228
	Negativa	-,288
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,605
Sig. asintót. (bilateral)		,012

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

Atendiendo a la tabla anterior, rechazamos el Principio de Normalidad en esta serie de datos.

De esta forma, se aplicará automáticamente un modelo no paramétrico para el contraste de esta hipótesis. Puesto que trabajamos con más de dos grupos, se aplicará la H de Kruskal Wallis

PRUEBA H DE KRUSKAL WALLIS

Estadísticos de contraste^{a,b}

	Identifico en mi actividad diaria aspectos susceptibles de mejora
Chi-cuadrado	1,845
gl	4
Sig. asintót.	,764

a. Prueba de Kruskal-Wallis

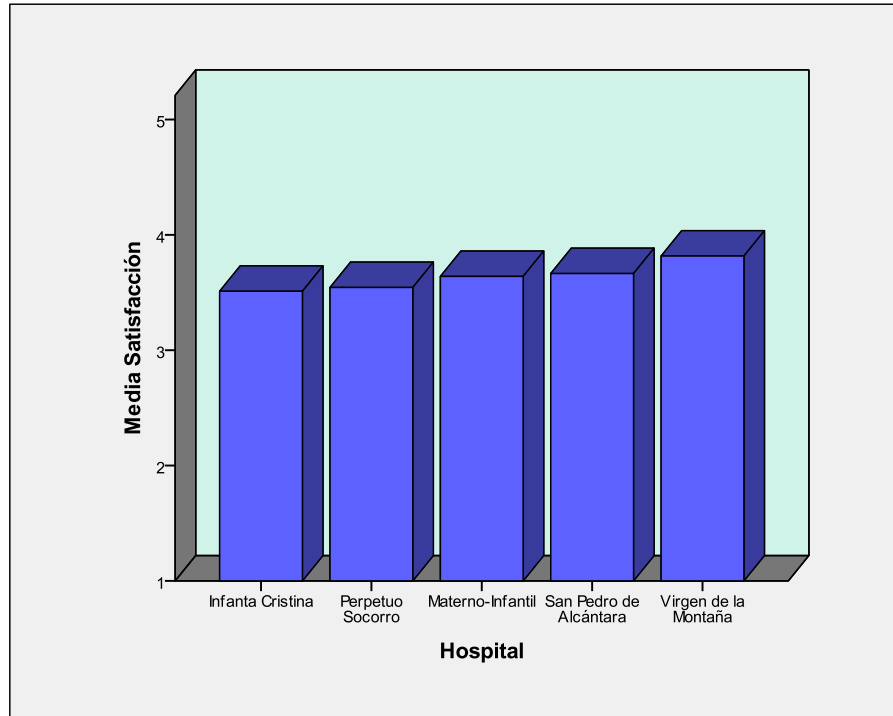
b. Variable de agrupación:

Edad

Aceptamos la hipótesis nula ($p > 0,05$), rechazamos la hipótesis de trabajo.

- ❖ Hipótesis 9: Existen diferencias en cuanto a la satisfacción dependiendo del hospital.

En este caso, se calculó el nivel de satisfacción a través de la media de los ítems del cuestionario, obteniéndose los siguientes resultados:



	VCC	Test K-S	Test Rachas	Levene	Modelo	Resultados
Infanta Cristina	Sí	0,651	0,000	X	No paramétrico: Prueba H de Kruskal Wallis	<i>P= ,068</i> <i>Aceptamos</i> <i>H0</i> <i>Rechazamos</i> <i>H1</i>
Perpetuo Socorro	Sí	0,951	X			
Materno - Infantil	Sí	0,382	X			
San Pedro de Alcántara	Sí	0,944	X			
Virgen de la Montaña	Sí	0,974	X			

PRUEBAS KS (PRINCIPIO DE NORMALIDAD)

Infanta Cristina

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Satisfacción
N		65
Parámetros normales ^{a,b}	Media	3,5112
	Desviación típica	,44948
Diferencias más extremas	Absoluta	,091
	Positiva	,083
	Negativa	-,091
Z de Kolmogorov-Smirnov		,736
Sig. asintót. (bilateral)		,651

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

Puesto que $p = 0,651$, aceptamos H_0 y el Principio de Normalidad en esta serie de datos.

PRUEBAS KS (PRINCIPIO DE NORMALIDAD)

Perpetuo Socorro

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Satisfacción
N		32
Parámetros normales ^{a,b}	Media	3,5439
	Desviación típica	,62861
Diferencias más extremas	Absoluta	,092
	Positiva	,051
	Negativa	-,092
Z de Kolmogorov-Smirnov		,518
Sig. asintót. (bilateral)		,951

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

Aceptamos el Principio de Normalidad, al ser $p (0,951)$, mayor que $\alpha (0,05)$.

PRUEBAS KS (PRINCIPIO DE NORMALIDAD)

Materno-Infantil

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Satisfacción
N		41
Parámetros normales ^{a,b}	Media	3,6397
	Desviación típica	,33646
Diferencias más extremas	Absoluta	,142
	Positiva	,090
	Negativa	-,142
Z de Kolmogorov-Smirnov		,908
Sig. asintót. (bilateral)		,382

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

Aceptamos el Principio de Normalidad en esta serie de datos.

PRUEBAS KS (PRINCIPIO DE NORMALIDAD)

San Pedro de Alcántara

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Satisfacción
N		77
Parámetros normales ^{a,b}	Media	3,6647
	Desviación típica	,46280
Diferencias más extremas	Absoluta	,060
	Positiva	,056
	Negativa	-,060
Z de Kolmogorov-Smirnov		,527
Sig. asintót. (bilateral)		,944

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

Al igual que en el caso anterior, se acepta el Principio de Normalidad.

PRUEBAS KS (PRINCIPIO DE NORMALIDAD)

Virgen de la Montaña

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Satisfacción
N		16
Parámetros normales ^{a,b}	Media	3,8165
	Desviación típica	,32424
Diferencias más extremas	Absoluta	,121
	Positiva	,121
	Negativa	-,086
Z de Kolmogorov-Smirnov		,483
Sig. asintót. (bilateral)		,974

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

Atendiendo al p valor obtenido (0,974), aceptamos el Principio de Normalidad en esta serie de datos.

PRUEBAS KS (PRINCIPIO DE ALEATORIDAD)

Infanta Cristina

Prueba de rachas

	Satisfacción
Valor de prueba ^a	3,5112
Casos < Valor de prueba	27
Casos \geq Valor de prueba	38
Casos en total	65
Número de rachas	2
Z	-7,872
Sig. asintót. (bilateral)	,000

a. Media

Puesto que $p=0$, rechazamos H_0 y el Principio de Aleatoriedad en esta serie de datos.

Esto implica que se debe utilizar para contrastar esta hipótesis un modelo no paramétrico. En este caso, al trabajar con más de dos grupos, aplicaremos la Prueba H de Kruskal Wallis.

PRUEBA H DE KRUSKAL WALLIS

Estadísticos de contraste^{a,b}

	Satisfacción
Chi-cuadrado	8,738
gl	4
Sig. asintót.	,068

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación:

Hospital

Aceptamos la hipótesis nula ($p > 0,05$), rechazamos la hipótesis de trabajo.

3.6.4. Grupos de discusión.

Una vez instalados los integrantes del grupo, el moderador les invita a que se presenten, (alguno de ellos no se conocían).

Cada una de las enfermeras se identifican con un número (Enfermera 1, 2,...).

Al finalizar cada dimensión hay un campo resumen en el que se describe el debate.

<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer la percepción que sobre su ámbito de trabajo tienen las enfermeras participantes en el estudio. • Descifrar las vivencias laborales en su quehacer diario. • Identificar elementos que generan satisfacción/insatisfacción. 		
Dimensión	Participantes	Contenido
Puesto de trabajo	<p>Los tópicos debatidos fueron los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo os sentís en el puesto de trabajo con relación a la organización del mismo?. 2. ¿Podéis desarrollar vuestras habilidades?. 3. ¿Pensáis que las cargas de trabajo están bien distribuidas (enfermeras, auxiliares, celadores)?. 	
	Enfermera 1	<p>Yo como llevo mucho tiempo en el mismo sitio trabajando, pues claro yo si sé las funciones más, lo que llevo mal es cuando viene alguien de fuera que yo veo desde dentro que no está bien estipulado lo que tiene que hacer cada uno, cada enfermero, cada celador o cada auxiliar.</p> <p><u>Mod. 1:</u> Eso correspondería a cómo te sientes, si el puesto de trabajo está bien organizado etc.</p> <p>Según eso ya sabes que últimamente la verdad que mal, pues cada vez hay más carga de trabajo, cada vez haces más cosas y está el número de enfermeros está establecido, pase lo pase, no cubre haya la carga de trabajo que haya y entonces en ese sentido un poco regular. Y luego pues eso, sobre todo yo veo que cuando viene alguien de fuera a trabajar, alguien que</p>

		<p>viene a trabajar esporádicamente, pues ve aquello un poco... que no están definidos las funciones.</p> <p><u>Mod. 1:</u> Tú ves que cuando llega una persona nueva no tiene definida su función.</p> <p>Si, allí no hay protocolos, por lo menos en la Unidad donde yo estoy, no hay protocolos escritos, entonces pues bueno, cuando viene alguien de fuera se deja llevar de lo que tú me dices, de lo que tú me dices, de lo que tú me dices, y de esas tres personas ninguna trabaja igual.</p>
	<p>Enfermera 2</p>	<p>Yo creo que en cuanto a lo que es el trabajo personal de Enfermería, allí está todo bien organizado, hay muchos protocolos, unas veces pues bueno, sabe lo que tiene que hacer, cómo lo tiene que hacer, cuando lo tiene que hacer ...</p> <p>Otras preguntas eran, por un lado la organización...</p> <p><u>Mod.1:</u> Luego si podéis desarrollar vuestras habilidades ¡Ajá!, las habilidades las tienes que desarrollar sí o sí, porque nos pasa lo mismo, pues hay muchas cargas de trabajo, en el servicio que yo estoy hay muy poca previsión de disponibilidad de cara a contratación, pues hay que estar preparado, son cosas protocolizadas, tienes que tener un curso de no sé cuantas horas teóricas, no sé cuantas horas prácticas, no sé cuánto tiempo trabajado para poder entrar en la bolsa, entonces que pasa, que por necesidades de mi servicio que digamos que es refuerzo de la Unidad Pediátrica propiamente dicha, que son solo cuatro habitaciones, hay veces que es la casa de tócame Roque, está muy claro que las funciones como enfermero que tenemos que hacer son, sota, caballo y Rey por decir algo, pues son muchas, pero en un momento dado lo que a mí me pasa, me ha pasado una vez, que si normalmente por enfermera hay una ratio más o menos de cuatro pacientes, por las exigencias de cuidados y protocolos especiales que tienen estos niños, yo he llegado a juntarme en un turno con siete.</p>

	<p><u>Mod. 1:</u> En ese sentido la realización no está bien.</p> <p>No, no, la organización está bien en cuanto al servicio porque está todo ahí, ahora, qué pasa en caso de contingencia, eh, digamos que la respuesta no depende ya de la supervisora de la Unidad, sino que depende de la supervisora de área del hospital, de la Dirección de Enfermería del hospital el hecho de ver esa situación que no son únicas, sino que pasan muchas veces.</p>
Enfermera 3	<p>Yo creo que sí, que lo que es las urgencias está bien organizada, lo que pasa es que en urgencias depende de la demanda que haya, muchas veces la sobrecarga aunque haya más consultas y demás, la organización por mucho que se quiera falla, pero yo creo que sí, que es un sitio que está bien organizado, pienso yo, y que bueno si se pueden desarrollar las actividades de enfermería, lo que más falla ahí, creo yo, es cuando tienes que dar por escrito tus actividades ahí ya yo creo es lo peor, y luego las funciones si están bien definidas lo que pasa que depende, no sé si sabéis que allí en urgencias se va rotando, dependiendo de donde estés tienes muchas veces que realizar funciones que no son tuyas porque te ves sola pero es por la sobrecarga de trabajo que muchas veces se da, que en condiciones normales es cuando más o menos hay un número de personas bueno, normal, que no, si se puede hacer todo bien. El problema de urgencias es cuando hay mucho trabajo que sí que muchas veces se da.</p>
Enfermera 4	<p>Vamos a ver, la organización del trabajo, hace muchos años se definieron las tareas, y se pusieron en el horario están definidas, o sea modificadas, a pesar de que en la Unidad se ha modificado, se han modificado no el número de camas, no el número de pacientes pero sí el número de especialidades que hay actualmente en la plante, es un popurrí y nos meten de todo, pacientes de paso, horas, días o en fin, y eso no se ha modificado para nada. Lo que decía la enfermera número uno efectivamente, hay muchas veces que las cargas asistenciales, estamos hablando de tareas exclusivamente que es como se trabaja en el hospital,</p>

	<p>no estamos hablando de otra cosa, estamos de acuerdo ¿no?</p> <p>Lo que dice la enfermera número uno, hay muchas veces que sí se podría organizar un refuerzo porque hay un trabajo que tú ya lo ves, desde por la mañana lo quedas programado para por la tarde en el caso de nuestra Unidad que se llevan muchísimos periféricos, te vienen muchos ingresos de Urgencias o ingresos programados, entonces hay un trabajo extra que no te consta luego en ningún sitio, sí escribes en las incidencias, pero es un trabajo que no te contabiliza para nada, y eso sí se puede quedar programado pero no se hace, para nada.</p> <p><u>Mod. 1:</u> Desarrollar vuestras habilidades.</p> <p>¿Mi habilidad? Yo lógicamente en eso no tengo ningún problema, llevo muchos años, trabajo siempre basado en la evidencia, con lo cual si alguien me discute algo se lo rebato y se lo demuestro, entonces yo en eso no tengo ningún problema, si vuelvo a decirlo, lo mismo que comenta la enfermera uno y los otros compañeros, que la gente nueva que llega, no tiene un referente en la Unidad para poderlo hacer, no hay un referente de conocimientos ni hay un referente en muchas otras series de cosas.</p> <p>En las funciones, creo que sí que están definidas, otras cosas es que haya gente que no le interese hacerlas como son.</p> <p><u>Mod 2:</u> El trabajo de Mar, como decía antes en la presentación, va sobre la satisfacción. ¿Vosotros en vuestro puesto de trabajo os sentís satisfechos?</p> <p>Yo personalmente sí, pero a lo mejor por la experiencia de tantos años, pues yo sé lo que tengo que hacer cuando lo tengo que hacer, y sé si se hacerlo bien, ahora otra cosa es que eso sea continuo y que tu veas que se hace igual, no es que yo lo haga mejor, pero que si llega otro compañero y se llega a un acuerdo de que se haga así, que se haga así, pero que lo hagamos todos. Entonces, yo estoy satisfecha del trabajo que</p>
--	--

		<p>hago pero yo creo que no hay mucha organización últimamente.</p> <p>Yo sí y no, vamos a ver estoy satisfecha con mi trabajo, yo llego de ocho a tres, de tres a diez y de diez a ocho y claro intento hacer todo lo que puedo y lo mejor que sé, y a mí no me importa coger el carro de curas a las cuatro de la mañana y lo que sea no, pero vuelvo a repetir, trabajamos por tareas, yo llevo muchos años intentando trabajar de otra manera, y no he podido hasta ahora, y no sé si me moriré y lo conseguiré, porque para trabajar como queremos hace falta mucho más personal, y no sé yo.</p> <p><u>Mod. 1:</u> Luego lo veremos en otro ítem esas cosas, claro relacionado a cómo hay que registrar y todo eso.</p> <p>En eso no estoy satisfecha, yo quiero, anhelo otra forma de trabajar.</p> <p><u>Mod.2:</u> Sí, está relacionado con el cumplimiento de competencias, que se pregunta también en otra dimensión, si se sienten o no satisfechos o si están motivados en su puesto de trabajo.</p>
	Enfermera 5	<p>El trabajo de Enfermería sí está organizado. Enfermería se desorganiza a partir de las dos de la tarde que dependemos de la organización de los tratamientos y cosas de última hora que surjan, como una punción lumbar, un dopler, algo que surja rápido y entonces la organización que tú tienes pues cambia obviamente.</p>

Opiniones recogidas en debate abierto:

1. Las participantes opinan que el trabajo en sus Unidades sí está bien organizado, pero existen determinadas situaciones u horas de la jornada laboral, en las que debido a la sobrecarga del mismo se "desestructura todo".

Una buena organización y planificación a nivel de Dirección sería el aumentar el número de enfermeras (media jornada) a última hora de la mañana, ya que se sabe a priori que la carga de trabajo aumenta considerablemente, debido al incremento de tareas como los cambios de tratamiento, altas, ingresos, etc.

2. Todas afirman, que sí pueden desarrollar sus habilidades, ya que es algo innato el ser creativo, de tal manera que cuando falta algún tipo de material se sustituye por otro

alternativo etc.

En la mayoría de las Unidades no existen protocolos ni procedimientos escritos para intervenir en determinadas situaciones, lo que lleva a que cada uno actúe a su manera.

3. Referente a la distribución de las cargas de trabajo; en la actualidad muchas funciones propias de las enfermeras se están delegando en las auxiliares de Enfermería.

Dimensión	Participantes	Contenido
Dirección de la Unidad	El tópico debatido fue el siguiente: 1. ¿Cómo ves la figura del supervisor?	
	Enfermera 1	<p><u>Mod 1</u>: Desde el punto de vista de si tiene conocimientos de sus funciones, si le han puesto ahí porque toca, si delega funciones puntualmente ¿cómo lo ves?</p> <p>Yo creo que el supervisor delega todo, las funciones en el personal de Enfermería, en las auxiliares, yo ahora la supervisora que tenemos es una supervisora que lleva también menos tiempo en la Unidad pero es una supervisora que lleva muchísimos años de experiencia, entonces en ese sentido pues no...</p> <p><u>Mod 1</u>: ¿Ha habido cambios en la Unidad?, ella no ha estado siempre en esta Unidad.</p> <p>Pues sí ha habido cambios, lleva poco tiempo, tiene mucha experiencia de supervisora, pero también te digo que es un poco complicado no, la función de la supervisora en el sentido, eh, yo creo que abarca pocas cosas, últimamente porque le meten mucho de Dirección de Enfermería o lo que sea, entonces yo creo que se involucra poco en la Unidad y entonces yo creo que por ejemplo, que cuando llega alguien nueva, una de las funciones de supervisora sería informar de lo que se hace, pero claro si no tenemos protocolos y no tenemos... claro tiene que delegar en el resto del personal, el resto del personal está trabajando.</p>

		<p><u>Mod 1</u>: Claro, una enfermera que llega nueva no tiene una persona de apoyo.</p> <p>Nada, entonces en ese sentido un poco, pero vamos por lo demás yo creo que bien.</p> <p><u>Mod 1</u>: Y os mantiene informado con relación a asuntos que afecte a vuestro trabajo, si hay alguna normativa nueva, si hay algo nuevo...</p> <p>Sí, eso sí.</p>
	<p>Enfermera 2</p>	<p>Yo, nuestra supervisora allí lleva ya, me parece que son tres años, procedía del servicio de Oncología como tal, y se hizo cargo de supervisora de todo lo que hay en mi planta, una parte es Cirugía Pediátrica y otra parte Oncología como tal, al haber sido enfermera de Oncología, yo hablo de mi parte, claro que te orienta, claro que te sabe presentar el servicio y todas las cosas perfectamente, es más en un momento dado son otras dos manos que ayudan, porque ella tiene toda lo que es su labor de Gestión, de tener que...</p> <p>Entonces en ese sentido muy positiva, muy positiva, y de alguna forma yo reconozco que en ese servicio trabajé previamente en Cirugía Pediátrica, sé cómo se trabaja y tal, y es una supervisora que lleva a cabo su labor en ese sentido tanto de organización, de gestión de recursos de Enfermería, ya sean materiales, ya sean humanos, y todas las cosas las lleva perfectamente bien. Hay veces, que es como todos, que la sobrecarga pues le quita las capacidades pero por norma general tiene muy buenas respuesta para casi todos los problemas que hay, sabe delegar, lo que le preguntamos ella en la medida de lo posible, aunque normalmente sí tiende a sobrecargarse, no, porque como que ella percibe que como mi labor es ser la supervisora, me tengo que encargar de todo y tal pero sí hay veces en las que cuando por ejemplo alguna otra enfermera le dice te vamos a echar una mano en esto, o esto, por ejemplo lo voy a gestionar yo hoy.</p>

	Enfermera 3	<p>Yo el supervisor de Urgencias creo que también bastante bien, que nada más llegar a la Unidad, te explica, te enseña cómo va funcionar todas las cosas y luego es una persona que sí, que está ahí, no solamente como figura de supervisor, que en cuanto a funciones de Enfermería cualquier cosa que necesitas ahí está, entonces yo creo que muy bien, la verdad, te enseña todo, te explica, incluso está siempre dispuesto a cuanto tú necesites. Muchas veces está fuera de la Unidad porque lógicamente por las reuniones y todas las historias que tienen pero yo sí, la verdad que yo muy bien con ese supervisor, a pesar de ser un servicio muy grande en el que hay muchísima gente cada uno de nuestro padre y de nuestra madre pero que bastante bien, la verdad que sí.</p>
	Enfermera 4	<p>Yo no, yo entiendo la supervisión de otra manera a como lo están llevando ahora. Entiendo que la supervisión, el supervisor/a es el responsable final de los cuidados que se prestan en la Unidad con lo cual tienes que conocerlos y tienen que estar al tanto de ellos, actualmente no es así, se limitan exclusivamente a la gestión, muy poco tiempo en planta, con lo cual ...</p> <p><u>Mod 1</u>: No saben lo que hay en la Unidad.</p> <p>Efectivamente, y luego lo que comentábamos en el punto anterior, si tú ves que hay una demanda en otro turno de mayor trabajo, preocúpate, cambia, organízalo, eso no se hace.</p> <p><u>Mod 1</u>: No es eficaz.</p> <p>No que va, problemas que hay de conflictos entre el personal no se solucionan, soluciones que le han dado algunas compañeras, creo que es lo último que se debería de decir, lo último</p>
	Enfermera 5	<p>El supervisor te avisa, te mantiene informado, te llama por teléfono, a mí me llama, pues como yo solo voy dos días a la semana, me llama a casa y me comenta "ha salido tal curso, ¿te quieres apuntar? Hace poco</p>

		<p>ha habido una charla con Josefina, de un complemento que ha salido de un laboratorio sobre la glucosa y él me llamó a casa para decirme sí quería asistir. Bien. Él colabora por la mañana con mostros, si tú estás liadísima, él se coge el carro y te lo monta, te lo prepara. Ha habido otra parte en la que hemos tenido otros supervisores y ahí las cosas eran diferentes, antes éramos telefonistas, éramos..., ahora el teléfono ni lo tocamos. Ha hecho cambios buenos, es súper organizado, punto uno, punto dos, punto tres...establece las prioridades. Es un servicio muy antiguo, me refiero a que las personas que trabajan allí, están muy estructuradas y muy establecidas, muchísimos años, yo creo que la que menos, treinta y dos o treinta y cinco, él ha respetado eso, no ha modificado nada, lo que sí ha hecho es darle una manita de pintura, digámoslo así, entonces dentro de la organización que había dentro la ha barrido y la ha dejado pulcra.</p>
--	--	--

Opiniones recogidas en debate abierto:

1. Los supervisores en los últimos años, al ser considerados Equipo Directivo, dedican demasiado tiempo a tareas burocráticas y quizás olvidan que tienen que ser referentes en conocimientos de la Unidad que dirigen y gestionan, por ejemplo cómo organizar el trabajo, ser el responsable del cumplimiento y calidad del trabajo que se desarrolla, enseñar y/o explicar al personal de nueva incorporación funcionamiento y funciones propias de la Unidad.
2. Asimismo, expresan, que la función de supervisor implica un componente asistencial y otro de gestión y en la práctica se da una diversidad, de tal manera que algunos se implican más en uno u otro componente.

Otras cuestiones que surgen en el debate abierto es si los supervisores:

1. ¿Tienen conocimientos suficientes de gestión? ¿Conocen y desarrollan las funciones para las que han sido nombrados?
2. ¿Saben calcular las cargas de trabajo de de las enfermeras?
3. ¿Conocen el nivel de dependencia de los pacientes?
4. ¿Argumentan a la Dirección de Enfermería que precisan un aumento de plantilla porque tienen en la Unidad pacientes con un nivel de dependencia elevado?

Actualmente hay supervisores que sí saben cuál es su función como gestor y otros que no saben absolutamente nada de gestión, ni tan siquiera cómo argumentar una ampliación de plantilla por aumento de las cargas de trabajo.

Dimensión	Participantes	Contenido
Ambiente de trabajo e interacción con los compañeros		<p>Los tópicos debatidos fueron los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo es la relación con vuestros compañeros? 2. ¿Os sentís parte del equipo?
	Enfermera 1	<p>Yo creo que en general sí, hombre siempre pues hay con gente que te gusta más trabajar, hay algunos grupos dentro de la Unidad con los que prefieres trabajar mejor que con otros, pero yo por ejemplo en general bien.</p> <p><u>Mod 1:</u> Siempre trabajas con la misma gente.</p> <p>No, nosotros no, siempre el turno de noche sí, siempre es la misma pareja, pero luego el resto de los turnos no, cambiamos, la planilla ahí es un poco anárquica, algunas veces de mañana, de tarde, pero solo coincides con la misma persona en el turno de noche pero vamos yo creo que en general personalmente con toda la gente trabajo más o menos bien.</p> <p><u>Mod 1:</u> Te sientes parte de un equipo de trabajo.</p> <p>Si, si.</p>
	Enfermera 2	<p>Yo con relación a los compañeros pues bueno resulta que somos todos de carácter eventual y formamos parte de una bolsa y cuando no estás trabajando, sabes que a los dos o tres meses te vuelven a llamar y así sucesivamente, es cíclico, entonces en ese sentido la relación entre todos es fabulosa, yo en pocos sitios he estado que te den tanta facilidad por problemas personales de cualquier índole y tal para cambiar turno de la forma que los cambiamos que en otros sitios parece que la gente va muy a lo suyo pero aquí como parece que esto no es nuestro, pero que estamos aquí hacemos de nuestra capa un sayo en ese sentido y nos</p>

		<p>llevamos muy bien. Como parte de un equipo pues la verdad que sí que me siento, el grupo de compañeros por un lado enfermero, como servicio tal y luego también al menos por la delicadeza de la especialidad en sí, el equipo es multidisciplinar, a lo mejor llega un Oncólogo o un Hematólogo y ponen el tratamiento y tal y hay veces que no es que discutas o negocies pero sí que le llames la atención a lo mejor de decir "esto no es viable, o esto lo vas a dejar por escrito" yo lo voy a intentar pero no, no se puede. O esto te has equivocado, o nos lo dicen a nosotros, si hay que hacer una toma de constantes diaria de esta forma tal porqué no se hace. Así que en ese sentido es un trabajo muy de equipo y de colaboración.</p>
	<p>Enfermera 3</p>	<p>En Urgencias hay muchísimo, son mucha gente, y bueno pues hay grupos que se llevan bien, por lo general se suelen llevar bien, los grupos que suelen coincidir suelen llevarse bien, entonces yo no suelo tener ningún problema porque yo suelo llevarme bien con todo el mundo pero sí hay entre determinadas personas que si hay rocecillos, pero bueno por lo general bien la verdad, y el ambiente es bueno, no es malo.</p> <p><u>Mod 1</u>: Es un ambiente que te produce estrés cuando hay esos roces, o no</p> <p>A mí personalmente no, pero hay entre determinados compañeros en los que sí ves, en los que no están cómodos, y hombre y eso se nota a la hora de trabajar, que luego que es como todo, hay personas con las que te llevas mejor, otras te llevas peor pero bueno que a la hora de trabajo eso no debería influir, hay personas a las que sí le influye, yo personalmente no tengo ese problema, pero si es verdad que urgencias es un servicio donde cuando sales de tu grupo porque tienes que hacer algún cambio, o porque el supervisor te pide algún cambio o simplemente porque tu lo necesites, si es verdad se nota hay que el ambiente es un poco tirante.</p>

	Enfermera 4	<p>Yo no tengo ningún problema con la gente, si es verdad que ha cambiado el ambiente de trabajo. Antes cualquier problema que había se solucionaba inmediatamente, de frente, en grupo, hablando sin ningún problema y las cosas se detectan se corrigen y se aclaran y aquí no ha pasado nada. Ahora hay mucho chinchorro, muchas cosas por detrás, gente que trabajan unas con otras estresadas, si trabajan unas conmigo trabajan de una manera y si trabajan con otra trabajan de otra. La unión que teníamos antes eso ha desaparecido. Luego con médicos y demás pues sin ningún problema.</p> <p><u>Mod 1:</u> ¿Tú te sientes parte del equipo de trabajo aunque haya esos roces y tiranteces?</p> <p>Sí, yo sí, no tengo ningún problema, con la gente, pero sí que no es el ambiente que había antes.</p>
	Enfermera 5	<p>Si, ahora que estoy ya de día, si puedo decir que sí. He estado tanto tiempo de noche, que no tratabas a la gente, pues las claves no cambian, es estático, eso está todo muy establecido, tú siempre trabajas con las mismas personas.</p> <p><u>Mod 1:</u> Eso puede ser positivo por un lado y negativo por otro.</p> <p>Sí, y lo es, pues yo cuando sale el turno, llevas muchos años de noche, yo hacía turnos diferentes cuando hacia turnos por horas, ahí yo me daba cuenta de la gente, porque yo siempre hacia noche sí, noche no y siempre con las dos mismas, y las demás compañeras de hola y adiós en el cambio de turno, pero luego cuando empecé por las tardes ya conoces a la gente.</p>

Opiniones recogidas en debate abierto:

La relación con los compañeros suele ser bastante buena y se consideran parte del equipo de trabajo.

Manifiestan que hay situaciones en que han sentido estrés por el ambiente de trabajo, provocadas por:

1. Sobrecarga de trabajo.
2. Por compañeros que no ayudan en momentos concretos.
3. Problemas de relación con pacientes y/o familiares.

Dimensión	Participantes	Contenido
Comunicación y coordinación	<p>Los tópicos debatidos fueron los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿La comunicación en la Unidad entre la supervisora, los profesionales y los usuarios es fluida? 2. ¿Y fuera de la Unidad? (Ej. cuando hay enfermos periféricos o con profesionales de otras unidades). 	
	Enfermera 1	<p>Bueno pues a veces hay que luchar ahí contra los elementos, con mucha paciencia. Con la supervisora bien, porque el carácter es firme de decir haz lo que te parezca bien, que yo no tengo ningún problema. Has dicho también con los usuarios.</p> <p><u>Mod 1</u>: Con los usuarios, y con el resto del equipo, con los médicos, las auxiliares, los celadores.</p> <p>Con los médicos y con el equipo de trabajo de la Unidad por lo general bien, lo único que si hay que cambiar a un enfermo, no es como antes que tú llamabas directamente a la Unidad y le decías "Tere tenemos una cama libre en cardio baja al enfermo" pero eso va ahora a través de admisión, entonces pues si admisión decide bajarlo, cambiarlo, lo que sea...ya ahí no depende de nosotros.</p> <p><u>Mod 1</u>: Ya no es tan fluido, que antes lo veías más rápido.</p> <p>Antes era más directo, ahora no, ahora tiene que pasar todo por admisión y entonces es un poco mas...igual que Farmacia, que tú antes llamabas necesitabas una medicación la mandabas ahora con la <i>unidosis</i> pues si yo tengo que darle un Paracetamol a un enfermo y no está pautado, tengo que llamar al médico me pauta el Paracetamol, me meto en JARA,</p>

		<p>me hace una copia, llamo al celador, lo baja y cuando puedan me lo suben. Mientras tanto el enfermo me está diciendo "que me duele la cabeza". Lo quieres hacer fluido pero claro, el enfermero de base tiene que luchar contra el horario, en Rayos en todo.</p>
	<p>Enfermera 2</p>	<p>Yo con la supervisora, excelente, ningún problema. Con el tema de los usuarios también, pues es un servicio que digamos que en ciertos momentos que hay cierto pacto de secreto para según qué cosas o que temas tratar delante de quién, también es un tema que la comunicación es muy fluida muy natural y con el tema de los profesionales pasa un poco lo que dice la Enfermera 1, que yo creo que es que nosotros tenemos nuestro trabajo estandarizado y cuando necesitamos la ayuda de cualquier otro profesional, ya sea Farmacia, Cocina, tal cual, ellos tienen sus horarios y somos nosotros los que nos tenemos que amoldar a ellos en la medida de lo posible. ¿Hay buena coordinación? el Materno-Infantil no tenemos por ejemplo la <i>unidosis</i> entonces la facilidad de tú levantar el teléfono y disponer de lo que sea al momento simplemente llamando yo, no que precise una hoja de JARA, con tu médico, tal cual, es más directo, de todos modos bueno la coordinación en algunos momentos al ser las cosas de ese estilo unas veces es la casa de tócame Roque y otra una balsa de aceite, entonces cuando hay mucho jaleo es horroroso, tener que localizar, porque a este niño lo tiene que ver hoy el traumatólogo a el otro lo tiene que ver el otro, a el otro el otro y son las dos de la tarde y por aquí no ha pasado nadie ni ningún profesional para que lo vea. Otro de los jaleos que tenemos nosotros a veces es algunas veces es el uso de los fisioterapeutas de las rehabilitaciones, pues bueno en ese sentido tenemos también muy buena coordinación y comunicación, el roce, el hecho de que los pacientes digamos que son siempre los mismo, al cabo de doce, dieseis o dieciocho meses, facilita que ya sepamos de quién hablamos, y por qué hablamos de esa persona y para qué. En ese sentido</p>

		la comunicación bien.
	Enfermera 3	<p>Pues bueno, en urgencias con el supervisor pues bien, pero con el resto del equipo que son médicos y demás pues también bien, porque la verdad que como están siempre allí sueles llevarte bien con todos y también bien. Con los usuarios pues bueno, un poco más regular (risas generales), porque bueno en urgencias ya sabéis, sobre todo en esa observación que además hay determinados pacientes que necesitan siempre alguien, a otros se les echa fuera, solo pueden entrar visitas, aparte que es necesario que no estén allí porque tú no puedes trabajar y más si hay muchas camas. Con los usuarios depende de donde estés, estás estupendamente o no lo estás, sabes y fuera de la Unidad también es complicado, porque Urgencias depende muchísimo de los celadores, entonces si te tienen que llevar a un paciente a rayos que está primero luego te lo tiene que llevar al TAC, si no es al TAC, lo tiene que subir a la habitación, luego te dicen de la habitación que no puede subir todavía, es un poco regular, con el resto de las Unidades depende, es que en Urgencias hay una cosa muy importante y es la demanda que haya ese día, cuando no hay mucho jaleo, todo parece que funciona mejor, cuando hay mucho jaleo pues aquello es un caos.</p> <p><u>Mod 1:</u> En tu caso no hay periféricos, pero tenéis también problemas a la hora de comunicación cuando tiene que venir un especialista, tarda mucho en llegar...</p> <p>No suele, pero de todas maneras cuando te ves ante una situación así, el médico que está allí te echan una mano, incluso ellos van empezando ya con algún tratamiento o con lo que haya que hacer, antes de que llegue el especialista, normalmente no quiere, pero bueno si también, muchas veces si están en quirófano, no están en quirófano.</p>

	Enfermera 4	<p>Yo, con la supervisora, falta transparencia, hay muchas normas que salen nuevas que no las conocemos, nos enteramos por detrás, y luego si se lo preguntas pues bueno te los da, pero veo falta de transparencia. Con los compañeros ya os digo que no hay ningún problema a nivel personal. Con los médicos de la Unidad tampoco sin ningún problema. Con otras Unidades pues sí, como tenemos tantos periféricos hay especialistas que por la mañana no llevan busca y es horroroso, tienes que hacer uso de amistad, como puedas, hasta de móviles personales. Con cocina, pues si te cogen el teléfono a ciertas horas determinadas, se te ha aparecido la Virgen vamos (risas generales). Con Farmacia, lo que la Enfermera 1 comentaba, entras en la ilegalidad lógicamente porque muchas veces si tú tienes al enfermo con dolor no vas a esperar a, localizar al médico, a que te lo escriba, a bajar el celador, a que el farmacéutico esté en la farmacia y te lo de en ese momento, porque hay veces que como el farmacéutico no esté, tienes que esperar a que te dé la gana o pueda él suministrártelo con lo cual lógicamente, enfermería sabemos que asumimos al paciente como nuestro con lo cual cometemos la ilegalidad y se lo damos prescribiendo nosotros, siendo responsable y consciente de ello.</p> <p><u>Mod 1:</u> Y con los usuarios ¿tenéis problemas?</p> <p>Yo sin ningún problema, al contrario</p> <p><u>Mod 1:</u> No, como la Enfermera 3, que como Urgencias es la puerta de entrada del hospital es más conflictivo.</p>
	Enfermera 5	<p>Pues los periféricos es la única pega que tenemos con las demás plantas, es porque hay medicaciones que son raras, que nos las piden, no las consigues, el tema de las nutriciones a la hora de valorar el paciente disfágico y ya puede empezar a comer y como lo hacemos, nos suelen consultar cosas así, pero bien.</p>

Opiniones recogidas en debate abierto:

1. Con relación a los compañeros, la comunicación es bastante buena.
2. La comunicación con otras Unidades no es tan buena, pues no depende únicamente del personal enfermero, intervienen muchos profesionales y se desconoce el funcionamiento de las otras Unidades.
3. La aplicación informática "Jara" no está adaptada al funcionamiento de un equipo de trabajo, lo que dificulta en ocasiones la coordinación con diferentes Unidades.

Dimensión	Participantes	Contenido
Condiciones ambientales, infraestructuras y recursos		<p>El tópico debatido fue el siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Consideráis que los medios con los que realizáis vuestro trabajo son adecuados (recursos materiales, técnicos e informáticos), y garantizan vuestra seguridad?
	Enfermera 1	<p><u>Mod 2</u>: Si hay suficientes recursos materiales, si os facilitan vuestra actividad diaria, si no representan riesgos para la salud, y si las herramientas informáticas los programas están adaptados a las necesidades de vuestro trabajo. Si hay de todo, si es suficiente, si es seguro...</p> <p>Suficiente no es, pues nosotros en nuestra Unidad somos cuatro enfermeras trabajando por la mañana, que tenemos que utilizar el ordenador pues para meter constantes, para muchas cosas, tenemos solo tres ordenadores para cuatro enfermeras, cuatro auxiliares y todos los médicos que pasan por allí y solo tenemos tres ordenadores, entonces llega la hora de las incidencias, todos nos queremos sentar, está el cardiólogo, está el nefrólogo a lo mejor allí sentado, está la auxiliar, tenemos que esperar, hay que sacar el Sintrón.</p> <p><u>Mod 1</u>: Material mal.</p> <p>Material informático mal, el resto del material pues bien, luego la unidad es bastante vieja, pues es la única planta del Infanta que se quedó cuando se acabo el dinero o lo que sea, tenemos las mismas</p>

		<p>luzes que hace veinte años, no sé cuánto, los cabeceros de las camas cuando tienes que hacer una exploración, o cuando por la noche tienes que coger alguna vía, se ve fatal, tienes que estar con la linterna... eso mal porque la Unidad no se ha arreglado. Ya nos tocará.</p>
	<p>Enfermera 2</p>	<p>Nosotros en cuanto condiciones ambientales y demás, pues bueno, eh, es un servicio de Oncología en uso pues bueno y entonces no tiene nada que ver con el Servicio de Oncología de la sexta. En la sexta cada habitación está climatizada individualmente, con su propia salida de aire, presurizada, tal cual, estamos hablando de que las habitaciones que hay en la quinta, son habitaciones de hace treinta años, con todos los contra que tiene, pero con la ventaja que los niños y los padres agradecen es la individualidad.</p> <p>En la sexta están los más aislados, supuestamente sí. Digo supuestamente porque depende del criterio que tengan, porque hay veces digamos que los usuarios son de trato muy complejo y que no siempre va a caer en el mismo servicio, si no que nos lo repartimos, venga pues esta persona que es conflictiva, es cierto, ahora va para acá, ahora va para ya. Si ya estamos donde estamos y encima hay sobrecarga porque el usuario en sí es tal, no nos vamos a complicar. Las condiciones ambientales en ese sentido no son las mejores. Tenemos medios en todo lo demás pues bueno hay que hacer una serie de técnicas y protocolos en una serie de ambientes, tenemos todos los recursos materiales, todos los quid, y eso sin problema. Como riesgo para la salud, yo creo que dentro que es oncología con el manejo de citostáticos, no hay más riesgo de la cuenta, están todas las protecciones seguridad que hay que usar que se pueden usar y que se deben usar.</p> <p>En cuanto a los recursos informáticos, en nuestro caso por suerte o por desgracia como no está enfocado nuestro servicio en el manejo del JARA,</p>

		<p>todavía va la cosa en historia de papel.</p> <p><u>Mod 1:</u> ¿Utilizáis indistintamente soporte informático y soporte papel?</p> <p>Casi exclusivamente papel todavía, fíjate tú lo que estamos hablando, y lo que pasa es que sí, que hay veces que distintos especialistas y algunos de los médicos del equipo pues hay veces que sí utilizan el JARA, que pasa que hay un ordenador para una enfermera, una auxiliar y todos los médicos que vienen, con lo cual no hay tantos terminales como los que debiera haber pero ahí estamos.</p>
	Enfermera 3	<p>Las condiciones ambientales mejorables, pues esa observación cuando está un poquito llena, mezclamos hombres y mujeres y allí todos juntos y bueno... habría muchas cosas que mejorar en esas urgencias, pero bueno, ahí creo que pocas cosas se podrían hacer.</p> <p>Recursos materiales sí que hay, bien, sin problema y técnicos también suele haber.</p> <p>Recursos informáticos, pues normalmente quedan escasos, porqué, pues porque es un servicio donde pasa muchísima gente y tienen que pasar mucha gente por un mismo ordenador, entonces si viene el especialista, en observación hay dos, uno para hombre y otro para mujeres más el tuyo, es complicado. Eso pasa más o menos en todos los servicios porque si pusieran todos los ordenadores que se necesitan habría que sacar unos cuantos enfermos.</p> <p>Todas estas preguntas son mejorables en esas urgencias.</p>
	Enfermera 4	<p>Las condiciones ambientales, bien porque todas las habitaciones de los pacientes tienen ventilación, incluido el puesto de enfermería, sí que las habitaciones son muy pequeñas, con lo cual...</p> <p><u>Mod 1:</u> ¿Cuántos pacientes tiene tú Unidad por habitación?</p>

		<p>Dos pacientes por habitación. Nosotros hace años hicimos un estudio, nos centramos en las curas, y estuvimos estudiando todas las posturas que adoptábamos y tal, gracias a eso conseguimos las camas electrónicas. Las cargas que tenemos son muchas, soportamos un peso al coger las piernas para vendarlas, mucho tiempo estática, las curas son muy largas y gracias ya a las camas eléctricas, las puedes subir y las puedes bajar no que antes las posturas eran mucho peor. Si que las habitaciones son muy pequeñas, nuestros pacientes tienen mucha medicación, las bombas de perfusión, las sillas, el sillón, la cortina, el carro de curas, estás continuamente dando golpes, hematomas por todo sitio, eso sí. Y luego las curas con posturas forzadas, a pesar de las camas eléctricas, y peso también por los hombros.</p> <p>En recursos materiales han disminuidos muchísimo la calidad de todos los productos, que estamos utilizando. Últimamente han introducidos unos productos que muy bien, como las agujas de bioseguridad, que las han introducido ahora y creo que hay cosas que van poquito a poco mejorando, que eso no lo teníamos, además son más gruesas, y demás. Han disminuido muchísimo los apósitos antes teníamos muchos a la hora de curar, teníamos una gama amplia y ahora han disminuido muchos, te las ves y te las deseas muchas veces para encontrar el más adecuado.</p> <p>En cuanto a la seguridad del paciente, creo que para el paciente se podrían mejorar muchas cosas, las luces de las habitaciones de seguridad, yo creo que se podrían mejorar, la de los cabeceros que son muy antiguas, los timbres fallan muchísimo, yo creo que todo eso muy mejorable.</p> <p>En cuanto a los terminales informáticos solo tenemos dos</p>
--	--	---

	<p>Enfermera 5</p>	<p>En general sí, hay cosas puntuales como ha dicho la Enfermera 4 con relación a la calidad del material, últimamente mal, hay gasas que yo creo que son...</p> <p><u>Enf 4:</u> Las llaman tejido sin tejer, pero bueno...eso es horroroso. Además parece que últimamente no las están mandando</p> <p>El tejido, no tejido, luego los guantes, que se rompen todos.</p> <p>A nivel informático tenemos dos, bueno</p> <p><u>Mod 1:</u> Ya no es que tengas dos terminales, ¿el sistema de trabajo con el material informático te resulta operativo?</p> <p>Si, porque mira, antes cuando estaba la neurología normal, con las camas normales y no se habían inventado la historia esta del Ictus, digo inventado porque estamos trabajando como si fuéramos una Unidad de Ictus cuando realmente no existe como tal, pero cuando hicieron la obra para montar los boxes, como si fuera Unidad de Ictus, hay en el despacho de los neurólogos al fondo, metieron cuatro ordenadores, entonces ellos se van allí, nosotros nos olvidamos de ellos; de hecho cuando van allí a la salita donde están nuestros ordenadores, los echan. Nosotros tenemos dos ordenadores para nosotros, para las auxiliares y para las enfermeras, desde ese momento, antes era un caos</p> <p><u>Enf 4:</u> Pero bueno en el ordenador lo que hacemos es incidencias y constantes</p> <p>Claro y el tratamiento. Pero por la mañana es un cacao, pues los neurólogos no van en equipo, eso es una aventura, van a la consulta, después vuelve, después se va a la ecodopler, después vuelve y ve el resto, y te entregan las cosas a las tres menos veinticinco, tienes que hacer cambio de tratamiento y actualizar todo y sacar dietas y escribir todo, porque claro. Antes era peor, pero ahora como ellos tienen allí su mundo aparte, si ya lo han escrito, tu ya te metes en el JARA y lo rescatas, aunque no te hayan</p>
--	--------------------	---

		dado los tratamientos porque el horario es ese, pero bueno. Trabajamos mejor si.
<p>Opiniones recogidas en debate abierto:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A nivel informático ya se ha comentado que la aplicación informática "Jara" no está adaptada al funcionamiento de un equipo de trabajo. No protege totalmente la intimidad del paciente. Hay profesionales que siguen utilizando el soporte papel para determinadas intervenciones, unas veces por la no idoneidad del programa informático y otras por inadaptación a las nuevas tecnologías. 2. Las condiciones ambientales, varían de unas Unidades a otras, las que han sido reformadas disponen de más iluminación artificial, tienen sistemas individuales de climatización, etc. 3. El material de trabajo depende de los concursos de compras, no se consulta al personal que trabaja con el material, cuál es más duradero, más idóneo para las características de los pacientes de esa Unidad... 		

Dimensión	Participantes	Contenido
Formación	El tópico debatido fue el siguiente: 1. ¿Pensáis que la formación que recibís para desempeñar vuestro puesto de trabajo es suficiente, útil y actualizada?	
	Enfermera 1	<p><u>Mod 1:</u> Ya no solamente en el trabajo vuestro, si no en la formación continuada, curso que se ofertan. Yo creo que sí, que salen muchos cursos, yo personalmente la verdad, que hago pocos cursos, pero yo creo que en general sí, que la gente que quiere formarse, lo único que vuelvo a repetir es lo del principio, la formación de la Unidad te vas formando tú, va un poco individual, no es que digamos una vez a la semana vamos a juntarnos para mejorar esto, bueno o al mes... que eso no se hace.</p> <p><u>Mod 1:</u> La formación por ejemplo de "cosas" nuevas que salgan en tú Unidad, de protocolos nuevos que alguien haya leído y dice bueno pues vamos a formarnos...</p>

		<p>Eso me entero yo porque tú me lo estás diciendo, o bien lo hacemos entre las dos o bien si viene alguien, no hay formación.</p>
	<p>Enfermera 2</p>	<p>En mi Unidad el WhatsApp funciona muy bien, no en serio, lo que pasa es que a nivel hospitalario, cíclicamente se vienen haciendo los cursos digamos de formación para incluir a nueva gente en la bolsa de trabajo y digamos que cíclicamente, pues se realizan una serie de técnicas, procedimientos y tal, el curso digamos que lo dan una serie de enfermeros y nos lo pasan a todos y bueno pues esto sí, esto no, tal cual, cosa rara pero bueno se hace así.</p> <p>La formación que te proporciona el hospital cero, por ejemplo ahora ha venido el personal de Riesgos Laborales, y supuestamente nos tenían que haber dado en su momento, cuando se instaló el nuevo servicio, una charla de riesgos laborales, y yo me encontré la hoja, yo venía de tarde pero bueno, el mismo derecho tiene una persona que está de mañana que la que está de tarde, o quien tiene un turno de noche, ¿qué pasa que el turno fijo de noche no tiene derecho a formación?, pues en ese sentido el hospital una birria.</p> <p>En cuanto a que nosotros seamos inquietos y tal...</p> <p><u>Mod 1</u>: Eso va en la persona, claro.</p> <p>Nosotros nos buscamos la vida, por ejemplo estamos manejando tal medicamento, que es un dineral y aquí hay falsos mitos con respecto a que tal fármaco tiene que estar en estas condiciones, pues bueno dije pues voy hacer una revisión bibliográfica de cosas de hace más de cinco años y oye que aquí se están haciendo una serie de precauciones con esto que no... Estamos hablando por ejemplo del uso del tatuaje</p> <p><u>Mod 1</u>: Es una inquietud personal tuya, no que el sistema te ofrezca esa formación</p>

		<p>No claro es que eso también y en cuanto a que la formación antes de esto sea la adecuada, es que son cosas muy concretas, el hecho de haber hecho un curso con una serie de horas prácticas no te prepara a todo lo que luego tienes que trabajar. Yo hablo por ejemplo del servicio este, a lo mejor tú tienes claro una serie de cosas y aunque lo preguntes, siempre estás en riesgo de algún patinazo.</p>
	<p>Enfermera 3</p>	<p>Yo creo que no, que no es suficiente la formación, que es muy deficiente y en el hospital, entre los turnos, no te ayudan en ese sentido a nada. O bien porque tú tienes voluntad y te buscas la vida y te miras a ver el porqué de las cosas, como lo tienes que hacer, como no lo tienes que hacer, y eso que bueno lo que os he comentado antes, que el supervisor está muy pendiente y cada vez que sale un protocolo nuevo, te lo manda al correo y te avisa, "oye que os he mandado esto nuevo, echarle un vistazo", cualquier dispositivo nuevo que llega también está muy pendiente, pero yo por ejemplo he estado durante muchísimo tiempo y yo el curso del DESA no lo tengo, se cómo funciona, porque me he buscado la vida y he preguntado y tal, pero yo no lo tengo y en teoría lo debería de tener, para trabajar en Urgencias</p> <p><u>Mod 1</u>: No te han obligado hacerlo.</p> <p>No me han obligado hacerlo, no ha coincidido que yo no estaba en la Unidad cuando se ha hecho el curso y luego ya... entonces yo creo que esas cosas se deberían de ser el propio hospital el que tenía que estar pendiente. Lo mismo que nunca tampoco he entendido que hay determinados cursos, para determinadas especialidades que el hospital solo lo oferta al profesional que está trabajando, y eso limita a que nunca podrás entrar en una bolsa de trabajo, para poder estar como por ejemplo como está la Enfermera 2, sabes, que el hospital te limita mucho, la formación en todos los sentidos.</p>

	Enfermera 4	<p>No ofrecen la formación necesaria para ninguno de los profesionales, ni a los nuevos ni a los viejos, eso por un lado. Por otro lado, creo que la formación debería de fomentarse, no ser obligatoria pero sí fomentarla y se fomenta no poniendo trabas a la gente, dándole días libres, no poniéndole pegas y diciéndote, negándote los días, vamos como el cardioforo del año pasado, este año yo no sé qué es lo ha pasado, pero el año pasado se los denegaron a la gente que decían que no era de su especialidad, oye, perdona, pero es que una parada la puedo tener yo en cualquier momento, con razonamientos que es que son ilógicos.</p> <p>Y luego sí que a mí me encantaría, que tampoco sé si lo conseguiré alguna vez, es tener dentro del horario de trabajo, sesiones clínicas de Enfermería, sesiones de formación, de debate...</p> <p><u>Mod 1</u>: Cómo se hace en Atención Primaria, por lo menos en el Centro de Salud donde yo estoy.</p>
	Enfermera 5	<p>Mira, yo considero que hay, quien quiera formarse puede formarse, creo que hay un campo amplísimo para formarte en muchísimas cosas, el problema es, a mi manera de ver, el tiempo que nos permiten para poder formarnos, tú tienes cuarenta horas anuales para poder formarnos.</p> <p><u>Mod 1</u>: Perdona, que no son cuarenta horas, que salvo que lo organice el SES te quitan los días</p> <p>Tenemos cuarenta horas con una jornada al cien por cien, excepto yo que tengo una reducción de bastante tiempo, y todos mis porcentajes van en función de ese horario, entonces yo, si quiero formarme, de hecho lo hago, me las busco, me las rebusco y me busco la vida como sea</p> <p><u>Mod 2</u>: La pregunta de M^a del Mar, lo que ella está trabajando es si la formación que te ofrece a ti, tu empresa, tu hospital, es la que tú necesitas para desempeñar bien tu puesto de trabajo, para aprender un nuevo programa informático, para cubrir las necesidades que tú tengas, de la formación del</p>

		<p>hospital, yo no te hablo de tú formación personal por tus inquietudes.</p> <p>Pensaba que era mi formación. Entonces referido a eso no.</p>
<p>Opiniones dadas en debate abierto:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Plan de formación funciona a nivel individual, el personal de Enfermería que desea formarse, lo hace a título personal. 2. No siempre se facilitan los días por formación, la mayoría de las veces tienes que realizar tu turno de trabajo y asistir al curso. 3. Los programas formativos, no guardan relación con las necesidades expresadas por las enfermeras en las distintas Unidades. 4. Los cursos que se imparten en la Escuela de Ciencias de la Salud, se ofertan primero al personal estatutario fijo, después a los eventuales y por último a los sustitutos, y un máximo de tres al año por enfermera. Debido a la demanda en algunos es imposible inscribirse. 		

Dimensión	Participantes	Contenido
Implicación en la mejora	<p>El tópico debatido fue el siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Creéis que en la Unidad y en vuestro trabajo, hay aspectos susceptibles de mejora? 	
	Enfermera 1	<p>Mucho, porque, por eso, porque no hay protocolos, si viene alguien nuevo no sabe nada, lo que decíamos antes, nosotros en la Unidad tenemos Telemetría, que nos lo pusieron, de un día para otro y nosotros tuvimos que pedir que nos formaran, pedimos el turno, no, no, primero se pone, se le pone a los enfermos y luego ya, ya os formaremos, ya aquello se veía como se podía, entonces viene alguien de fuera de la Unidad, unas sustituciones o lo que sea, allí nadie sabe nada, si hay uno de los antiguos pues le dice, "mira si pita toca aquí". Tú imagínate si no necesita mejorar, como eso pues igual, ponernos todos de acuerdo en hacer todos lo mismo ante la misma situación, si hay un cateterismo que todo el</p>

		<p>mundo sepa que se puede tomar la medicación, no que cada uno le dice una cosa. Por lo menos con protocolos, si hay protocolos, todo el mundo trabaja de la misma manera y yo creo que se mejora la calidad.</p>
	Enfermera 2	<p>Si, mejora sí, sobre todo en lo referente a recursos materiales, no solo de cara a los profesionales sino de cara al usuario, ya que es un servicio delicado. De cara a los profesionales, en la casa esta pequeña, como lo que manejamos son niños, salvo en la UCIP, camas eléctricas cero, son camas de altura media pero no regulables entonces al cabo del día pues cansa. Las habitaciones son individuales pero falta una zona de exclusiva o aséptica donde pudiera haber visitas, estos niños por bajadas de defensas están mucho tiempo aislados, es una pena pues estos niños en el momento que tienen un diagnóstico y entran dentro de esta dinámica, hasta cierta medida dejan de ser niños y eso habría que paliarlo de cierta manera.</p> <p><u>Mod 1:</u> Vamos, que como están aislados no pueden ir como en Preescolares al cuarto de juego, por ejemplo.</p> <p>Por ejemplo, o tan sencillo como que su padre si quiere estar en la habitación tiene que ir forrado de arriba abajo, que si papis, bata, mascarilla, guantes, si tengo que tocar... fíjate tú lo que es eso.</p>
	Enfermera 3	<p>Mejoras, en Urgencias muchísimas, sobre todo en esa observación, lo que comentaba antes, ahí la intimidad del paciente cero. Hay veces que cambios de pañales o una sonda cosas que con cuatro biombos ahí pues el espacio es muy escaso, mejoras ¡uf! todas las que pudiera. En cuanto a personal también debería de haber mejoras en ese sentido, igual que los médicos en determinadas franjas horarias en las que se refuerzan, creo que en Enfermería también podría, porque es que sabes cuando son los horarios donde más trabajo hay y que entre la una y las tres, aquello se pone como una feria y que la enfermera no da abasto en ese rato, luego a lo mejor el resto de la mañana no, pero en ese rato si, y yo creo que eso si es</p>

		mejorable y que se podría hacer, porque te digo, que los médicos tienen su planilla de tal manera que están reforzados en esos horarios y funciona bien, entonces no entiendo porqué en Enfermería eso no se hace nunca.
	Enfermera 4	<p>Yo, mejoras, yo creo que todo es siempre mejorable. Yo mejoraría la intimidad del paciente, un paciente por habitación es que es ya, ya, cuanto antes. También el confort de los familiares, deberíamos de pensar en ellos porque se pasan muchas horas en el hospital, son gente de fuera, mucha gente que no tiene recursos, y entonces se debería pensar también en ellos que no se contempla para nada. Aumento de recursos humanos, mayor número de enfermeras con menos pacientes a su cargo.</p> <p><u>Mod 1:</u> Aumentar el ratio de enfermera paciente.</p> <p>El ratio, ahora mismo, nosotros ahora mismo en nuestra Unidad llevamos diez o doce pacientes por la mañana, y catorce tarde/noche, entonces muchas veces te van hablar y dices ¡pruuuuuu! por el camino, tú tienes que terminar las tareas para no quedárselas al turno siguiente, que ellos tienen la suya y no las pueden sobrecargar. Sin cosas que seguimos hablando de ellas cuando ya deberían estar solucionadas.</p>
	Enfermera 5	<p>Mejoras, en Neurología, por ejemplo cuando hicieron la obra en la parte del final, el resto es igual que una planta normal, con sus habitaciones dobles, en la Unidad los ictus fibrinolizaos los tenemos ahí, los que vienen de la UCI, y los complicados va todo ahí. No sé si conocéis la Unidad de ictus de Cáceres, pues yo como estoy en la Unidad de Mensatel, antes de que estuviera esto aquí he hecho muchos traslados allí, todos los ictus iban allí, yo iba con la ambulancia, y allí tienes como un control de observación, tienes tu central, tu controlito y tus pacientes alrededor, con su telemetría por supuesto. Nosotros también la tenemos pero la tenemos en el 20, 21, 22, 23 y 24, los pacientes no los tienes a la vista, no los ves, tienen su</p>

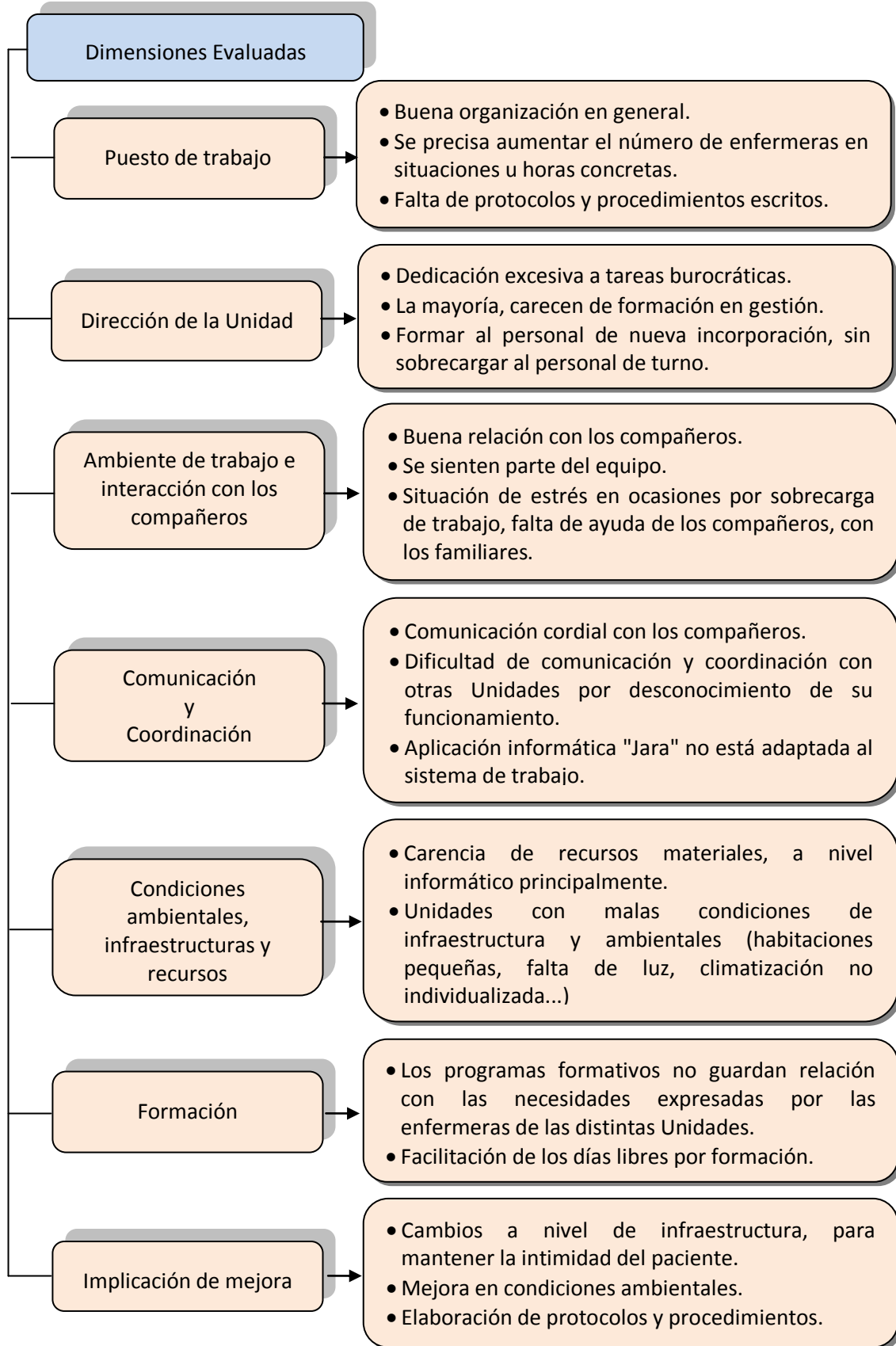
		<p>telemetría y ya está y las alertas pues la familia son las que te las dan. Entonces yo eso lo mejoraría porque hay mucho tabique y muchas paredes por medio, yo no los veo.</p> <p><u>Mod 1</u>: Tienes la ventaja de que los pacientes están solos, pero para ti no, no es operativo.</p> <p>Es que no son pacientes autónomos, son completamente dependientes, y entonces yo esas paredes y esos tabiques, a mí me limitan muchísimo para controlar yo al paciente, hay que estar continuamente ahí, requiere de muchísimo esfuerzo de presencia porque no lo tienes justo aquí.</p> <p>Hay un sistema instalado de cámaras, cuando hicieron la obra, al estar individualizado pusieron las cámaras.</p> <p><u>Enf 1</u>: Necesitas de una persona mirando esas cámaras.</p> <p>Que no la hay.</p> <p><u>Enf 3</u>: En observación si hay una pantalla donde tú lo tienes y así lo tienes más controladito.</p> <p>Lo que pasa que ahí hay un sistema legal por medio que claro, que hay que saltarlo para que eso se pueda poner a funcionar. No es Unidad pero funciona como Unidad de ictus, tenemos nuestros cartelitos en los pasillos y aquí quien corre con el riesgo legalmente y quienes estamos somos nosotros. Pero mientras no sea Unidad como tal y firmada y tenga la certeza de que realmente es una Unidad, esas cámaras no se pueden poner a funcionar, porque tú no le puedes dejar un papel a la persona que te autorice y esa persona lo firme para que sea vigilado, entonces hay una historia legal que está pendiente.</p> <p>Y luego lo que ha dicho la Enfermera 1 de los protocolos, yo creo que sí, que en estos servicios tan específicos, en Neurología hay muchísima medicación oral que está saliendo nueva para que las enfermedades estas nuevas, las esclerosis múltiples, a nosotros nos llegan allí, a nosotros nos llega el neurólogo y nos dice "vamos a empezar con esta</p>
--	--	--

		<p>pastilla nueva" y tú te vas al Vademécum y tú dices y esto como funciona, y al paciente lo tienes que monitorizar y te puede hacer un infarto, te puede hacer..., tiene muchas complicaciones cardiacas estas medicaciones nuevas que están saliendo, pero una vez que salgan que te lo avisen, que te lo informaran con una sesión clínica por la mañana. Y con los diabéticos igual, crisis diabéticas complicadas, todo lo gordo que sale de UCI va allí, y aparte de la enseñanza que hace Josefina, si había que tener unas instrucciones estrictas por parte de todos, ese avance de nuevas insulinas y nuevas cosas que lo aprendes con la marcha.</p>
<p>Opiniones recogidas en debate abierto:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cambios a nivel de infraestructura muchísimos, desde poder mantener la intimidad del paciente, hasta la mejora en el desarrollo del trabajo del personal por falta de espacio material para moverte. 2. La iluminación de las habitaciones se debe mejorar pues es deficiente para ver y realizar determinadas técnicas. 3. Elaborar protocolos de trabajo para prestar cuidados de mejor calidad. 		

Una vez finalizado los puntos relacionados con las siete dimensiones, se expusieron otras opiniones que se describen a continuación:

1. La sanidad ha perdido, no en calidad pero sí en humanidad, sobre todo en las nuevas generaciones, pues hace años la Enfermería era vocacional y ahora no.
2. La Lista de espera en Sanidad Pública es grande.
3. Los medios, humanos y materiales, con los que dispone la Sanidad Pública (al menos en nuestra Comunidad) son infinitamente mejores que los privados.
4. La población no valora la sanidad que tiene, aunque actualmente, está en detrimento por no cumplirse los ratios enfermera/paciente.
5. Las enfermeras que han trabajado en otros países de la Unión Europea comentan que nuestra sanidad, tanto pública como privada es de muy alta calidad.

Percepción que tienen las enfermeras sobre su ámbito de trabajo



Conclusiones

4.-Conclusiones.

Las conclusiones se desarrollan en relación con los objetivos y con las hipótesis. Cuando ha sido posible se realiza una discusión de los resultados obtenidos en concordancia con la fundamentación teórica realizada.

4.1. En relación con los objetivos

Con el cuestionario se han obtenido resultados relevantes sobre los cinco hospitales públicos de las ciudades de Badajoz y Cáceres. Se recoge la opinión de los enfermeros sobre la percepción que tienen de su ámbito de trabajo, en aspectos tan importantes como relación con sus superiores, compañeros, condiciones ambientales y formación, entre otros. La interacción entre variables de escala y nominales nos ha permitido observar que cada uno de estos factores tiene una relación diferente con la satisfacción, según los diversos grupos de edad, sexo, condición laboral, hospital, etc.

Aunque con escasa diferencia, en la "*Percepción del Ámbito de Trabajo*", las enfermeras que trabajan en los hospitales públicos de Cáceres muestran una satisfacción laboral mayor que las de Badajoz.

Únicamente en el factor *Condiciones Ambientales, Infraestructuras y Recursos*, son las enfermeras de los hospitales de Badajoz las que se encuentran más satisfechas. El motivo por el cual se han obtenido estos resultados puede estar relacionado con el hecho de haberse realizado mejoras en diferentes Unidades de los hospitales de la ciudad de Badajoz, y posterior al estudio comenzaron reformas en Unidades de los hospitales de Cáceres.

El factor mejor valorado es el correspondiente a *Dirección de la Unidad*, seguido de *Puesto de trabajo y Ambiente de trabajo e interacción con los compañeros*

Estos resultados pueden deberse a que los canales de comunicación entre La Dirección de la Unidad y el personal de Enfermería son efectivos y fluidos, así como a la existencia de un buen trabajo en equipo, aceptándose y consensuándose por el grupo las decisiones aportadas por los profesionales.

El trabajo de Enfermería, especialmente el hospitalario, se realiza en equipo, el ejercicio exclusivamente individual es cada vez menos frecuente. Los profesionales revelan que es habitual la colaboración entre compañeros para la realización de las tareas ya que el fin último siempre es el bienestar del paciente.

En el estudio de López, Bernal, y Cánovas (2001), realizado en un hospital comarcal de Murcia, se utilizó el cuestionario de Font Roja y las dimensiones mejor valoradas fueron

las relaciones con los superiores y la competencia profesional, las cuales coinciden con los resultados de este trabajo.

Ríos y Godoy (2008) ponen de manifiesto la relevancia de la satisfacción con los compañeros de trabajo. Las relaciones interpersonales con ellos se convierten en una pieza clave de la satisfacción laboral y pueden contribuir a atenuar o prevenir la presencia de agotamiento emocional en el colectivo sanitario.

Iriarte (2012) comenta que existe más compañerismo en servicios especiales (UCI y Urgencias), pudiendo estar relacionado con el estrés laboral que se vive en estos servicios, donde el personal se apoya mutuamente para poder cuidar y proteger al paciente de la mejor manera posible.

Gurkova et al. (2012) informan que entre los factores que pueden influir positivamente en la satisfacción laboral se encuentra, entre otros, el reconocimiento de los superiores o compañeros.

Sin embargo, para Crespo y Cosme (2012) el factor peor puntuado por el profesional enfermero del área de salud de Talavera de la Reina es la relación con los compañeros, lo que les hace pensar que el colectivo de Enfermería de cada área de salud o ámbito sanitario tiene su propia idiosincrasia.

En los dos hospitales con mayor número de camas y enfermeras trabajando (HIC y HSPA), en el ítem "El ambiente de trabajo me produce estrés" la media más elevadas recae en las Unidades Quirúrgicas.

Las enfermeras que manifiestan tener más estrés en su puesto de trabajo son el personal masculino y de mayor edad que trabajan en el Hospital Virgen de la Montaña, y los que menos, los de este mismo sexo, del Hospital Perpetuo Socorro.

El personal de Enfermería presta cuidados con una dedicación de tiempo considerable, muchas veces con escasez de recursos materiales y de personal, generando inevitablemente estrés.

Por otra parte, las enfermeras que trabajan con adultos, se encuentran con una población cada vez más anciana, con procesos crónicos degenerativos e invalidantes y en contacto frecuente con la muerte.

En cambio, las que trabajan en las Unidades Materno-Infantiles, abordan también procesos patológicos, pero la mayoría de los cuidados se encaminan a la asistencia de la mujer en el proceso del nacer que, aunque no exento de complicaciones, se manifiesta con alegría ante la llegada de un nuevo ser. A pesar de que las enfermeras pediátricas se encuentran con situaciones de sufrimiento en el niño, sin embargo por fortuna, la

mortalidad infantil ha disminuido considerablemente, al tiempo que se han producido grandes avances tecnológicos que ayudan a mejorar la prestación de asistencia a este tipo de pacientes.

El estrés es considerado hoy día uno de los principales problemas para las enfermeras. Así lo afirma el “Estudio de salud de los profesionales de Enfermería en España y su relación con el trabajo a turnos y nocturno” realizado por el Sindicato de Enfermería (SATSE). En dicho estudio, se apunta que las principales causas de estrés laboral de los trabajadores son la turnicidad y el trabajo nocturno, condicionando su vida familiar y empeorando su calidad de vida. Por ello en las conclusiones solicitan la puesta en marcha de un itinerario laboral en los que se tuviera en cuenta entre otros la edad profesional, los años de servicio prestados, el tiempo acumulado de nocturnidad..., lo que reportaría al profesional mejoras en relación a la jornada de trabajo, disminución de las cargas laborales, mejora de la salud laboral y permitiría una mejora en la conciliación de la vida laboral y familiar.

Ríos, y Godoy (2008) comprueban que a mayor edad de los profesionales, las puntuaciones de satisfacción laboral global son inferiores, observando que a medida que se incrementa la edad y su antigüedad en el servicio, desciende su satisfacción con aspectos laborales concretos como el reconocimiento profesional, la promoción profesional y la relación con los compañeros de trabajo.

El Plan de Formación continuada no es estimado como muy adecuado. De los cinco hospitales del estudio el hospital Materno-Infantil es el que lo considera más útil y el Perpetuo Socorro el que menos.

En el apartado de comentarios y sugerencias puntualizan que el Plan de Formación continuada debería ser de calidad, dirigida a objetivos de las Unidades y respetando el turno laboral, debiendo realizarse durante la jornada de trabajo y concreto para la Unidad.

Las enfermeras que participaron en el grupo de discusión coinciden con los suscritos en los comentarios y sugerencias de la encuesta y añaden que la formación individual depende de las inquietudes y ganas de afianzar conocimientos de cada persona.

El estudio realizado por Molina, et al. (2009), sobre satisfacción laboral del personal de Enfermería del hospital Virgen de las Nieves de Granada, coinciden con este estudio, ya que perciben como escasas las ofertas de desarrollo y formación profesional dentro del ámbito laboral del personal de Enfermería.

Moya (2011) explica que, para las enfermeras del hospital de Valdecilla (Santander) referente a la formación continuada y la investigación, diez personas consideraron como un aspecto negativo la necesidad de formación continuada y también diez lo encontraron

positivo. Esto lo relaciona con que la alta realización de cursos de formación está influenciada por contar positivamente en las bolsas de empleo y en la carrera profesional.

Iriarte (2012), en sus conclusiones, reflexiona sobre la percepción negativa que muestran los profesionales de Enfermería del Complejo Hospitalario de Navarra en el ámbito de la formación. Muchos de ellos no se encuentran satisfechos con las oportunidades de desarrollo profesional.

En Australia el estudio realizado por Altken et al. (2011), tenía por objeto evaluar si la implantación de sesiones clínicas de Enfermería tenía influencia en los cambios producidos en el entorno laboral, y se observó que la implantación de dichas sesiones aumentaba la percepción de la autonomía y el estatus profesional, aumentando consecuentemente la satisfacción laboral.

En la encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo, realizada por el Ministerio de Trabajo e Inmigración, en el apartado de "*Nivel medio de satisfacción de los ocupados con la actividad que desarrolla, con el desarrollo personal, con la autonomía/independencia, con el nivel de motivación y con la formación dentro de su empresa u organización*", se formulan cinco preguntas y en el año 2008, la respuesta a la pregunta "*Formación proporcionada por su empresa u organización*" le correspondió la media más baja (5,2), las mujeres menos satisfechas que los varones (5 frente a 5,3) y el grupo de edad menos satisfecho con 5 pertenece al del rango de edad de 55 y más años.

En el año 2010, para este mismo apartado y misma pregunta, coincide también con la media más baja (6), las mujeres menos satisfechas que los varones (5,9 frente a 6,1) y el grupo de edad menos satisfecho con 5,8 pertenece al intervalo de 16 a 24 años.

4.2. En relación con las hipótesis formuladas

1. A mayor tiempo trabajado en el puesto actual, menor estrés.

La hipótesis de trabajo es rechazada, ya que se confirma que cuanto mayor es el tiempo trabajado en un mismo lugar, mayor es el estrés que presenta la muestra encuestada.

El estrés que puede presentar el personal de Enfermería no se debe a una causa aislada, suele ser el resultado de factores estresantes asociados al desempeño de su profesión.

En el trabajo de Frade, Vinagre, Zaragoza, Viñas, Antúnez, Álvarez y Malpartida (2009), "Síndrome del burnout en distintas Unidades de Cuidados Intensivos", realizado al personal sanitario (DUE, Auxiliares de Enfermería, Médicos y Residentes)

de las UCIs del hospital 12 de octubre de Madrid, no se encuentra asociación entre el perfil de burnout, sus tres dimensiones por separado y las variables sociodemográficas-laborales estudiadas, salvo en el nivel de *Cansancio Emocional* elevado con un mayor tiempo de experiencia laboral y trabajado en UCI. Refieren que diferentes autores han indicado que tras 10 años de ejercicio profesional puede existir un período de sensibilización a partir del cual la persona sería especialmente vulnerable. A partir de esta etapa el profesional se plantea si ha alcanzado sus expectativas, viendo que las recompensas profesionales, personales y económicas no son ni las prometidas ni las esperadas. (p.135)

La investigación realizada por Díaz et al. (2010), al analizar las dimensiones del *desgaste laboral*, expresan que "la antigüedad en el trabajo no tiene efecto sobre la probabilidad de que una persona presente cansancio emocional"(p.33).

2. Las Unidades en las que la organización y el puesto de trabajo están bien definidos muestran mayor satisfacción entre el personal de Enfermería.

Se acepta la hipótesis de trabajo planteada. Un mayor nivel de organización en el puesto de trabajo, se corresponde con un mayor nivel de satisfacción de la muestra encuestada.

La falta de orden en el trabajo puede dar lugar a un mal ambiente laboral. Es importante crear un clima de trabajo cordial donde exista comunicación y empatía, no solo con los compañeros, sino también con los mandos intermedios (supervisores), que son en la mayoría de los casos, los encargados de transmitir los problemas de los trabajadores a las Direcciones de Enfermería y gestores de los hospitales.

Los resultados obtenidos por Lapeña, Cibanal, Pedraz, y Macia, (2014) coinciden con esta hipótesis, pues la mayoría de los informantes señalan que la mala organización y gestión de las unidades se traduce en unas malas relaciones de las mismas. Indican, que cuando se desarrolla el trabajo con cierto orden establecido se producen relaciones interpersonales relajadas y duraderas. Especifican que la motivación, la formación y la información son, junto a las necesidades de disponer de plantillas acordes a las demandas, cuestiones imprescindibles para conseguir el desarrollo de unas correctas relaciones laborales.

El estudio transversal realizado por Camacho (2012), utilizando una encuesta a pacientes y enfermeras, determina que, independientemente de la estructura organizativa, financiación y recursos del sistema sanitario, todos los países afrontan problemas de calidad asistencial, seguridad clínica, insatisfacción laboral y *burnout*. Sin embargo, los hospitales con un buen clima organizacional y unos niveles óptimos

de dotación de enfermeras, obtienen como resultado una mayor satisfacción de pacientes y profesionales, y evidencia una mejor calidad, y seguridad asistencial. Defiende que la mejora de los entornos laborales podría ser una estrategia organizativa asequible para optimizar los resultados en salud de los pacientes y ofrecer una mayor estabilidad y nivel de satisfacción a las enfermeras.

Dunn et al. (2005), en su investigación demuestran que las relaciones de las enfermeras con el resto de los miembros del equipo de Enfermería, son el factor más importante valorado por las mismas en relación a la satisfacción laboral. Es por ello que las relaciones interpersonales, la interacción social y la comunicación de las enfermeras con sus colegas son consideradas como condiciones indispensables para estar a gusto en el trabajo.

3. La participación y toma de decisiones de las enfermeras con el responsable de las Unidades es mayor cuanto menor es el número de camas que tiene un hospital.

Se rechaza la hipótesis de trabajo, pues el número de camas no guarda relación alguna con el grado de participación de las enfermeras con el responsable de la Unidad.

El grado de participación del personal de Enfermería en la toma de decisiones de forma conjunta con el responsable de la unidad, está más relacionado con la capacidad que tenga este último de establecer una relación de confianza con su personal y "crear equipo" que con el número de camas que tenga la unidad.

Entre las cualidades de un supervisor se encuentran las habilidades técnicas, la capacidad de tomar decisiones, las habilidades en las relaciones humanas, la empatía y el optimismo, que son independientes al número de trabajadores que tenga a su cargo.

Más, R., Escriba, V. y Cárdenas, M (1999) realizaron un estudio cualitativo (con grupos de discusión), con el fin de determinar los estresores laborales percibidos por el personal de Enfermería que trabaja en el ámbito hospitalario de centros generales públicos de la ciudad de Valencia. Las preguntas relacionadas con el personal sanitario, y referido a las del supervisor/a "las opiniones son dispares según las experiencias previas que se hayan tenido. Hay quien piensa que se trata de un cargo de confianza de la Dirección, sin libertad de actuación y, por lo tanto, sin capacidad para establecer modificaciones en la organización del servicio. En otros casos, el supervisor/a sí que ha sido una fuente de apoyo y estímulo para los miembros del equipo" (p. 164).

Ramis, M.C., Manassero, M.A., Ferrer, V.A. y García, E (2007), se plantearon las variables que intervienen en la motivación, en la percepción de la autoeficacia y en la

satisfacción laboral de los trabajadores con diferentes puestos de trabajo y que realizan su trabajo en equipo, prestando especial atención a la influencia del mando, a partir de sus habilidades comunicativas.

La muestra estaba formada por 296 trabajadores del sector servicios en nueve grupos ocupacionales, en los que no se encuentra el personal sanitario pero que, a la vista de los resultados obtenidos, estos pueden extrapolarse a la profesión de Enfermería. Utilizaron como instrumento de trabajo el cuestionario "Job Diagnostic Survey" (de Hackman y Oldham, 1974).

Entre sus conclusiones mencionan que, en puestos de trabajo de similares características, los trabajadores reconocen la habilidad comunicativa de su jefe, tienen una percepción más positiva del trabajo que realizan, están más motivados y se sienten más eficaces e implicados en su trabajo (p.175).

4. Los profesionales de Enfermería que prestan cuidados en Unidades Quirúrgicas manifiestan mayor índice de estrés.

Se rechaza la hipótesis de trabajo planteada. La Unidad Quirúrgica no presenta un nivel de estrés significativamente superior al resto de Unidades.

En hospitales con altos ratios paciente/enfermera, los pacientes quirúrgicos presentan tasas más altas de mortalidad y mayores tasas de mortalidad por complicaciones; también las enfermeras eran más propensas a sufrir *burnout* e insatisfacción laboral. Fuentelsaz (2012).

En el área quirúrgica del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander) la satisfacción con el trabajo ha sido moderada-baja, y entre los factores que producen insatisfacción se encuentran "tensión relacionada con el trabajo" y "presión del trabajo". Moya (2011).

5. La comunicación y coordinación con otras Unidades del hospital es mejor cuanto menor es el número de camas que tiene este.

Se acepta la hipótesis de trabajo; estadísticamente se comprueba que la coordinación es mayor cuanto menor es el número de camas en el hospital.

Gran parte de los problemas de insatisfacción y bajo rendimiento están relacionados con la mala comunicación. La comunicación asertiva es un elemento esencial para que el personal se sienta satisfecho y en armonía con todo el equipo. La comunicación interna no es solo importante sino vital para el logro de los objetivos.

En un hospital, la comunicación interna es de gran importancia pues ayuda a difundir entre el personal información que les puede ayudar en su actividad diaria, influye

positivamente en el correcto funcionamiento del hospital: correcta gestión de conocimientos, fomenta la comunicación interpersonal e interdepartamental y repercute de modo positivo en la satisfacción del paciente.

El estudio realizado por March et al. (2009), con el objetivo de conocer la percepción de los directivos de los hospitales sobre el desarrollo de la comunicación interna en sus centros, aporta datos como el que el 43'6% de los hospitales de 500 camas o menos se muestran bastantes más satisfechos con la comunicación interna, mientras que en los hospitales de más de 500 camas este porcentaje desciende al 26'3%. En sus conclusiones justifica que en los hospitales pequeños es más fácil el contacto directo entre la dirección y los profesionales. Observa también diferencias significativas en el uso de los tableros de anuncio en los hospitales de tamaño menor y del correo electrónico a favor de los mayores. Los compañeros son la principal fuente de información en una media significativamente superior a los hospitales más pequeños.

6. A medida que aumenta la edad del personal aumentan las dificultades para adaptarse a los recursos informáticos del hospital.

Se rechaza la hipótesis planteada, pues no se observa ningún tipo de relación entre las dos variables estudiadas.

En los hospitales nos encontramos personal de Enfermería que manejan con soltura los programas informáticos, accediendo a la información científica por diferentes vías y otros profesionales que incluso tienen dificultad para utilizar el correo electrónico.

Por parte de los profesionales, se necesita una actitud favorable que permita la integración de la informática como una herramienta de trabajo en la práctica clínica e investigación.

Esta hipótesis no coincide con el trabajo de Martínez y López (2011), el cual está basado en una encuesta de opinión de las enfermeras de los centros públicos y privados de la Región de Murcia y, referido al "nivel del manejo de las nuevas tecnologías", el 38,8% de los encuestados tienen un nivel básico, el 49% un nivel medio y solo un 12,2% un nivel alto. Relacionaron el nivel del manejo con la edad, los de mayor edad presentan un nivel básico y los de menor edad un nivel medio. En las conclusiones relatan que las nuevas generaciones muestran más interés por el uso y manejo de las nuevas tecnologías.

7. Las enfermeras con contrato eventual laboral tienen una percepción más negativa de la formación recibida para desempeñar correctamente su trabajo que las estatutarias fijas.

Se rechaza la hipótesis, ya que a nivel estadístico no existen diferencias significativas entre medias de las series de datos contrastadas.

Los trabajadores con un contrato eventual (por regla general) han recibido la formación académica más recientemente que aquellos que tienen un contrato fijo, por lo que no deben presentar carencias formativas, sino falta de bagaje y experiencia, que con los años se va adquiriendo. Mientras que los estatutarios fijos, en ocasiones, no han tenido acceso a la formación continuada, pero sí tienen la práctica de los años trabajado.

Lepiani, I.L., Dueñas, M., Medialdea, M.J. y Bocchino (2013), profesoras de la Escuela de Enfermería de Salud Infirmorum, adscrita a la Universidad de Cádiz, realizaron un estudio multimétodo con el fin de explorar la satisfacción de estudiantes de Enfermería con el proceso formativo adaptado al Espacio Europeo de Educación Superior. En los resultados, referido a los aspectos educativos los alumnos aseguran que la formación recibida es la adecuada y se perciben bien preparados desde el punto de vista de los conocimientos y las habilidades. Los talleres y seminarios recibidos asumen por ello, son relevantes por la adquisición de competencias prácticas específicas y transversales (p.26).

8. El grupo de edad entre 25 y 35 años encuentra que en su actividad diaria existen más aspectos susceptibles de mejora que otros grupos de edad.

El grado de mejora que perciben los encuestados es similar independientemente de la edad, con lo que se rechaza la hipótesis de trabajo planteada.

Para la Sociedad Española de Calidad Asistencial (2012) las actividades de gestión de la calidad, su medición y mejora deben considerarse como una de las líneas estratégicas más importantes a desarrollar en los centros sanitarios. El objetivo general es proponer un conjunto de indicadores para monitorizar e impulsar la mejora continua de la calidad en los hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud (SNS). La selección de indicadores se centró, sobre todo, en las dimensiones de efectividad y seguridad. Entendiendo la efectividad como la medida en que la atención sanitaria mejora el estado de salud de la población que la recibe y, la seguridad, como la ausencia de daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria.

9. Existe diferencias en cuanto a la satisfacción dependiendo del hospital.

A nivel metodológico, rechazamos la hipótesis planteada, puesto que el nivel de satisfacción es similar en todos los hospitales en los que se ha llevado a cabo el estudio.

Al medir la satisfacción laboral, también se está comprobando la calidad de la organización y de sus servicios internos.

4.3. A modo de conclusión general

Es necesario prevenir la aparición de la insatisfacción en el personal de Enfermería, pues realizar el trabajo con falta de interés puede repercutir directamente en el cuidado de los pacientes y en la propia salud de las enfermeras.

Un aspecto relevante a considerar es la mejora de las condiciones ambientales de las Unidades. El cuidado de estos matices facilita una prestación de servicios adecuada por parte de las enfermeras y garantiza la seguridad de los pacientes.

Entre las estrategias de cambio sería importante que los cursos ofertados por los responsables de la formación continuada, se adecuaran a las necesidades de las enfermeras, tanto en cantidad como en contenidos, buscando el máximo nivel de pertinencia, eficacia y eficiencia.

Realizar estudios de satisfacción laboral periódicamente, con el fin de conocer cuáles son las necesidades que tiene el personal de Enfermería y encontrar técnicas y soluciones para su mejora.

A partir de los datos expuestos se puede confirmar que el grado de satisfacción laboral que presenta el grupo de enfermeras incluidas en el estudio es medio alto en relación con la escala utilizada en esta investigación.

4.4. Sobre futuras líneas de investigación

1.-Futuras líneas de investigación podrían ir encaminadas a realizar estudios comparativos sobre satisfacción laboral de las enfermeras:

- Con las enfermeras de hospitales públicos y privados de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Con profesionales de Enfermería que trabajan en Atención Primaria y Especializada del Área de Salud de Badajoz y Cáceres.

2.-Estudiar la variable turnicidad como determinante importante del grado de satisfacción.

Bibliografía

5.-Bibliografía.

- Alarcón, J., Vaz, F. y Guisado, J. A. (2002). Análisis del síndrome de burnout: psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social (I). *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 28(6), 358-381.
- Alarcón, J., Vaz, F. y Guisado, J.A. (2002). Análisis del síndrome de burnout: psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social (II). *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 29(1), 8-17.
- Alarcón, M.J., Reyes, L. y Valdivia, N. (14 de noviembre 2014). Hospital magnético. Recuperado de https://prezi.com/_igvx5grrdj4/hospital-magnetico/
- Altken, LM., Burmeister, E., Clayton, S., Dalais, C. y Gardner, G. (2011). The Impact of nursing round on the practice environment and nurses satisfaction on intensive care: Pre-test post-test comparative study. *Int J Nurs Stud*, 48, 918-25.
- Anguera, M.T. (1995) Posibilidades de la metodología cualitativa vs. cuantitativa. *Revista de Investigación Educativa*, 3 (6), 127-144.
- Antonovsky, A. (1988). *Unraveling the Mystery of Health*. London: Jossey-Bass Publishers.
- Arnau, J. (1995). Metodología de la investigación psicológica. En M. T. Anguera, M.T. et al. *Métodos de investigación en Psicología* (p.23-43). Madrid: Síntesis.
- Arrogante, O. (26 de noviembre 2014). *Estudio del bienestar en personal sanitario: Relaciones con resiliencia, apoyo social, estrés laboral y afrontamiento*. (Tesis doctoral). UNED, España. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/view/tesisuned:Psicologia-Oarrogante> tesisuned: [Psicologia-Oarrogante](#)
- Barbash, J. (1974). "Enquête sur les attitudes concernant la satisfaction au travail", *Document. OCDE*, MS/IR/7431.
- Bisquera, R. (coord.) (2004). *Metodología de la investigación educativa*. Madrid: La Muralla.
- Bonavida, O., Canal, G. y Pisans, M.A. (1996). Motivación y absentismo. Su relación en enfermería. En Máster Administració I Gestió en Enfermeria. *La investigación en Administración y Gestión en Enfermería* (p. 150-156). Barcelona: Fundación La Caixa.
- Bravo, M.J., Peiró, J.M. y Zurriaga, R. (1991). El cuestionario modular de satisfacción laboral de profesionales de la salud (BOP). *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicosomática*, 12(6), 51-62.

- Caballero E, Becerra R, Hullin C. (2010). *Proceso de enfermería e informática para la gestión del cuidado*. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo.
- Camacho, R. (2012). Seguridad clínica, niveles de satisfacción y calidad de los cuidados hospitalarios. *Enfermería Clínica*, 22(3), 170-72.
- Canales, M. (2001). *Investigación cualitativa reflexividad social*. Ponencia presentada en V encuentro Nacional de investigaciones Medellín. Colombia.
- Clinic Barcelona Hospital Universitari*. (4 de junio 2012). *Web institucional*. Recuperado de <http://blog.hospitalclinic.org/es/2012/06/hospital-magnetic-una-nova-visio-de-la-gestio-dinfermeria-i-la-cura-del-pacient>.
- Consejería de Salud y Política Sociosanitaria. Servicio Extremeño de Salud (8 de mayo 2015). Guía de prevención del burnout en equipos de soporte de cuidados paliativos. Recuperado de <http://www.orcpex.es/images/stories/libreta/guia-actuacion.pdf>
- Consejo Internacional de Enfermería. (diciembre 2011). *eHealth bulletin*, 1,. Recuperado de <http://www.icn.ch/es/news/ehealth-bulletin/>
- Crespo, A. y Cosme, M.A. (2012). Satisfacción laboral de los profesionales enfermeros de Talavera de la Reina. *Metas*, 15(10), 63-68.
- Cubo, S. Martín, B., Ramos, J.L. (2011) *Métodos de Investigación y Análisis de Datos en Ciencias Sociales y de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Cuestionario de Satisfacción Laboral del Personal de Administración y Servicios. Curso 2004-2005. Universidad de Salamanca. Recuperado de http://qualitas.usal.es/docs/PAS_2005_cuestionario.pdf.
- Decreto de 17 de noviembre 1960, nº 2319/60, (Ministerio de la Gobernación B.O. de 17 de diciembre de 1960) Competencia Profesional.
- Decreto de 27 de junio de 1952 (R: 1064), mediante el que se refunden los planes de estudios de Practicantes, Enfermeras y Matronas y por el que se crea la Comisión Central: vinculación, dirección y funcionamiento de las Escuelas de estudios de Enfermería.
- Del Rio O., Perezagua, M.C., Villanta, M.T. y Sánchez, A. (15 de septiembre 2005). *Satisfacción personal de enfermería. ¿Se cumplen nuestras expectativas?* 4to. Congreso Virtual de Cardiología. Recuperado de <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/tl014/tl014.pdf>.

- Díaz, A.J. (1 de junio 2009). *Influencia de la informática en los cuidados*. VI Congreso nacional de enfermería de Atención Primaria. Recuperado de <http://www.faecap.com/VICongresoFAECAPSEAPA/PONENCIAS/MESA%204%20ANTONIO%20J.%20DIAZ%20HOLGADO.pdf> 7.
- Díaz, M.S., Stimolo, M.I. y Caro, N.P. (2010). Satisfacción Laboral y Síndrome de Desgaste Laboral en Enfermeros de hospitales Públicos Córdoba-Argentina. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 56(21B), 22-38.
- Donahue, M.P. (1988). *Historia de la enfermería*. Madrid: Elsevier. Doyma.
- Dunn, S., Wilson, B. y Esterman, A. (2005). Perceptions of working as a nurse in an acute setting. *Journal of Nursing Management*, 13, 22-31.
- El Ministerio de Trabajo e Inmigración (2008). Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo. <http://www.empleo.gob.es/estadisticas/ecvt/Ecvt2008/index.htm>
- El Ministerio de Trabajo e Inmigración (2010). Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo. <http://www.empleo.gob.es/estadisticas/ecvt/Ecvt2010/ANE/ECVT2010i.pdf>
- Fernández, B. y Paravic, T. (2003). Nivel de satisfacción laboral en enfermeras de hospitales públicos y privados de la provincia de Concepción, Chile. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 57-66.
- Fernández, M.I., Villagrasa, J.R., Gamó, M. F., Vázquez, J., Cruz, E., Aguirre, M.V. y Andradás, V. (1995). Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 6, 487-497.
- Fox, D (1981). *El proceso de investigación en educación*. Pamplona, España: Eunsa.
- Frade, M.J., Vinagre, R., Zaragoza, I., Viñas, S., Antúnez, E., Álvarez, S. y Mal partida, P. (2009). Síndrome del burnout en distintas Unidades de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 20(4), 131-140.
- Freudenberg, H. (1974). Staffburnout. *The Journal of social Issues*, 30 (1), 159-166.
- Fuente saz, C., Moreno, T., Gómez, T. y González, E. (2013). Entorno Laboral, satisfacción y burnout de las enfermeras de unidades de cuidados críticos y unidades de hospitalización. Proyecto RN4CAST-España. *Enfermería Intensiva*, 3, 104-112.
- Fuentelsaz, C., Moreno, T., López, D., Gómez, T., y González, E. (2012). Percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Proyecto RNCast-España. *Enfermería Clínica*, 22(5), 261-268.

- Gaj, A. (2000). *Overtime working and job satisfaction*. En XV Convegno Nazionale di Economia del Lavoro. Ancona, Italia.
- Gamero, C. (28 de septiembre 2003). *Análisis Económico de la Satisfacción Laboral*. (Tesis doctoral). Universidad de Málaga. España. Recuperado de <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/cgb/>
- García, C. y Martínez, M. L. (2001). *Historia de la enfermería. Evolución histórica del Cuidado Enfermero*. Madrid: Elsevier.
- García, A., Moro, M.N. y Medina, M. (2010) Evaluación y dimensiones que definen el clima y la satisfacción laboral en el personal de enfermería. *Revista de Calidad Asistencial*, 25(4), 207-214.
- Garmendia, J.A. y Parra, F. (1993). *Sociología industrial y de recursos humanos*. Madrid: Taurus.
- Gómez, M.C., Álamo, M.C., Amador, M., Ceacero, F., Mayor, A., Muñoz, A. y Izquierdo, 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, 55-62.
- Granero, A y Planas, N. (1998). Satisfacción laboral de la Enfermería de UCI: estudio multicéntrico en la provincia de Barcelona. En Máster Administració I Gestió en Enfermería. *La investigación en Administración y Gestión en Enfermería* volumen II (p. 148-156). Barcelona: Fundación La Caixa.
- Gurkova, E., Cáp, J., Ziakova, K. y Duriskova, M. (2012). Satisfacción laboral y bienestar emocional subjetivo entre enfermeras eslovacas. *International nursing review en español: revista oficial del Consejo Internacional de Enfermeras*, 59(1), 103-111.
- Hakim, C. (1991). Grateful salves and self-made women: fact and fantasy in women's work orientations. *European Sociological Review*, 7 (3), 101-21.
- Hasselhorn, H.M., Tackenberg, P. y Müller, B. (2003). *Working Conditions and Intent to Leave the Profession among Nursing Staff in Europe*. Working Life Research Report 7. National Institute for Working Life, Stockholm.
- Hernández, A., Wigodski, J. y Caballero, E. (1 de febrero 2012) Informática en enfermería: un desafío a la información actual. *Medwave*, Año XII (2). Recuperado de <http://www.medwave.cl/medios/medwave/febrero2012/PDF>
- Hernández, J. (1995). *Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill.

- Herzberg, F., Mausner, B., y Snyderman, B. (1959). *The Motivation to Work*. Wiley: New York, United States. Wiley Ed.
- Hodson, R. (1991.). Workplace behaviours: good soldiers, smooth operatos and saboteurs. *Work and Occupations*, 18(3), 271-90
- Holmes, T.H. y Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-18.
- Holmes, T.H. y Rahe, R.H. (1967). he social readjustment rating scale. *Journal os Psychosomatic Research*, 11.213-18.
- Hoppock, R. (1935). *Job satisfaction*. Nueva York United States: Harper Ed.
- Hospitales TOP 20-2013. Clasificación de hospitales. Actualización del algoritmo. Recuperado de http://www.iasist.com/files/TOP_20_Clasificaci%C3%B3n_de_hospitales.pdf
- Huber, D. (1996). *Liderazgo y Administración en Enfermería*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Iriarte, L. (2012). *Factores que influyen en la Satisfacción Laboral de Enfermería en el Complejo Hospitalario de Navarra*. (Trabajo Fin de Master). Universidad de Navarra. Recuperado de <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/6156/TFM.pdf?sequence=1>
- Koontz, H. y Weihrich, H. (2004). *Administración 1 una persona global* (12ª ed.). Mexico: McGraw-Hill.
- Krueger, R.A. (1991): *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide.
- Lapeña, Y., Cibanal, J., Pedraz, A. y Macía, ML. (julio-septiembre2014). Las relaciones interpersonales entre los enfermeros de hospitales y el uso de las habilidades de comunicación. *Enfermagen*, 23(3) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014002010013>
- Lawler, E. (1971) *Pay and organizational effectiveness: a psychological view*. New-York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Lepiani, I.L., Dueñas, M., Medialdea, M.J. y Bocchino (2013). Satisfacción de estudiantes de enfermería con el proceso formativo adaptado al Espacio Europeo de Educación Superior. *Enfermería Docente*, 101, 22-28.
- Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa. (BOE nº 187 de 6 de agosto de 1970).

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (BOE nº 102, de 29 de abril de 1986).
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. (BOE nº 128, de 29 de mayo de 2003).
- Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales. (BOE nº 40, de 15 de febrero de 1974).
- Ley 31/1995, de 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales. (BOE nº 269, de 10 de noviembre de 1995).
- Ley 37/1962, de 23 de julio, sobre Hospitales. (BOE nº. 175, de 23 de julio de 1962).
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones Sanitarias. (BOE nº 280, de 22 de noviembre de 2003).
- Ley 7/1997, de 14 de abril, de medidas liberalizadoras en materia de suelo y de colegios profesionales. (BOE nº 90, de 15 de abril de 1997).
- Ley de 29 de julio de 1943, sobre ordenación de la Universidad española. (BOE nº. 212, de 31 de julio de 1943)
- Ley de Bases de 9 de septiembre de 1857, por la que se aprueba la Instrucción Pública. (Ley Moyano 1857).
- Ley Orgánica 11/1983 de 25 de agosto, de Reforma Universitaria. (BOE nº. 209, de 1 de septiembre de 1983).
- Lloret, S., González–Romá, V., Luna, R. y Peiró, J.M. (1993). El cuestionario CSLPS-EAP/33. Un estudio acerca de su validez. *Psicología*, 14, 21-31.
- Locke, E. (1969) "What is job satisfaction?", *Organizational Behavior and Human Performance*, 4,. 309-336.
- Loke, E.A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. En J.M. Peiró y F. Prieto (1996). *Tratado de Psicología del trabajo. La actividad laboral en su contexto*. Madrid: Síntesis Psicología.
- López, F., Bernal, L. y Cánovas, A. (2001). Satisfacción laboral de los profesionales en un hospital comarcal de Murcia. *Revista de Calidad Asistencial*, 16(4), 243-246.
- López, S. (2004) Hospital magnético, hospital excelente. *Index Enfermería*, 13, 44-45 Granada.

- Malagón, MC., Fuentes, C., Suñer, R., Bonmatí, A., Fernández, R. y Bosch, C. (2012). El sentido de coherencia en el colectivo enfermero. *Enfermería Clínica*, 22(4), 214-218.
- March, J.C., Prieto, M.A., Danet, A., Pérez, O. y Martínez, F. (2009). Los directivos hospitalarios y la comunicación interna: una asignatura pendiente. *Revista Administración Sanitaria*, 7(1), 165-82.
- Marriner, A. (1996). *Administración y Liderazgo en Enfermería* (5ª ed.). Madrid. Mosby-Doyma.
- Marriner, A. (2001). *Guía de Gestión y Dirección de Enfermería* (6ª ed.). Madrid: Elsevier España.
- Martínez, ED. y López, MJ. (2011). El conocimiento y aplicabilidad de las nuevas tecnologías en el profesional de Enfermería. *RECIEN, Revista Electrónica Científica de Enfermería*, 2, 1-21.
- Martínez, F. y Pérez, M. (2005). *Historia de la Enfermería en Badajoz*. Badajoz, España: Editora Regional de Extremadura.
- Mas, R. y Escribá, V. (1998). La versión castellana de la escala "The Nursing Stress Scale". Proceso de adaptación transcultural. *Revista Española de Salud Pública*, 72(6), 529-538.
- Mas, R., Escribá, V. y Cardenas, M. (1999). Estresores laborales percibidos por el personal de enfermería hospitalaria: Un estudio cualitativo. *Archivo Prevención Riesgos Laborales* 2(4),159-167
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Maslow, A.H. (1991). *Motivación y Personalidad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Meliá, J.L., Peiró, J.M. y Calatayud, C. (1986). *El cuestionario general de satisfacción en organizaciones laborales. Estudios factoriales, fiabilidad y validez (presentación del cuestionario S4/82)*. *Millars*, XI, 43-77.
- Miguel, J.J. y Casado, M.I. (2011). *Estrés y afrontamiento*. En A. Puente (Coord.), *Psicología contemporánea básica y aplicada* (p. 513-533). Madrid: Pirámide.

- Ministerio de Sanidad y Consumo INSALUD (8 de enero 2000). *Plan de telemedicina del INSALUD*. Madrid. Recuperado de <http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/pdf/telemedicina.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (31 de diciembre 2012). *Catálogo Nacional de Hospitales 2013*. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/CNH2013.pdf>
- Molina, J.M., Avalos, F., Valderrama, L.J. y Uribe, A.F. (2009). Factores relacionados con la satisfacción laboral de enfermería en un hospital médico-quirúrgico. *Investigación y Educación en Enfermería*, 27(2), 218-215.
- Mompart, M.P. (1997). *Administración de servicios de enfermería*. Barcelona: Masson-Salvat.
- Moya, S. (mayo 2011) *Motivación y satisfacción de los profesionales de enfermería: Investigación aplicada en un área quirúrgica*. (Trabajo fin de Grado). Universidad de Cantabria, España. Recuperado de <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/477/Moya+Mier+S.pdf?sequence=1>
- Oliveira, J P. (octubre 2013). *Satisfação Profissional dos Enfermeiros de um Hospital da Região Centro*. (Trabajo final Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Instituto Superior Politecnico. Escola Superior de Saude de Viseu, Portugal. Recuperado de <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2059/1/VALENTE,%20Jo%C3%A3o%20Pedro%20Oliveira%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>
- Orden 13 de diciembre de 1978, por la que se establece la habilitación de títulos para impartir docencia en Facultades de Bellas Artes y Escuelas Universitarias de Enfermería, Óptica y Estadística.
- Orden de 15 de julio de 1980, por la que se establece un curso de nivelación de conocimientos a efectos de la convalidación académica del Título de Ayudante Técnico Sanitario por el de Diplomado en Enfermería. (BOE nº 176, de de 23 de julio de 1980).
- Orden de 21 de Mayo de 1941 del Ministerio de Educación Nacional sobre condiciones y estudios necesarios para la obtención del título de Enfermera. (B.O.E. nº 148)
- Orden de 26 de noviembre de 1945, por la que se establece los Estatutos de las Profesiones Auxiliares Sanitarias (BOE 5 de diciembre).

- Orden del 28 de febrero de 1985 por la que se establecen los órganos de dirección de los hospitales y la dotación de su personal, regulando la provisión de los cargos y puesto correspondiente. (BOE nº 55, de 5 de marzo de 1985).
- Ortega M y Torres M.P. (1999). Estudio de la satisfacción laboral en un servicio de recuperación quirúrgica. *Revista Metas de Enfermería*, 13, 19-27.
- Osakidetza / Servicio Vasco de Salud (2001). Manual de evaluación y mejora de la satisfacción de las personas en las organizaciones de servicios. (1ª ed.). Vitoria.
- Pades, A. y Homar, C. (2006). Estrés laboral, y burnout en Enfermería. *Metas de Enfermería*, 9 (3),67-72.
- Peiró, J.M. y Prieto, F. (1996). *Tratado de psicología del trabajo. Volumen I: La actividad laboral en su contexto*. Madrid: Síntesis.
- Peiró, J.M., González, V., Zurriaga, R., Ramos, J., y Bravo, M.J. (1990). “El cuestionario de satisfacción laboral de profesionales de la salud en Equipos de Atención Primaria (CSLPS-EAP)”. *Revista de Psicología de la Salud*, 1, 135-174.
- Pérez, T. y Díaz, C. (2007). Satisfacción laboral en enfermeros/as de Atención Primaria del Servicio Gallego de Salud. *Revista Metas de Enfermería*, 10, 6-10.
- Quarstein, V.A., McAfee, R.B. y Glassman, M. (1992). The situational occurrences theory of job satisfaction. *Human Relations*, 42, 859-873.
- Ramis, M.C., Manassero, M.A., Ferrer, V.A. y García, E (2007), ¡No es fácil ser un buen jefe/a! Influencia de las habilidades comunicativas de la dirección sobre la motivación, la autoeficacia y la satisfacción de sus equipos de trabajo. *Revista de Psicología del Trabajo y de las organizaciones*, 23(2), 161-181.
- Real Academia Española. (1992). *Diccionario de la Lengua Española* (21 ed.). Madrid: Espasa Calpe.
- Real Decreto 111/1980 de 11 de enero, sobre homologación del título de A.T.S. por el de Diplomado en Enfermería. (BOE nº 20, de 23 de enero 1980).
- Real Decreto 1231/2001 de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. (BOE nº 269, de 9 de noviembre de 2001).

- Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudante Técnico Sanitario como Escuelas Universitarias de Enfermería. (BOE nº 200, de 22 de agosto de 1977).
- Real Decreto 39/1997, de 17 de Enero, por el que se aprueba el Reglamento de los servicios de prevención. (BOE nº 27, de 31 de enero de 1997).
- Real Decreto 450/2005 de 22 de abril, sobre especialidades en Enfermería. (BOE nº 108, de 6 de mayo de 2005).
- Real Decreto de 28 de febrero de 1917, por el que se aprueba el programa oficial de las “Damas Enfermeras” de la Cruz Roja.
- Real Orden de 7 de mayo de 1915, por la que se establece el plan de estudios para la Instrucción de Enfermera.
Recuperado de <http://www.medwave.cl/medios/medwave/febrero2012/pdf>.
- Reig, A., Caruana, A. y Peralba, J.I. (1989). Estudio comparativo de estresores profesionales en personal de Enfermería español y norteamericano. *Revista Enfermería Científica*, 91, 4-13.
- Ribera, D., Cartagena, E., Reig, A., Romá, M.T., Sans, I. y Caruana, A. (1993). *Estrés laboral y salud en profesionales de enfermería. Estudio empírico en la provincia de Alicante*. Universidad de Alicante. Recuperado de <http://publicaciones.ua.es/FILES/PUBLI/PDF/LD84790808176814482.PDF>
- Rios, M.L. y Godoy, C. (2008). Satisfacción Laboral en un colectivo de enfermería de urgencias. *Revista científica de la sociedad española de urgencias y emergencias*, 0, 6. <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio/pagina6.html>
- RN4 Cast nurse forecasting in Europe. Informe global hospitales españoles. Instituto de Salud Carlos III. Recuperado de <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/>
- Robbins, S. (2004). *Comportamiento Organizacional*. (10ª ed.). Mexico: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Rubio, J.C. (2003). *Fuentes del estrés, síndrome de Burnout y actitudes disfuncionales en orientadores de institutos de enseñanza secundaria*. (Tesis doctoral) Universidad de Extremadura, Badajoz, España. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/tesis/institucion/819039?inicio=681>
- Ruzafa, M., Madrigal, M., Velandrino, A y López, L. (2008). Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 434-442.

- Salvadores, P., Sánchez, F.M. y Jiménez R. (2002). *Manual de Administración de los Servicios de Enfermería*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas.
- Sánchez, J.M. (2004). *Análisis de los efectos de la nocturnidad laboral permanente y de la rotación de turnos en el bienestar, la satisfacción familiar y el rendimiento perceptivo-visual de los trabajadores*. (Tesis doctoral). Universidad Islas Baleares. España. Recuperado de <http://www.tdx.cesca.es/TDX-0204105-085658/>.
- Sánchez, P. y Sierra, V.M. (2014). Síndrome de burnout en el personal de Enfermería en UVI. *Enfermería Global*, 13(33),252-266.
- Schawartz, M.S. y Will, G.T. (1953). Low morale and mutual withdrawal on a mental hospital ward. *Psychiatry*, 16, 337-353.
- Sellán, M.C. (2009). *La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la Enfermería Española contemporánea*. Madrid: FUNDEN.
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia, PA: J.B. Lippincott Co.
- Sociedad Española de Calidad Asistencial (marzo 2012). Indicadores de calidad para hospitales del Sistema Nacional de Salud. Recuperado de www.calidadasistencial.es/images/gestión/biblioteca
- Tausky, C. (1992). Work is desirable/loathsome: Marx versus Freud, *Work and Occupations*, 19(1), 3-17.
- Taylor, F. (1911). *Principles of scientific management*. Nueva York: Harper and Bros Publishers.
- Thurman, J. (1977). "La satisfaction: aperçu international". *Revue Internationale du Travail*, 116(3), 277.
- Tomás J, Fernández L. (2002). Estrés laboral en los profesionales de enfermería hospitalarios. *Metas*, 45, 6-12.
- Universidad Nacional de Educación a Distancia (1981). *Conceptos de enfermería*. Madrid: UNED.
- Vázquez, R. y Angulo, F. (s.f.) (2012). Los Grupos de Discusión. en AVERROES. *Red Telemática Educativa de Andalucía*. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/portalaverroes>

Virués, J., Martínez, P., Barrios, J.L. y Lozano, L.M. (2007.) Grupo español de estudios epidemiológicos sobre envejecimiento. Validación transcultural de la Escala de sentido de coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. *Medicina Clínica*, 128(13), 486-92.

Weinert, A.B. (1985). *Manual de la Psicología de la Organización. La Conducta Humana en las Organizaciones*. Barcelona: Herder.

Zabala, J. y Ruano, M. (1992). Satisfacción en el trabajo de Enfermería. *Revista Enfermería Científica*, 119, 13-17.

Anexos

6.-Anexos.

6.1. Anexo I.

Badajoz a 17 de diciembre de 2008

Estimado compañero:

Como te comento en la justificación del trabajo, voy a realizar un estudio para determinar el *Grado de Satisfacción Laboral de las Enfermeras Asistenciales de Badajoz y Cáceres*, para lo cual deben cumplimentar un cuestionario (Anexo I), previamente validado por diez expertos. Considerando que reúnes estos requisitos, es por lo que solicito tu colaboración y te ruego respondas y expresas las observaciones oportunas.

Muchas gracias anticipadas.

Fdo.: María del Mar Pablos González

Nota: Os rogaría me lo reenviaras antes del día 13 de Enero.

Justificación

El presente estudio tiene como objetivo determinar el grado de satisfacción laboral de las enfermeras asistenciales en la ciudad de Badajoz y Cáceres y comprobar si existen diferencias entre distintas instituciones hospitalarias.

Actualmente hay un interés creciente entre los administradores, empleados y gobierno por mejorar la calidad de vida en el trabajo. Existe un consenso en la necesidad de estudiar al trabajador en relación con su medio ambiente laboral. De ahí la necesidad de investigar los fenómenos que ocurren a diario dentro de la organización, y uno de ellos es la satisfacción laboral, dado que existen estudios que demuestran una relación directa con la calidad de vida del trabajador.

El trabajo de las enfermeras y el ambiente donde lo desarrollan parece no ser el más idóneo para derivar la satisfacción laboral. El cansancio, la escasez de personal traen como consecuencia fatiga y desmoralización entre estos profesionales. Por otro lado, los turnos dificultan la vida familiar, ya que estos no coinciden con las rutinas normales de trabajo y estudios del resto de las personas, por lo que la enfermera requiere muchos esfuerzos para compatibilizar sus actividades con las de su familia.

Cuestionario

Como instrumento para la recogida de datos elaboro un cuestionario (Anexo I) que reúna de forma razonablemente exhaustiva todos aquellos aspectos que se consideran importantes en el ámbito de trabajo de los hospitales. Utilizo como punto de partida *el Cuestionario de Satisfacción Laboral del Personal de Administración y Servicios de la Universidad de Salamanca Unidad de Evaluación de la Calidad(2004-2005)*.

El cuestionario lo forman tres Dimensiones la primera hace referencia a *Información de Carácter General*, la segunda *Percepción del Ámbito de Trabajo* y la tercera *Comentarios y Sugerencias*.

Dimensión 1.- Información de Carácter General

Está formado por siete bloques, (sexo, edad, condición laboral, hospital, tipo de unidad en la que trabaja tiempo de trabajo en el hospital, y tiempo trabajado en el puesto actual) contestando a cada uno de ellos con una X. en la respuesta adecuada a su situación.

Dimensión 2.- Percepción del Ámbito de Trabajo

Formado por siete bloques:

1. Puesto de trabajo (5 ítems).
2. Dirección de la unidad (5 ítems).
3. Ambiente de trabajo e interacción con los compañeros (5 ítems).
4. Comunicación y coordinación (6 ítems).
5. Condiciones ambientales, infraestructura y recursos (4 ítems).
6. Formación (5 ítems).
7. Implicaciones en la mejora (6 ítems).

Cada uno de los ítems tiene cinco posibles respuestas señalando con una X la que crea más conveniente.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	-------------	------------	-----------------------

Dimensión 3.- Comentarios y Sugerencias

Es una respuesta abierta, en la cual se pueden reflejar hasta tres sugerencias que a su juicio mejoraría su satisfacción en el puesto que desempeña.

Instrucciones

Marque con una X aquella respuesta que crea conveniente.

Las respuestas que tienen una escala de 0 a 10, se entiende por 0 como absoluto desacuerdo con la adecuación de la pregunta y el 10 como absoluto acuerdo.

Preguntas	Adecuada		Puntuación	Observaciones
	SI	NO	De 0 a 10	
1.- Información de Carácter General				
Sexo				
Edad				
¿Cuál es su condición laboral?				
Hospital				
Tiempo trabajado en el Hospital				
Tipo de Unidad en la que trabaja				
Tiempo trabajado en el puesto actual				
2.- Percepción del Ámbito de Trabajo.				
Puesto de Trabajo				
Dirección de la Unidad				
Ambiente de trabajo e interacción con los compañeros				
Comunicación y coordinación				
Condiciones ambientales, infraestructura y recursos				
Formación				
Implicación en la mejora				
3.- Comentarios y sugerencias				

Muchas gracias por su colaboración

INSTRUCCIONES

Marque con una X aquella respuesta que crea conveniente.

Las respuestas que tienen una escala de 0 a 10, se entiende por 0 como absoluto desacuerdo con la adecuación de la pregunta y el 10 como absoluto acuerdo.

1.- Información de Carácter General

Pregunta	Adecuada		Puntuación	Observaciones
	SI	NO	De 0 a 10	
1. Sexo				
2. Edad				
3. ¿Cuál es su condición laboral?				
4. Hospital				
5. Tiempo trabajado en el Hospital				
6. Tipo de Unidad en la que trabaja				
7. Tiempo trabajado en el puesto actual				

2.- Percepción del Ámbito de Trabajo.

2.1 Puesto de trabajo

Pregunta	Adecuada		Puntuación	Observaciones
	SI	NO	De 0 a 10	
1. El trabajo en mi unidad está bien organizado.				
2. Mis funciones y responsabilidades están definidas, por tanto se lo que se espera de mi.				
3. Las cargas de trabajo están bien repartidas.				
4. En mi puesto de trabajo puedo desarrollar mis habilidades.				
5. Recibo información de cómo desempeño mi puesto de trabajo.				

2.2 Dirección de la Unidad

Pregunta	Adecuada		Puntuación	Observaciones
	SI	NO	De 0 a 10	
6. El responsable demuestra un dominio técnico o conocimiento de sus funciones.				
7. El responsable soluciona los problemas de manera eficaz.				

8. El responsable de mi Unidad delega eficazmente funciones de responsabilidad.				
9. El responsable toma decisiones con la participación del personal de la Unidad.				
10. El responsable me mantiene informado sobre los asuntos que afectan a mi trabajo.				

2.3. Ambiente de Trabajo e Interacción con Los Compañeros

Pregunta	Adecuada		Puntuación	Observaciones
	SI	NO	De 0 a 10	
11. La relación con los compañeros de trabajo es buena.				
12. Es habitual la colaboración para sacar adelante las tareas.				
13. Me siento parte de un equipo de trabajo.				
14. Me resulta fácil expresar mis opiniones en mi lugar de trabajo.				
15. El ambiente de trabajo me produce stress.				

2.4. Comunicación y Coordinación

Pregunta	Adecuada		Puntuación	Observaciones
	SI	NO	De 0 a 10	
16. La comunicación interna dentro de la Unidad funciona correctamente.				
17. Me resulta fácil la comunicación con mi responsable.				
18. Recibo la información necesaria para desarrollar correctamente mi trabajo.				
19. Conozco los servicios que prestan otras Unidades del Hospital.				
20. Tenemos una adecuada coordinación con otras Unidades del Hospital.				
21. La comunicación entre el personal de la Unidad y los usuarios es buena.				

2.5. Condiciones Ambientales, Infraestructuras y Recursos

Pregunta	Adecuada		Puntuación	Observaciones
	SI	NO	De 0 a 10	
22. Las condiciones de trabajo de mi Unidad son seguras (no representan riesgos para la salud).				

23. Las condiciones ambientales de la Unidad (climatización, iluminación, decoración, ruidos, ventilación...) facilitan mi actividad diaria.				
24. Las instalaciones de la Unidad (superficie, dotación de mobiliario, equipos técnicos) facilitan mi trabajo y los servicios prestados a los usuarios.				
25. Las herramientas informáticas que utilizo están bien adaptadas a las necesidades de mi trabajo.				

2.6. Formación

Pregunta	Adecuada		Puntuación	Observaciones
	SI	NO	De 0 a 10	
26. Recibo la formación necesaria para desempeñar correctamente mi trabajo.				
27. El Plan de Formación de Enfermería es útil.				
28. Mis necesidades con respecto al Plan de Formación del Enfermería han sido atendidas.				
29. Cuando es necesario, el Hospital me facilita formación al margen del Plan de Plan de Formación del Enfermería.				
30. Cuando el Hospital implanta una nueva aplicación informática, nuevos procedimientos, etc. la formación que recibo es suficiente.				

2.7. Implicación en la Mejora

Pregunta	Adecuada		Puntuación	Observaciones
	SI	NO	De 0 a 10	
31. Entre los objetivos de mi Unidad, es prioritaria la mejora de la calidad de los servicios que prestamos.				
32. El responsable de mi Unidad pone en marcha iniciativas de mejora.				
33. Identifico en mi actividad diaria aspectos susceptibles de mejora.				
34. En mi Unidad se me consulta sobre las iniciativas para la mejora de la calidad.				
35. Me siento copartícipe de los éxitos y fracasos de mi Unidad.				
36. En los dos últimos años he percibido una tendencia a mejorar en mi Unidad.				

3.- Comentarios y sugerencias.

Pregunta	Adecuada		Puntuación	Observaciones
	SI	NO	De 0 a 10	
37. Por favor señale tres sugerencias que mejoraría su satisfacción en el puesto que desempeña.				

6.2. Anexo II.

Validación del cuestionario “SATISFACCIÓN LABORAL ENFERMERAS”

Instrucciones

Marque con una X aquella respuesta que crea conveniente.

Las respuestas que tienen una escala de 0 a 10, se entiende por 0 como absoluto desacuerdo con la adecuación de la pregunta y el 10 como absoluto acuerdo.

Preguntas	Adecuada		Puntuación	Observaciones
	SI	NO	De 0 a 10	
1.- Información de Carácter General				
Sexo	100%		10	1.- Dado que la profesión la ejercen ambos géneros y que en el femenino concurren características culturales y familiares muy específicas.
Edad	100%		10	1.- Pues las expectativas laborales y la óptica de las mismas varían según el grupo erario.
¿Cuál es su condición laboral?	100%		10	1.- La seguridad en el empleo puede incidir directamente en el grado de satisfacción laboral.
Hospital	100%		10	
Tiempo trabajado en el Hospital	100%		10	1.- Esta pregunta puede introducir variables importantes. 2.- Preguntar a Sixto si los tramos son adecuados. 5.- Reducir el tramo de 1 a 3 años, de 4 a 9 más de 10. 10.- Modificar a tiempo trabajado como enfermera.
Tipo de Unidad en la que trabaja	100%		10*	1.- Esta pregunta, igualmente, puede introducir variables importantes. 2.- Preguntar a Sixto si los tramos son adecuados.
Tiempo trabajado en el puesto actual	80%	20%	8	1.- ¿? 5.- Quitar.
2.- Percepción del Ámbito de Trabajo.				
Puesto de Trabajo	100%		9'8	1.- En el ítem 2.- la segunda parte de la exposición condiciona a la primera parte, quizá fuera oportuno desdoblarse en dos. En el ítem 4.- parece conveniente introducir el concepto de conocimiento. 2.- ¿El puesto de trabajo es el q deseaba o se adapta a sus preferencias?

Dirección de la Unidad	100%		9'8	<p>1.-En el ítem 6.- a mi modo de ver, no es lo mismo dominio técnico que conocimiento de sus funciones, debería seleccionarse en función de lo esperado en esta pregunta uno de los dos conceptos, quizás es preferible el de; conocimiento de sus funciones.</p> <p>En el ítem 8.- es innecesario el término "mi Unidad" refiriéndose al responsable.</p>
Ambiente de trabajo e interacción con los compañeros	100%		10	6.- ¿Dirección Médica o de Enfermería?
Comunicación y coordinación	100%		10	
Condiciones ambientales, infraestructura y recursos	100%		10	
Formación	100%		9'8	<p>1.-En el enunciado debería especificarse que se refiere al Plan de Formación Continuada del Centro. En los ítems 28 y 29.- existen pequeñas faltas en la redacción, merecen revisarse.</p> <p>2.-creo que las necesidades deben estar referidas a la formación continuada.</p>
Implicación en la mejora	100%		10	
3.- Comentarios y sugerencias	100%		8'8	<p>1.-</p> <p>a) Como comentario previo, quiero expresar mis dudas sobre la idoneidad del título del Cuestionario, dado que este se va a pasar a profesionales de enfermería de ambos sexos y en ningún lugar del mismo se hace constar que al hablar de enfermeras se está refiriendo al profesional de ambos sexos. Lo correcto sería denominarlo cuestionario de satisfacción laboral del personal de enfermería.</p> <p>b) En el Bloque Carácter General, considero interesante introducir un ítem en el que quede reflejado las cargas familiares o dependencias y en su defecto el grado de independencia personal del profesional que a mi juicio influye en la vida laboral tales como casada/o, soltera/o, divorciada/o, así como la falta de tiempo o no, para la vida personal y el apoyo familiar o de la pareja que va a permitir una integración más relajada en el trabajo.</p>

				<p>c) También en el Bloque Carácter General o quizás en el Puesto de Trabajo debería existir alguna pregunta sobre si la cuantía del salario la considera adecuada en términos relativos.</p> <p>8.- Difícil de analizar.</p> <p>9.- Da lugar a la subjetividad.</p>
--	--	--	--	--

Muchas gracias por su colaboración

INSTRUCCIONES

Marque con una X aquella respuesta que crea conveniente.

Las respuestas que tienen una escala de 0 a 10, se entiende por 0 como absoluto desacuerdo con la adecuación de la pregunta y el 10 como absoluto acuerdo.

1.- Información de Carácter General

Pregunta	Adecuada		Puntuación	Observaciones
	SI	NO	De 0 a 10	
1. Sexo	100%		10	1.-Dado que la profesión la ejercen ambos géneros y que en el femenino concurren características culturales y familiares muy específicas.
2. Edad	100%		10	1.-Pues las expectativas laborales y la óptica de las mismas influyen, sin duda, en el grado de satisfacción.
3. ¿Cuál es su condición laboral?	100%		10	1.-La seguridad en el empleo puede incidir directamente en el grado de satisfacción laboral.
4. Hospital	100%		10	
5. Tiempo trabajado en el Hospital	100%		10	1.-Esta pregunta puede introducir variables importantes.
6. Tipo de Unidad en la que trabaja	100%		10	1.-Esta pregunta puede introducir variables importantes.
7. Tiempo trabajado en el puesto actual	80%	20%	8	1.- ¿?

2.- Percepción del Ámbito de Trabajo.

2.1 Puesto de trabajo

Pregunta	Adecuada		Puntuación	Observaciones
	SI	NO	De 0 a 10	
8.El trabajo en mi unidad está bien organizado.	100%		10	
9.Mis funciones y responsabilidades están definidas, por tanto se lo que se espera de mí.	100%		9'8	1.-La segunda parte de la exposición condiciona a la primera parte, quizá fuera oportuno desdoblarla en dos. 9.-Añadir acentos a sé y mí .
10. Las cargas de trabajo están bien repartidas.	90%	10%	9	8.- ¿Si el trabajo está bien organizado? 9.-Creo que repite la nº1.
11. En mi puesto de trabajo puedo desarrollar mis habilidades.	90%	10%	8'8	1.-Parece conveniente introducir el concepto de conocimiento. 5.-Si no lo hace es porque no quiere. 8.-Competencias en lugar de habilidades. 9-competencias en lugar de habilidades

12. Recibo información de cómo desempeño mi puesto de trabajo.	90%	10%	9	5.-Es similar al 10. Cambiar la redacción 7.-Los puntos 5 y 10 son similares. Si no se refieren a lo mismo debes ser más específica.
--	-----	-----	---	---

2.2 Dirección de la Unidad

Pregunta	Adecuada		Puntuación De 0 a 10	Observaciones
	SI	NO		
13. El responsable demuestra un dominio técnico o conocimiento de sus funciones.	100%		8	1.-A mi modo de ver, no es lo mismo dominio técnico que conocimiento de sus funciones, debería seleccionarse en función de lo esperado en esta pregunta uno de los dos conceptos, quizás es preferible el de; conocimiento de sus funciones. 2.-No dominio técnico. 6.- ¿Supervisor de Enfermería, Dirección Médica? 7.-Cambiar responsable por supervisor, encargado. 8.-Dominio teórico es distinto a conocimiento de sus funciones, o suprimir uno o cambiar o por y 9.-Dominio teórico es distinto a conocimiento de sus funciones, o suprimir uno o cambiar o por y 10.- Dominio teórico y/o...
14. El responsable soluciona los problemas de manera eficaz.	100%		10	10.-El responsable tiene habilidades suficientes para solucionar los problemas de forma eficaz.
15. El responsable de mi Unidad delega eficazmente funciones de responsabilidad.	90%	10%	8'9	1.-Es innecesario el término "mi Unidad" refiriéndose al responsable. 5.-Puede resultar un sesgo.
16. El responsable toma decisiones con la participación del personal de la Unidad.	100%		10	
17. El responsable me mantiene informado sobre los asuntos que afectan a mi trabajo.	90%		9	5.-Cometado en la 5.

2.3. Ambiente de Trabajo e Interacción con Los Compañeros

Pregunta	Adecuada		Puntuación De 0 a 10	Observaciones
	SI	NO		
18. La relación con los compañeros de trabajo es buena.	100%		10	
19. Es habitual la colaboración para sacar adelante las tareas.	100%		10	10.-Añadir, es habitual la colaboración.
20. Me siento parte de un equipo de trabajo.	100%		10	10.-Me siento que pertenezco.
21. Me resulta fácil expresar mis opiniones en mi lugar de trabajo.	100%		10	5.- ¿Redactar "tengo opción a o puedo...?"

				9.- ¿Opiniones? ¿Aportaciones técnicas?
22.El ambiente de trabajo me produce stress.	100%		10	5.-Puede ser por inseguridad. Sesgo. Porqué sí, porqué no 8.- ¿El estrés afecta a mi capacidad, a mi salud? ¿Es puntual o es mantenido? 10.-Estrés.

2.4. Comunicación y Coordinación

Pregunta	Adecuada		Puntuación	Observaciones
	SI	NO	De 0 a 10	
23.La comunicación interna dentro de la Unidad funciona correctamente.	90%	10%	8'8	6-Algo inespecífica. 7.-Este punto está integrado en 11 y 12.
24.Me resulta fácil la comunicación con mi responsable.	90%	10%	9	5.-Igual a la pregunta 14. 7.-Pregunta 13 y 14.
25.Recibo la información necesaria para desarrollar correctamente mi trabajo.	80%	20%	8	5.-Debe saber cuál es su trabajo 7.-Repetida en 5 y 10.
26.Conozco los servicios que prestan otras Unidades del Hospital.	90%	10%	8'8	6.-Inespecífica. 9.-Creo que está en la siguiente se puede obviar.
27.Tenemos una adecuada coordinación con otras Unidades del Hospital.	90%	10%	9	5.-Redactar existe. 6.-Inespecífica.
28.La comunicación entre el personal de la Unidad y los usuarios es buena.	100%		10	6.-Iredactar en lugar de buena se desarrolla sin conflictos (o algo similar). 8.- ¿Comunicación general? ¿Comunicación Técnica? 9.-Diferenciar entre comunicación general y técnica.

2.5. Condiciones Ambientales, Infraestructuras y Recursos

Pregunta	Adecuada		Puntuación	Observaciones
	SI	NO	De 0 a 10	
29.Las condiciones de trabajo de mi Unidad son seguras (no representan riesgos para la salud).	90%	10%	9	5.-Suprimir
30.Las condiciones ambientales de la Unidad (climatización, iluminación, decoración, ruidos, ventilación...) facilitan mi actividad diaria.	90%	10%	9	7.-23 y 24 hacer más preguntas.
31.Las instalaciones de la Unidad (superficie, dotación de mobiliario, equipos técnicos) facilitan mi trabajo y los servicios prestados a los usuarios.	90%	10%	9	7.-Puede haber respuestas poco fiables.
32.Las herramientas informáticas que utilizo están bien adaptadas a las necesidades de mi trabajo.	100%		10	

2.6. Formación

Pregunta	Adecuada		Puntuación	Observaciones
	SI	NO	De 0 a 10	
33. Recibo la formación necesaria para desempeñar correctamente mi trabajo.	90%	10%	9	2.- ¿Existe un departamento de Formación continuada? Tiene un programa anual, semestral... de formación para los trabajadores. Algo así 5.- Redactar suprimiendo recibo 6.- Redactar suprimiendo recibo. "adquiero la formación/información... 7.- Repetida en 18
34. El Plan de Formación de Enfermería es útil.	100%		10	5.- Redactar suprimiendo es útil y poner está adaptado a las necesidades del personal 6.- especificar que es Formación Continuada
35. Mis necesidades con respecto al Plan de Formación del Enfermería han sido atendidas.	90%	10%	8'8	1.- En el enunciado debería especificarse que se refiere al Plan de Formación Continuada del Centro. En los ítems 28 y 29.- existen pequeñas faltas en la redacción, merecen revisarse. 5.- Quitar o cambiar esta y la anterior 9 Redactar, mis necesidades de formación han sido recogidas en el Plan de Formación.
36. Cuando es necesario, el Hospital me facilita formación al margen del Plan de Plan de Formación del Enfermería.	80%	20%	7'8	6.- Esta o la nº 26. 9.- Suprimir.
37. Cuando el Hospital implanta una nueva aplicación informática, nuevos procedimientos, etc. la formación que recibo es suficiente.	100%		10	10- Es suficiente y útil.

2.7. Implicación en la Mejora

Pregunta	Adecuada		Puntuación	Observaciones
	SI	NO	De 0 a 10	
38. Entre los objetivos de mi Unidad, es prioritaria la mejora de la calidad de los servicios que prestamos.	90%	10%	9	
39. El responsable de mi Unidad pone en marcha iniciativas de mejora.	100%		10	6.- Qué responsable ¿médico o enfermera?
40. Identifico en mi actividad diaria aspectos susceptibles de mejora	90%	10%	9	5.- Mejora y son aceptados.
41. En mi Unidad se me consulta sobre las iniciativas para la mejora de la calidad.	100%		10	5.- Quitar esta o la anterior.

42. Me siento copartícipe de los éxitos y fracasos de mi Unidad.	100%		10	6.- Se podría desdoblar.
43. En los dos últimos años he percibido una tendencia a mejorar en mi Unidad.	80%	20%	8	5.- He percibido la mejora. 6.- ¿De quién, equipo, dirección...? 8.- Un año, o seis meses sería más adecuado. 9.- Pregunta ambigua y marca un tiempo muy largo, como mucho fijar un año. 10.- Una tendencia a la mejora en mi unidad.

3.- Comentarios y sugerencias.

Pregunta	Adecuada		Puntuación	Observaciones
	SI	NO	De 0 a 10	
44. Por favor señale tres sugerencias que mejoraría su satisfacción en el puesto que desempeña.	80%	20%	8	9.- Demasiado abierta para hacer un estudio cuantitativo.

6.3. Anexo III.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN LABORAL ENFERMERAS

La utilización del cuestionario será absolutamente confidencial.

Responda con absoluta libertad y con la mayor veracidad posible al mismo.

INFORMACIÓN DE CARÁCTER GENERAL.

Marque con una **X** aquella respuesta que crea conveniente.

<table border="1"> <tr><td colspan="2">1. Sexo</td></tr> <tr><td>Hombre</td><td></td></tr> <tr><td>Mujer</td><td></td></tr> </table> <table border="1"> <tr><td colspan="2">2. Edad</td></tr> <tr><td>Menos de 25 años</td><td></td></tr> <tr><td>Entre 25 y 35 años</td><td></td></tr> <tr><td>Entre 36 y 45 años</td><td></td></tr> <tr><td>Entre 46 y 55 años</td><td></td></tr> <tr><td>Más de 55 años</td><td></td></tr> </table> <table border="1"> <tr><td colspan="2">3. ¿Cuál es su condición laboral?</td></tr> <tr><td>Estatutario fijo</td><td></td></tr> <tr><td>Contrato eventual laboral</td><td></td></tr> </table>	1. Sexo		Hombre		Mujer		2. Edad		Menos de 25 años		Entre 25 y 35 años		Entre 36 y 45 años		Entre 46 y 55 años		Más de 55 años		3. ¿Cuál es su condición laboral?		Estatutario fijo		Contrato eventual laboral		<table border="1"> <tr><td colspan="2">4. Hospital</td></tr> <tr><td>Infanta Cristina</td><td></td></tr> <tr><td>Perpetuo Socorro</td><td></td></tr> <tr><td>Materno Infantil</td><td></td></tr> <tr><td>San Pedro de Alcántara</td><td></td></tr> <tr><td>Virgen de la Montaña</td><td></td></tr> </table> <table border="1"> <tr><td colspan="2">5. Tipo de Unidad en la que trabaja</td></tr> <tr><td>Equipo Directivo</td><td></td></tr> <tr><td>Unidad Médica</td><td></td></tr> <tr><td>Unidad Quirúrgica</td><td></td></tr> <tr><td>Unidad Maternal</td><td></td></tr> <tr><td>Unidad Infantil</td><td></td></tr> </table>	4. Hospital		Infanta Cristina		Perpetuo Socorro		Materno Infantil		San Pedro de Alcántara		Virgen de la Montaña		5. Tipo de Unidad en la que trabaja		Equipo Directivo		Unidad Médica		Unidad Quirúrgica		Unidad Maternal		Unidad Infantil		<table border="1"> <tr><td colspan="2">6. Tiempo trabajado en Hospital</td></tr> <tr><td>De 1 a 5 años</td><td></td></tr> <tr><td>De 6 a 9 años</td><td></td></tr> <tr><td>Más de 10 años</td><td></td></tr> </table> <table border="1"> <tr><td colspan="2">7. Tiempo trabajado en el puesto actual</td></tr> <tr><td>De 1 a 5 años</td><td></td></tr> <tr><td>De 6 a 9 años</td><td></td></tr> <tr><td>Más de 10 años</td><td></td></tr> </table>	6. Tiempo trabajado en Hospital		De 1 a 5 años		De 6 a 9 años		Más de 10 años		7. Tiempo trabajado en el puesto actual		De 1 a 5 años		De 6 a 9 años		Más de 10 años	
1. Sexo																																																																		
Hombre																																																																		
Mujer																																																																		
2. Edad																																																																		
Menos de 25 años																																																																		
Entre 25 y 35 años																																																																		
Entre 36 y 45 años																																																																		
Entre 46 y 55 años																																																																		
Más de 55 años																																																																		
3. ¿Cuál es su condición laboral?																																																																		
Estatutario fijo																																																																		
Contrato eventual laboral																																																																		
4. Hospital																																																																		
Infanta Cristina																																																																		
Perpetuo Socorro																																																																		
Materno Infantil																																																																		
San Pedro de Alcántara																																																																		
Virgen de la Montaña																																																																		
5. Tipo de Unidad en la que trabaja																																																																		
Equipo Directivo																																																																		
Unidad Médica																																																																		
Unidad Quirúrgica																																																																		
Unidad Maternal																																																																		
Unidad Infantil																																																																		
6. Tiempo trabajado en Hospital																																																																		
De 1 a 5 años																																																																		
De 6 a 9 años																																																																		
Más de 10 años																																																																		
7. Tiempo trabajado en el puesto actual																																																																		
De 1 a 5 años																																																																		
De 6 a 9 años																																																																		
Más de 10 años																																																																		

PERCEPCIÓN DEL ÁMBITO DE TRABAJO.

Puesto de Trabajo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. El trabajo en mi unidad está bien organizado.					
2. Mis funciones y responsabilidades están definidas, por tanto sé lo que se espera de mí.					
3. En mi puesto de trabajo puedo desarrollar mis competencias.					

Dirección de la Unidad	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
4. El supervisor/a demuestra conocimiento de sus funciones.					
5. El supervisor/a soluciona los problemas de manera eficaz.					
6. El supervisor/a delega eficazmente funciones de responsabilidad.					
7. El supervisor/a toma decisiones con la participación del personal de la Unidad.					
8. El supervisor/a me mantiene informado sobre los asuntos que afectan a mi trabajo.					

Ambiente de Trabajo e Interacción con Los Compañeros	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
9. La relación con los compañeros de trabajo es buena.					
10. Es habitual la colaboración para sacar adelante las tareas.					

11. Me siento parte de un equipo de trabajo.					
12. Me resulta fácil expresar mis aportaciones técnicas en mi lugar de trabajo.					
13. El ambiente de trabajo me produce estrés.					

Comunicación y Coordinación	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
14. La comunicación interna dentro de la Unidad funciona correctamente.					
15. Me resulta fácil la comunicación con el supervisor/a.					
16. Recibo la información necesaria para desarrollar correctamente mi trabajo.					
17. Tenemos una adecuada coordinación con otras Unidades del Hospital.					
18. La comunicación entre el personal de la Unidad y los usuarios es adecuada.					

Condiciones Ambientales, Infraestructuras y Recursos	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
19. Las condiciones de trabajo de mi Unidad son seguras (No representan riesgos para la salud).					
20. Las condiciones ambientales de la Unidad (climatización, iluminación, decoración, ruidos, ventilación...) facilitan mi actividad diaria.					
21. Las instalaciones de la Unidad (superficie, dotación de mobiliario, equipos técnicos) facilitan mi trabajo y los servicios prestados a los usuarios.					
22. Las herramientas informáticas que utilizo están bien adaptadas a las necesidades de mi trabajo.					

Formación	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
23. Recibo la formación necesaria para desempeñar correctamente mi trabajo.					
24. El Plan de Formación Continuada me es útil.					
25. Cuando el Hospital implanta una nueva aplicación informática, nuevos procedimientos, etc. la formación que recibo es suficiente.					

Implicación en la Mejora	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
26. Entre los objetivos de mi Unidad, es prioritaria la mejora de la calidad de los servicios que prestamos.					
27. El supervisor/a de mi Unidad pone en marcha iniciativas de mejora.					
28. Identifico en mi actividad diaria aspectos susceptibles de mejora.					
29. Los aspectos susceptibles de mejora que he identificado son considerados.					
30. Me siento copartícipe de los éxitos y fracasos de mi Unidad.					
31. En el último año he percibido una tendencia a mejorar en mi Unidad.					

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS.

Por favor, señale **tres sugerencias que mejoraría** su satisfacción en el puesto que desempeña:

1. _____

2.

3.

Otros comentarios:

Gracias por su colaboración

6.4. Anexo IV.

Badajoz a 21 de Abril de 2011

Estimado/a Compañero/a:

Se está realizando una investigación, cuyo objetivo es determinar el Grado de Satisfacción Laboral de las Enfermeras Asistenciales de Badajoz y Cáceres y comprobar si existen diferencias entre las distintas instituciones hospitalarias, necesito pasar una encuesta, como instrumento para la recogida de datos.

Por ello pido tu colaboración en la realización de la misma, significándote que esta tiene carácter anónimo.

Muchas gracias anticipadas.

Fdo.: María del Mar Pablos González

6.5. Anexo V.

❖ Hospitales de Badajoz:

Hospital Perpetuo Socorro:

1. -Tener para la medicación Sistema Unidosis.

-Que los médicos pasarán antes de las 12h la visita a los enfermos.

-Que los médicos de los servicios de paliativos hicieran guardias de 24h.
2. -La ampliación de las habitaciones (que fueran más grandes en espacio). ¡Algunas habitaciones tienen dos camas y son demasiado pequeñas para moverse entre las dos camas que ocupan!
3. -Considero que los ingresos no fueran realizados a partir de las 24 horas, por el bienestar de los demás enfermos.

-Se necesitaría un ATS y un auxiliar más en los turnos de mañana para la mejor atención del enfermo.

-Facilitar los días libres que se pidan sin poner trabas y teniendo el derecho a ser respetados.

-Que los supervisores traten por igual a todos los trabajadores y dejen sus amistades para fuera del trabajo y no se note tanto en los libres de las planillas.
4. -Más personal en turno de mañana, son 28 pacientes y solo hay dos enfermeras y dos auxiliares.

-Control de visitas-familiares más estricto.
5. -Aumentar el número de enfermeras para atender mejor a los pacientes.

-Mejorar las condiciones laborales.
6. -Las habitaciones pequeñas, algunas para dos camas.
7. -Cada enfermera debe de sacar su medicación en cada turno y no dejarla sacar de un turno a otro.

- Llevar correctamente los ciclos de suero, indicando la cantidad que se le pase al enfermo.
 - Protocolizar las curas de las vías.
 - Unificar criterios a la hora de coger una vía.
8. -Plan de formación continuada en horario laboral.
- El contrato de gestión debe ser negociable para que los objetivos sean más realistas.
 - Productividad variable individualizada.

Hospital Materno Infantil:

1. -Aumento de personal en los que estamos solamente una enfermera en el turno.
 - Refuerzo de enfermería cuando nos llega a la planta enfermos de otra patología distinta de nuestra especialidad.
 - Repartir de manera más uniforme los presupuestos destinados al SES.
2. -Las condiciones ambientales (decoración, iluminación etc.).
 - El Plan de Formación continuada.
 - La comunicación y la coordinación.
3. -Formación.
 - Valoración.
4. -Ausencia de enfermos de otra unidad.
 - Disponer de los medios necesarios cuando tengo pacientes de otra unidad.
 - Turnos con demasiada carga laboral.
5. -Más personal.
 - Más aparataje.
6. -Falta de personal.
 - Falta de aparataje (tensiómetro, etc.).

- Más formación continuada.
7. -Recibir formación necesaria para realizar bien mi trabajo.
 - Dotación de equipos técnicos para facilitar mi trabajo.
 - Dotación de más personal, en nuestro servicio estamos en muchas ocasiones una enfermera sola para 20 pacientes (niños).
 8. -El aumento de personal en situaciones en las que hay pacientes de otro servicio, que necesitan una atención continua y además hay pacientes de nuestra unidad.
 - Una formación continuada específica sobre las patologías y tratamientos que llegan a la planta.
 - Mayor dotación de mobiliario y aparataje.
 9. -Cuando hay sobrecarga de trabajo, que se refuerce sin problema.
 - Formación específica.
 - Dotación de material y aparataje necesario.
 10. -Informatizar el servicio.
 - Formación continuada y reciclaje.
 11. -En situaciones de sobrecarga laboral, no haya ningún impedimento para facilitar personal.
 - Formación continuada específica.
 - Mayor dotación de mobiliario y aparataje.
 12. -Las condiciones ambientales, infraestructuras y recursos que tenemos en la actualidad y hace ya casi dos años son lamentables. Es necesario que nos vayamos cuantos antes a la nueva unidad.
 - Que exista un plan de formación continuada eficaz, facilitándonos los días de curso, y no teniendo que después de salir de noche asistir a este.
 - Nuestra supervisora solo puede informarnos de lo que ella sabe, pero hay veces que es a ella a quien no llega la información por parte de la dirección de enfermería.

13. -Mejora económica.

-No nos sentimos respaldados por la administración ante cualquier problema.

14. -Reconocimiento laboral.

-Reconocimiento pecuniario (económico).

-Formación.

15. -W.C. en la unidad.

-Calefacción en la salita.

-Que no se fume.

Hospital Infanta Cristina:

1. -Mayor valoración por parte de los usuarios de nuestro trabajo.

-Confianza del equipo directivo en el personal (profesionalidad) y no fiscalización.

-Punto de atención al personal sanitario al igual que hay Atención al Paciente.

-Siento verdadera indefensión ante los abusos de los usuarios y sus familiares (agresividad, falta de respeto, malos tratos, etc.).

2. -Planilla ecológica.

-Fomentar la mejora de cuidados con la implicación de todos.

-Formación continuada anual de temas de uso de la unidad.

3. -Estamos desbordados por el trabajo y el número de camas.

4. -Más personal, ya que estamos bajo mínimos.

-Más respeto por parte de algunos enfermos y sobre todo familiares.

-Más facilidades para la atención continuada.

5. -Se necesita más personal, sobre todo en el turno de mañana.

6. -Facilitar la formación continuada sobre todo en turno de noche (más desfavorecidos).

- Ampliación de plantilla.
 - Mayor reconocimiento del trabajo de enfermería.
7. -Medicación unidosis más completa y con arreglo a lo prescrito (para evitar tantas vueltas al almacén).
 8. -Poner una enfermera más en el turno de mañana.
 9. -Formación continuada específica de la especialidad en la cual se trabaja.
 - Derecho a recibir la compensación por docente (facultad en liberación del turno de mañana) por la formación continuada especialmente en los turnos de noche.
 - Trabajar especialmente en las unidades en la que se domina o posee la especialidad.
 10. -La informática, los ordenadores son muy malos.
 - Se imponen las cosas sin consultar.
 - Se necesita más personal.
 11. -Mayor número de cursos de aprendizaje y mejora de los procedimientos informáticos.
 12. -Mejor iluminación nocturna en habitaciones.
 - Mayor espacio de movilidad por las habitaciones.
 - Mayor colaboración de todo el equipo.
 - Menos leyes.
 - Menos normas.
 - Más humanidad.
 13. -Debería haber supervisores dialogantes que se informara y se tomaran decisiones con la colaboración del personal.
 14. -Aumento del personal de enfermería principalmente turnos de tarde y festivos de mañana.
 - Más cursos de reciclaje.

15. -Más conexión entre facultativos y personal de enfermería.
 - Más atención directa al paciente y menos burocracia.
 - Cambiar el trato de familiares y personal de planta.
16. -Evitar discusiones o malentendidos entre compañeros consiguiendo mayor implicación en las tareas de la unidad de todos los compañeros/as.
 - Mayores coberturas en las necesidades informáticas que sobretodo en averías durante los días festivos son las que más repercuten.
 - Mejorar las atenciones que demandan los enfermos en el tema de las dietas, mayormente en lo que respecta a la conservación de temperatura adecuada.
17. -Mejores condiciones y más seguras en la unidad.
 - Más formación orientada al trabajo que desempeño.
 - Mejorar la comunicación entre el equipo médico-enfermería.
18. -Mejora de condiciones ambientales e instalaciones que son arcaicas, que están desfasadas y no favorecen ni ayudan al personal sanitario y por supuesto tampoco a los pacientes.
19. -Aumento de personal de enfermería.
 - Mejor coordinación con otras unidades (servicios periféricos).
 - Mejorar el entorno laboral, principalmente la falta de luz en las habitaciones.
 - Reducir el número de visitas a las unidades de hospitalización así como que no permanezcan más de un familiar por paciente fuera del horario de visitas.
20. -Cambios en las instalaciones.
 - Mejora del material.
 - Más información a nivel informático para utilizar en mi trabajo.
21. -Mayor comunicación con miembros de otros equipos.
 - Mejorar el sitio de trabajo. Pequeño y caluroso.
22. -Reciclaje del personal de Unidad (formación).
 - Participación en la organización de la Unidad.

-Mejora en la comunicación del personal directivo con todos los compañeros de Unidad.

23. -Falta de formación e información del personal que se incorpora, sobrecarga el trabajo del resto.

-Falta de comunicación de asuntos que afectan al trabajo.

-La formación continuada no es útil para desempeñar el trabajo.

24. -Cambio de supervisora.

-Ídem.

-Ídem.

❖ Hospitales de Cáceres

Hospital San Pedro de Alcántara

1. -Mayor comunicación Auxiliar-Enfermera.

-Mayor comunicación Enfermera-Médico.

-Menos familiares en el pasillo.

-Mejor organización con respecto a la gestión de camas.

-Tratamientos médicos más claros (no mandar medicación que no tenemos)

-Normas de trabajo claras.

-Más formación laboral.

2. -Mejoras en las condiciones ambientales: climatización, ventilación exterior.

-Plan de formación continua más amplio.

3. -Facilidad para poder disfrutar de los días de libre disposición y docencia en el momento que lo solicitamos, independientemente de festivos.

-Mejora de instalaciones: Luz natural, ventilación (ventanas al exterior) en sala de estar, boxes... Espacios más amplios.

-Sistema de refrigeración que sea adecuado, o se pasa frío y exceso de calor.

-Reciclaje del personal.

4. -Adecuación de espacio a necesidades de los pacientes y profesionales.
-Mejorar el sistema informático que agilicen y faciliten su utilización.
-Formación continua adecuada y consensuada a las necesidades específicas de la Unidad.
5. -Facilidad de disfrute de días de libre disposición y docencia en el momento de solicitud.
6. -Facilidad para poder disfrutar de los días de libre disposición y docencia en el momento que lo solicitamos, independientemente de festivos.
-Mejora de instalaciones de la unidad (ventilación, luz natural) sistema de refrigeración adecuada (se pasa frío y calor/o calor en exceso).
-Reciclaje del personal.
7. -Más formación continuada.
8. -Control de visitas (anarquía total).
-Organización facultativa (carencia total).
-Indiferencia en ambas direcciones (enfermería y médica).
-No se busca el bienestar de los pacientes. Todo es estadística y propaganda fraudulenta de una sanidad que no funciona.
9. -Control de horarios de visitas a los pacientes.
-Coordinación con el personal médico con respecto a hora de pase de visita, curas etc.
10. -Control de familiares, entorpecen mucho el trabajo diario.
-Unificación de criterios entre enfermería y médicos; y también entre nosotros mismos.
-Reconocimiento debido de la profesión.
11. -Control de entrada de familiares en nuestra unidad, entran sin control los familiares.
12. -Evitar en lo posible la permanencia de tantos familiares y usuarios ambulantes a todas horas en hospitalización.

- Cambiar mobiliario de sillas y mesas de ordenadores, ponerlo a la altura y las necesidades saludables de los que lo usamos.
13. -Mejorar iluminación.
- No cruzar pacientes cuando en otras unidades hay camas libres.
 - Que los familiares no estuvieran en las habitaciones en “horas clave” (visita médica, medicación, curas).
14. -Aumentar personal.
- Mayores herramientas informáticas, iluminación, mejores instalaciones.
 - Unidosis a tiempo.
 - Trabajar más en equipo.
 - Familiares fuera de la planta por la mañana.
15. -Que no crucen pacientes habiendo camas libres en otras unidades.
- Mejora de la iluminación.
 - Temperatura excesiva.
16. -Mejorar/renovar puntos 19, 20, 21,25 etc.
- No se pueden realizar cuidados de enfermería sin medios.
17. -No cruzar pacientes cuando hay habitaciones libres en otras unidades.
- Mejor iluminación de las habitaciones.
18. -Que me den los días de libre disposición cuando los necesito.
19. -Trabajo en grupo.
- Relación con otras unidades.
 - Información técnica (incrementar).
20. -Que no se cruce.
- Que haya más comunicación con los médicos.
 - Actualizar protocolos y unificar criterios.

- Mejora de la iluminación de las habitaciones y camas articuladas eléctricamente para todos los enfermos.
21. -Mayor unificación de criterios en las actuaciones de enfermería.
- Más formación continuada, dando los días correspondientes para ello.
22. -Más facilidad para recibir formación, incluso que forme parte de los objetivos del hospital.
- Más recursos humanos para poder desempeñar mejor nuestras labores asistenciales e informáticas.
 - Mejoras en las instalaciones de la unidad, espacios más amplios en zonas de trabajos comunes.
23. -La valoración de nuestro trabajo por parte de quién corresponda en cada caso: usuarios, dirección, resto del equipo...
- La climatización y ventilación d la unidad.
 - Reducción de la parte informática que la mayoría de los días no tienes tiempo para desarrollar todo lo que pretenden imponer.
24. -La climatización muchas veces funciona con fuertes cambios de temperatura dependiendo de que te encuentres en una u otra estancia del servicio y por ello tenemos muchas quejas.
- Las herramientas informáticas están poco adaptadas a mis necesidades de mi trabajo y me ocupa mucho tiempo quitándome de mis tareas asistenciales.
25. -Los espacios más amplios en las zonas comunes de trabajo.
- El número de ordenadores es insuficiente en relación trabajo, número de personas.
 - La climatización (en bloque) plantea desacuerdo en los usuarios, incluso malestar.
26. -Que no existan tantos pacientes ectópicos en la unidad.
- Aumento personal dadas las características de los pacientes.
 - Mejorar las relaciones de comunicación entre compañeros.
27. -No me parece bien mezclar los pacientes de cirugía con enfermos infecciosos pertenecientes a otra unidad por dos razones:

- porque no puedo atender y comunicarme con los médicos que lo llevan y estar haciendo curas de los pacientes de la planta (ORL).
 - porque cada uno necesita unas condiciones asépticas diferentes y los mezclan dependiendo de camas libres.
28. -Sala de estar para familiares y pacientes.
- Menos familiares en la unidad durante el horario asistencial.
 - Aseos con ducha para familiares.
29. -Aumento de personal, mejoraría calidad asistencial.
- Condiciones ambientales, infraestructuras y recursos están en un nivel pésimo.
30. -Las condiciones de la unidad (climatización, mobiliario, accesibilidad, etc.).
- Sala de estar para pacientes y familiares. Aseo para familiares con ducha.
 - Coordinación con el equipo médico.
31. -Creo que sería importante mejorar el sistema informático, ya que pienso que nos quita mucho tiempo de nuestro trabajo en decremento de la mejora en la calidad.
- Tendríamos que mejorar en la coordinación con otras unidades del hospital.
 - Mejorar en la comunicación de profesionales de distintos niveles para mejorar en la continuidad de cuidados al paciente.
32. -Una formación continuada respaldada por la dirección en cuanto a recursos en tiempo y medios.
- Mejor conexión en la colaboración servicio médico-enfermera.
 - Facilidad para la realización de cursos de formación en colaboración con otros hospitales nacionales.
33. -Más colaboración entre todo el equipo, sobre todo cuando se implanta algo nuevo (del tipo que sea).
- Más respeto entre las diferentes categorías profesionales.
34. -Más formación.

35. -Igualdad en el desempeño de tareas entre compañeros.
 - Mayor respeto por parte del personal facultativo.
 - Incentivos para premiar el trabajo bien hecho.
36. -Unidad de puertas abiertas.
 - Participación e implicación de los padres en los cuidados.
 - Método canguro.
37. -Mejora en las condiciones ambientales.
 - Más facilidad para librar en fines de semana y festivos.
 - Formación continua específica en nuestra unidad.

Hospital Virgen de la Montaña

1. -Mejorar las aplicaciones del programa informático Jara en algunos aspectos necesarios en el servicio.