

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
ESCUELA DE POSTGRADO**



**CALIDAD DE VIDA LABORAL DE LAS ENFERMERAS EN UN
HOSPITAL PÚBLICO DE LAMBAYEQUE – 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
ENFERMERÍA**

AUTORA

NANCY ELIZABETH SANCHEZ MERINO

ASESORA

Dra. SOFIA LAVADO HUARCAYA

Chiclayo, 2017

DEDICATORIA

A DIOS

Por haberme permitido concretar este proyecto académico otorgándome vida, salud e inspiración permanente, además de su infinita bondad y amor.

A MI MADRE

Porque su ternura y comprensión es el soporte que me permite avanzar sin vacilaciones a pesar de las dificultades.

A MI ESPOSO

Por el acompañamiento, estímulo y apoyo incondicional para el logro de mis objetivos.

A MIS HIJOS

Porque son el pilar fundamental de mi existencia.

AGRADECIMIENTO

A todas las enfermeras participantes del estudio que brindando su tiempo y confianza me permitieron explorar una parcela de sus vidas en el mundo laboral y familiar, posibilitando esta investigación.

A mi asesora de tesis Dra. Sofía Lavado Huarcaya quien no sólo supo guiarme con su conocimiento y experiencia en el proceso investigativo, sino además aprendí de ella, el temple perseverante, la disciplina, el tesón en la tarea emprendida, estimulándome a continuar pese a las dificultades. Por todo lo brindado mi eterna gratitud.

RESUMEN

La enfermería está avanzando en su desarrollo profesional y reconocimiento social, pero a la vez se ve afectada, en algunas áreas asistenciales por condiciones de precarización que afecta el ejercicio del cuidado y configura su calidad de vida laboral. El objetivo del trabajo fue caracterizar, analizar y discutir la calidad de vida laboral de las enfermeras considerando las dimensiones subjetivas y objetivas desde la perspectiva de Segurado y Agulló, (2009). La investigación de tipo exploratoria descriptiva con enfoque cualitativo y abordaje de estudio de caso, fue desarrollado en un hospital público y utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista semi estructurada a profundidad aplicada a 26 enfermeras asistenciales. Los resultados fueron tratados utilizando la técnica de Asociación de Contenido de Setenta Porto et al (2005); revelando dos categorías: El macro sistema de salud en el estudio de calidad de vida laboral enfermera, donde se discute la dimensión objetiva centralizada en las condiciones de trabajo y los elementos estructurales de la organización, contextualizado por aspectos sociopolítico y económico de las instituciones que buscan sus propios intereses organizacionales. La segunda categoría: El proceso de la interrelación humana en la calidad de vida laboral, abordó la dimensión subjetiva o psicológica de las enfermeras. Los hallazgos pusieron en evidencia la influencia negativa del mal relacionamiento entre enfermera-enfermera y enfermera-médico, teniendo un impacto importante como una dimensión insatisfactoria del trabajo, quediscurre en un proceso dialéctico y contextualizado por un entorno micro y macro-sistémico obedeciendo las tendencias determinadas por el mundo globalizado.

Palabras claves: Calidad de vida; condiciones de trabajo; enfermera

ABSTRACT

Nursing is advancing in professional development and social recognition, but at the same time is affected, in some areas of care due to conditions of precarization that affects the exercise of care and configures their quality of work life. The objective of the study was to characterize, analyze and discuss the quality of working life of nurses considering the subjective and objective dimensions from the perspective of Segurado and Agulló, (2009). Descriptive exploratory research with qualitative approach and case study approach was developed in a public hospital and used as a data collection technique the semi structured interview in depth applied to 26 nursing assistants. The results were treated using the Content Association technique of Seventy Porto et al (2005); Revealing two categories: The macro health system in the study of quality of work life nurse, where the objective dimension centralized in the working conditions and structural elements of the organization, contextualized by socio-political and economic aspects of the institutions that seek Their own organizational interests. The second category: The process of human interrelation in the quality of work life, addressed the subjective or psychological dimension of nurses. The findings showed the negative influence of the bad relationship between nurse-nurse and nurse-physician, having an important impact as an unsatisfactory dimension of work, that runs in a dialectical process and contextualized by a micro and macro systemic environment obeying the determined tendencies for the globalized world.

Keywords: Quality of life, working conditions; nurse

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

CAPÍTULO I

LA CALIDAD DE VIDA LABORAL EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA... 15

1.1. Antecedentes..... 15

1.2. Bases Teórico-Conceptuales..... 17

CAPÍTULO II

TRAZANDO EL CAMINO METODOLÓGICO..... 25

2.1. Tipo de Investigación 25

2.2. Abordaje Metodológico..... 26

2.3. Sujetos de Investigación..... 28

2.4. Escenario..... 34

2.5. Instrumentos de Recolección de Datos..... 36

2.6. Procedimiento..... 38

2.7. Análisis de Datos..... 39

2.8. Criterios Éticos..... 42

2.9. Criterios de Rigor Científico..... 43

CAPÍTULO III

DESCUBRIENDO LAS DIMENSIONES QUE DEFINEN LA CALIDAD DE VIDA

LABORAL DE LAS ENFERMERAS 45

CAPÍTULO IV

CONSIDERACIONES FINALES.....,..... 87

RECOMENDACIONES 90

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 91

ANEXOS..... 99

DELINEANDO EL OBJETO DE ESTUDIO

Hoy en día se reconoce la importancia de la labor de la enfermera en la prestación de servicios de salud tanto en el área hospitalaria como en la prevención. También es un hecho que de manera paulatina la Enfermería como disciplina y profesión ha venido avanzando sustancialmente para alcanzar un desarrollo y reconocimiento dentro de la sociedad, en razón al necesario e indiscutible rol social que cumple en el cuidado de la salud a las personas. Pese a este importante rol social y desarrollo alcanzado por las enfermeras, las condiciones de trabajo en las cuales se desenvuelve no han cambiado. Algunas de esas áreas no son las adecuadas y se expresan en la pérdida de estabilidad laboral, de prestaciones sociales, de inseguridad de los entornos hospitalarios, carga de trabajo incrementado, entre otros que impactan negativamente tanto en el cuidado, como en su calidad de vida laboral, pues restringen la materialización de las necesidades para el desarrollo humano.¹

En el 2002, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) clasificó el Convenio sobre el personal de enfermería, 1977(núm. 149) entre los instrumentos que no habían perdido actualidad y reafirmó su pertinencia respecto la realidad social y económica del momento. Este convenio fue suscrito en Ginebra, por los países miembros de la OIT, animado por la intención de lograr el fortalecimiento de la enfermería al considerarlo un recurso clave de salud para el logro de los Objetivos del milenio, contemplando una serie de recomendaciones en materia de políticas adecuadas sobre el personal de enfermería y sus condiciones de trabajo. Si bien el convenio fue adoptado hace aproximadamente 30 años, cabe lamentar que desde entonces en muchos países no ha habido mejoras en las condiciones de trabajo de este grupo profesional. Desafortunadamente, la misma realidad que concentró la atención internacional en torno a las condiciones de trabajo en los servicios de salud de los años 1970, siguen aún vigentes. Persiste aun la deserción de personas calificadas que abandonan la profesión el sector para incorporarse a otras. A título de ejemplo cabe señalar que en los Estados Unidos el número de enfermeras que no practica se eleva a 500.000; en Sudáfrica a 35.000; y en Irlanda corresponde a 15.000 enfermeras. De acuerdo a diversos estudios nacionales e internacionales la relación entre unas condiciones de empleo y de trabajos

insatisfactorios definen la escasez del personal en el ámbito de la enfermería, trayendo como consecuencia una mayor morbilidad y mortalidad de los pacientes; mayor violencia en el lugar de trabajo; menoscabo de la seguridad y la salud del personal en servicio activo; alto grado de insatisfacción laboral e intención de abandonar el sector.²

Con el paso de los años y pese a esas recomendaciones de los organismos internacionales, la situación se ha ido agudizando, sin conseguir el fortalecimiento de la enfermería y su calidad de vida laboral. La realidad de los gobiernos en los diferentes países especialmente en vías de desarrollo, revela indiferencia, indolencia o falta de decisión política que permita caminar hacia soluciones integrales. Como se puede deducir de estas consideraciones, la calidad de vida laboral de la enfermera debe ser un foco de atención en razón de sus implicancias no sólo desde el punto de vista personal y profesional, pues más allá, se requiere un enfoque más decidido y profundo, en atención a la relevancia social de su hacer en el cuidado de la salud.

El personal de enfermería constituye un importante grupo laboral, que representa aproximadamente 60% del recurso humano vinculado a las instituciones hospitalarias, presentando importantes categorías de riesgo, inherentes a la labor que desempeña, o las condiciones de trabajo poco satisfactorias que puede afectar su vida laboral.³

La vida laboral está mediada por dos grandes dimensiones: la dimensión objetiva que tiene que ver con el entorno en el que la enfermera realiza su trabajo y donde prioritariamente presenta riesgos potenciales de naturaleza física, química o biológica o los riesgos generados por la interacción con el medio ambiente de trabajo (ergonómico y psicosocial) y aquella dimensión que se relaciona con la experiencia subjetiva de los trabajadores, esta última considera la esfera privada y el mundo familiar, las posibilidades de desarrollo en el trabajo, la autonomía etc.⁴ Estos riesgos constituyen categorías relevantes que afectan en forma potencial la satisfacción, motivación y rendimiento de las enfermeras y que por lo tanto determinan la calidad de vida laboral de estas profesionales en el ambiente hospitalario.

Por la multiplicidad de riesgos que se exponen los trabajadores de salud, los hospitales han sido clasificados por el Instituto de Salud Ocupacional de los Estados Unidos de Norteamérica, como centros de trabajo de alto riesgo⁵. Pese a la presencia de

estos riesgos, en la mayoría de los hospitales del Perú, no se brindan las facilidades necesarias para prevenir estos riesgos o por lo menos minimizarlos; quizás por una deficiente gestión de políticas o implementación de las mismas a favor de la salud laboral de los trabajadores, en particular de los profesionales de enfermería.

La percepción de estos riesgos por parte de las enfermeras parece incidir en su satisfacción laboral, pues la enfermera impregnada de un paradigma de cuidado durante su formación es consciente que ejercer en situaciones de precariedad, con deficiencia en la cantidad y calidad de insumos, o condiciones de trabajo inadecuadas, atenta contra la dación de un buen cuidado para las personas hospitalizadas como también para ella misma.

Estas realidades coinciden con los resultados de una investigación auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en donde se encontró que en los dos hospitales del Ministerio de Salud-Perú (MINSA) existía un escaso nivel de desarrollo de las condiciones de trabajo y salud del personal que allí labora. Los resultados arrojaron también una mayor percepción de riesgos en su área de trabajo asociada a la calidad y disponibilidad de los equipos y mobiliarios de los establecimientos de salud. Así se identificó como un factor de riesgo el nivel de obsolescencia tecnológica de los equipos e instrumental, su mal estado de operatividad y la falta de material descartable e insumos necesarios para las labores diarias⁶, así por ejemplo se conocen las medidas de bioseguridad necesarias, pero en muchos de los hospitales del MINSA no abastecen a los trabajadores con los insumos necesarios para un elemental lavado de manos. Tampoco existe una buena dotación de materiales para protección mínima del personal: guantes, mascarillas, botas o para evitar infecciones cruzadas en los pacientes atendidos.

Las condiciones laborales en salud son preocupantes, pues sin equipos y materiales suficientes no se garantiza un buen quehacer profesional; pero esto constituye apenas una parte de la problemática en el colectivo de enfermería; también están presentes otros factores que influyen en la calidad del trabajo.-entre otros- el bajo nivel remunerativo en hospitales del MINSA, y la sensación de inequidad en relación a los montos remunerativos en otras instituciones como en el Instituto de la Seguridad Social - Perú (ESSALUD), observándose una brecha que acentúa aún más las diferencias de

salarios. Si consideramos la precariedad de remuneración y modalidades de contratación de las enfermeras en el Régimen Especial de Contrato Administrativo de Servicios (RECAS) la vulneración de sus derechos laborales es aún mayor, incrementando la sensación de disconfort y percepción de inequidad del personal contratado. Para el caso del MINSA las estadística existente muestra que los profesionales que se encuentran bajo el régimen del Decreto Legislativo 276, perciben un monto promedio anual doble de sus remuneraciones, bonificaciones e incentivos en relación a aquellos profesionales que tienen un vínculo laboral bajo el Régimen Especial de Contrato Administrativo de Servicios (RECAS).⁶ Otro estudio auspiciado por la Dirección General de Recursos Humanos del MINSA ha elaborado un Índice de Trabajo Decente (ITD) para los trabajadores del sector salud, concluyendo que la percepción de insatisfacción laboral es muy profunda en el grupo de trabajadores que se encuentran vinculados laboralmente bajo el régimen del D. Leg. 1057 RECAS.¹ Estas reflexiones resultan importantes, pues existen evidencias, que la inseguridad en el empleo, la temporalidad y en general la precariedad laboral se relaciona con múltiples indicadores de salud, y han puesto de manifiesto su influencia en la calidad de vida laboral de la enfermera.

La problemática se evidencia actualmente pese a que en los últimos años, el nivel de especializaciones y la obtención cada vez mayor de grados académicos, han sido una constante en toda Latinoamérica, consecuentemente un importante número de profesionales de enfermería han logrado un importante status de “especialistas”, “investigadoras” y/o “gestoras al frente de una institución o unidad académica”. Sin embargo, estos importantes avances no son reconocidos por el común de la gente, o los demás profesionales; sobre todo, en los escenarios laborales la enfermera prioritariamente sigue siendo quien “obedece órdenes” o “cumple con diligencia las indicaciones médicas”. Es decir la profesión basada en el “hacer”, de un nivel “mando medio” integrada por profesionales que “auto sacrifican” su vida, trabajando largas jornadas laborales por el don que poseen de servir a los demás.

Aún más, por la implementación del sistema neoliberal las condiciones laborales cada vez protegen menos a los trabajadores, caracterizado sobre todo por contratos

¹RECAS (Régimen Especial de Contrato Administrativo de Servicios) Es una modalidad de contratación que implica un vínculo laboral con el MINSA de tipo provisional con restricción de beneficios sociales

temporales, con mínimos beneficios sociales, pero altas exigencias en lo que respecta a la productividad. En ese contexto, se hace fácil comprender que los establecimientos de salud albergan profesionales de diferentes generaciones, cada una con diferentes condiciones y tipos de contrato, generando marcadas diferencias en los beneficios laborales lo que desencadena un actuar con diferentes responsabilidades en su labor y proceder profesional.

Existe alta demanda de trabajo hospitalario para la enfermera, que en un turno de seis o doce horas tiene que cumplir con el cuidado de 20 a 30 personas, lo cual incrementa las exigencias psicológicas cuantitativas relacionadas con la necesidad de realizar un gran volumen de tareas asistenciales y administrativas, lo que genera fatiga, tensiones físicas y psíquicas.

En ese clima de vulnerabilidad puede producirse con facilidad situaciones de conflictividad, de fallas en los procesos comunicativos, incluso de competitividad entre pares o con otros profesionales del equipo de salud, evidenciándose serios conflictos personales/ laborales que crean un clima organizacional inadecuado para el trabajo y para las personas. Más aún, cuando entre los miembros del equipo de salud sienten que la exigencia de ciertas obligaciones laborales no es equitativa para todos. Por ejemplo el cumplimiento de los horarios de trabajo son exigidos para las enfermeras, mientras que otros profesionales lo incumplen ampliamente, es más en los –turnos nocturnos- van a “descansar” y pide se les avise caso suceda alguna emergencia. Y pese que la enfermera tiene que permanecer toda la noche, no siempre tiene un lugar, ni mueble adecuado para descansar los minutos entre procedimientos o atención a la persona cuidada.

En otras ocasiones son las mismas gestoras enfermeras que contribuyen a deteriorar el clima organizacional al elaborar programaciones de trabajo inequitativas tanto en la secuencialidad de los turnos y número de guardias, sin el suficiente intervalo de descanso, como en la alta rotación de enfermeras especialmente contratadas, sin considerar su preparación específica o preferencia para determinada área de especialización.

Las consideraciones vertidas líneas arriba hicieron eco con la realidad encontrada en nuestro escenario de investigación y que fueron corroborados en los resultados del

informe técnico del estudio del clima organizacional en el año 2013. Aquí se encontró que un 73% del personal entrevistado es personal asistencial, quienes laboran en los servicios de hospitalización: emergencia, sala de operaciones servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento. Este estudio reveló que alto número de los trabajadores de salud se sienten afectados en sus remuneraciones, estando sólo el 15% conformes con ellas, un 21% refiere mejorar la toma de decisiones y la comunicación organizacional (28%). Esta última dimensión es la que evalúa las redes de comunicación hospitalaria que existen y atienden las quejas para darle solución. Otras dimensión evaluada fue el confort que alcanzó apenas un 6% de satisfacción, las variables más influyentes fueron la limpieza en la institución, comodidad en las instalaciones y ambientes agradables.⁷

La investigadora en su experiencia de más de 25 años de trabajo asistencial percibe una ambivalencia, por un lado considera que ser enfermera trae grandes satisfacciones pero simultáneamente se vive un desencanto, apatía y muchas necesidades no resueltas en el cuidado cotidiano. Cuidado que se ve afectado por la falta de espacio físico, o la inadecuada iluminación, mobiliario y equipamiento deteriorado etc. Lo cual incide en la calidad de vida percibida por la enfermera y puede llegar a ser un estresor importante en el trabajo. Es frecuente además ver pasillos estrechos en los hospitales atiborrados de pacientes en camillas o sillas de ruedas en espera de atención. La dotación escasa de personal de enfermería, y escasos de profesionales médicos en los servicios de emergencia, provocan que los tiempos de espera de la atención se retarde. Estas situaciones representan caldo de cultivo para la aparición de reclamos o quejas por parte de los pacientes y familiares que exigen calidad y oportunidad en su atención sanitaria e incluso eventualmente generen brotes de violencia por la familia o paciente contra la enfermera.

Como se puede ver existen en el medio laboral hospitalario diferentes condiciones que pueden estar afectando la calidad de vida laboral de las enfermeras, que ponen en evidencia la precarización del trabajo de enfermería comprendida como un fenómeno de desprotección laboral y social, en el cual el sentido del trabajo como condición básica y fundamental de la vida humana y de las relaciones sociales se vulnera frente a la limitación de las posibilidades de las enfermeras de desarrollar sus potencialidades humanas.

Estas reflexiones llevaron a la investigadora a plantearse algunas interrogantes: ¿qué factores presentes en el entorno de trabajo de la enfermera influyen en su satisfacción laboral?, ¿cómo influye la calidad de vida laboral de enfermería en la prestación de cuidados? ¿De qué manera su calidad de vida en el trabajo afecta, su vida personal y/o familiar? ¿Se vive un ambiente de cuidado en las relaciones interpersonales con el equipo de salud? ¿Percibe la enfermera posibilidad de desarrollo para su ser y quehacer en el entorno hospitalario?

Estas preguntas constituyen ejes norte adoras para la realización del estudio y problema de investigación: ¿Cómo es la calidad de vida laboral de la enfermera de un hospital público de la Ciudad de Lambayeque, 2017?, también nos permitió plantearnos objetivos:

- Caracterizar la calidad de vida laboral de la enfermera de un hospital público de la ciudad de Chiclayo 2017.
- Analizar y discutir la calidad de vida laboral de la enfermera de un hospital público de la ciudad de Chiclayo 2017.

Relevancia y Justificación

El presente trabajo de investigación constituye un intento de la investigadora por poner en evidencia la calidad de vida laboral de las enfermeras, en el marco del cuidado en un hospital público. El problema de la calidad de vida laboral de la enfermera en los entornos hospitalarios está llegando a límites álgidos que precisan un mayor interés y foco de atención de parte de las políticas de gobierno y laborales, particularmente inducir una reflexión desde la perspectiva de la importancia del rol social que cumple esta profesional en la atención de las necesidades sanitarias de nuestra región; y por lo tanto, representan un colectivo que requiere realizar su trabajo con el mayor grado de satisfacción y realización personal en desempeño de su labor.

La implementación de las soluciones es difícil dada la complejidad de esta problemática cargada de altas demandas y numerosos factores de análisis y abordaje, sin embargo este estudio pretendió aportar con una reflexión o sensibilización a las

autoridades de los centros hospitalarios y buscar estrategias que permitan implementar acciones para la mejora de la calidad de vida laboral de la enfermera. De igual modo esta reflexión puede hacerse extensiva a la misma enfermera que debe ser consciente de la necesidad de hacer prevalecer sus derechos e impedir situaciones que vayan en menoscabo de su desarrollo integral y dignidad profesional.

El presente estudio podrá servir como orientador para impulsar nuevas discusiones e investigaciones sobre este tema; con enfoques cuantitativo y cualitativo de investigación que aporta una riqueza trascendente al análisis y discusión de la calidad de vida laboral de la enfermera desde la perspectiva del desarrollo humano integral.

CAPÍTULO I

LA CALIDAD DE VIDA LABORAL EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

1.1. Antecedentes

Al realizar la búsqueda de antecedentes sobre el objeto de estudio, encontramos numerosos trabajos internacionales, orientados al estudio de la calidad de vida laboral de la enfermera, con un enfoque metodológico cuantitativo; en muy pocas investigaciones se encontraron el enfoque cualitativo. A nivel nacional y local, se ubicaron investigaciones que trabajan algunas variables relacionadas con satisfacción laboral, pero muy pocas enfocadas al estudio de la calidad de vida laboral. Presentamos algunos resultados relevantes para nuestro objeto de estudio investigado.

En el 2015 se realizó en Brasil la investigación “*Estrés ocupacional y calidad de vida en profesionales de enfermería*”⁸ cuyo objetivo fue verificar la presencia de estrés laboral y la calidad de vida relacionada con la salud en profesionales de enfermería. Fue un estudio descriptivo, corte transversal, se utilizaron tres cuestionarios: (a) Cuestionario socio-demográfico, (b) Job Strain Scale y (c) Item Short Form Health Survey. Análisis estadístico se realizó mediante asociaciones entre los cuestionarios, análisis de varianza (ANOVA) y de regresión lineal simple y múltiple. Se encontró que 60,8% de los participantes experimentan una alta demanda en el trabajo, 71,8% un alto control sobre la actividad realizada, y 85,5% bajo apoyo social. De los ocho dominios de la calidad de vida relacionada con la salud, los más afectados fueron: dolor ($\mu = 61,87$) y la vitalidad ($\mu = 62,25$). Se concluyó que, además que la presente muestra tenga riesgo intermedio de estrés, y la calidad puede ser comprometida.⁸

Otro interesante trabajo titulado *“Factores asociados a Calidad de vida de enfermeras hospitalarias chilenas”* cuyo objetivo fue conocer la Calidad de Vida de enfermeras hospitalarias, y los factores asociados. El universo estuvo constituido por 100 enfermeras de un hospital de la octava región, Chile. El instrumento constó de un cuestionario, cuya finalidad fue conocer variables biosocio-demográficas influyentes, y, la escala de medición de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, validada en población chilena. Los resultados indican que el Dominio Relaciones Sociales (media=77,38) es el mejor percibido por estas enfermeras. Y el peor, el Físico (media=54,56). La Calidad de Vida Global, fue conceptuada como “Buena” (media=3,99), y, la Calidad de Vida en Salud, se percibe “Conforme” (media=3,97). Las variables que resultaron predictores para la Calidad de Vida son: edad, situación de pareja y realizar turnos de noche. Dado los resultados, la condición de mujer de las enfermeras y su triple rol, se sugieren nuevos estudios que profundicen, especialmente, en aquellas variables que no resultaron estadísticamente significativas.⁹

A nivel nacional se reporta el trabajo titulado *“Satisfacción laboral y factores asociados en personal asistencial médico y no médico en un hospital nacional de Lima-Perú”*. Cuyo objetivo fue determinar la satisfacción laboral y factores asociados en personal médico y no médico del Hospital Nacional Dos de Mayo. La muestra estuvo conformada por 75 médicos, 65 enfermeras y 87 técnicos de enfermería. Resultados: 26.2% de satisfacción en las enfermeras, 22,7 en el personal médico y el 49.4 en el personal técnicos de enfermería. Los factores asociados difieren notablemente en el personal médico y no médico.¹⁰

La investigación cuantitativa *“Satisfacción y Desempeño Laboral del Profesional de Enfermería de los Servicios de Hospitalización del Hospital Regional Docente Las Mercedes- Chiclayo. Perú”*. Con enfoque correlacional y transversal, tuvo como objetivo determinar la relación existente entre la satisfacción y el desempeño laboral del profesional de enfermería, en una población de 58 enfermeras. Los resultados reportan que el 81% de los profesionales de Enfermería del Hospital Regional Docente Las Mercedes tienen un nivel de satisfacción laboral regular. Así mismo el 69% tiene un desempeño laboral notable.¹¹

1.2. Bases Teórico-Conceptuales

El marco teórico en la presente investigación abordó el concepto de calidad de vida laboral, desde la perspectiva teórica - metodológica de Segurado Torres y Agulló Tomás⁴; articulando su análisis con los conceptos de enfermera y enfermería, para lo cual se trae diversos autores relacionados a la temática.

En primer lugar es necesario acercarnos a la conceptualización de lo que es enfermera y enfermería. La enfermera es aquella persona con una preparación formalizada superior, que dirige su ciencia y arte al cuidado de otra persona o grupo de personas, logrando de esta manera la meta profesional: el cuidado de enfermería, que es entre todos los componentes de la práctica, el medio a través del cual se logra la meta específica del profesional.¹²

Enfermería como profesión forma parte de los esfuerzos para mejorar la calidad de vida de las personas, intentando resolver mediante su práctica, aquellos problemas que se interponen o influyen en su logro¹³, sin embargo, es necesario reflexionar que la enfermera es también una persona que requiere un cuidado para sí, de modo que le posibilite satisfacción personal y, bienestar en su entorno de trabajo.

Enfermería como disciplina es un cuerpo de conocimientos que evoluciona de manera independiente y tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia: el cuidado y la salud. Enfermería en su perspectiva disciplinaria está sujeta a cambios, que tienen como raíz la modificación de su estructura conceptual y está influenciado por condicionantes sociales, históricos y económicos.¹³ Lo que es indiscutible para el análisis de la enfermería y su calidad de vida laborales su relación con ese contexto socio histórico que condiciona su evolución y el ejercicio de su práctica profesional.

Es menester de igual modo el conocimiento de los factores que influyen en la calidad de vida laboral pues el trabajo es una actividad humana individual y colectiva, que requiere de una serie de contribuciones (esfuerzo, tiempo, aptitudes, habilidades, entre otras), que los individuos desempeñan esperando en cambio compensaciones económicas y materiales, más también psicológicas y sociales, que contribuyan a satisfacer sus necesidades.¹⁴En este sentido se hace necesario delimitar el concepto de calidad de vida laboral.

Este constructo es amplio y heterogéneo debido a la pluralidad de temas vinculados al mundo del trabajo; existen diferentes disciplinas, enfoques teóricos y áreas de estudios que lo abordan; por lo tanto, la delimitación conceptual de este constructo, reporta amplia dificultad. Desde su aparición a mediados de la década de los 70 hasta la actualidad se han realizado muchas publicaciones e investigaciones que han generado una amplia variedad de dimensiones que se encuentran relacionados con la calidad de vida laboral.⁴

Entre esas dimensiones, resaltamos dos: la calidad de vida del entorno de trabajo o perspectiva objetiva; y la calidad de vida laboral psicológica o perspectiva subjetiva. Este enfoque resulta importante pues se necesita la integración de ambas posturas para evitar una visión reduccionista de los fenómenos relacionados con la calidad de vida laboral. La primera de ellas, tiene como meta mejorar la calidad de vida laboral mediante la consecución de los intereses organizacionales, siendo el centro de su análisis el conjunto de la organización,- entendida como un sistema-.Por lo tanto analiza el macro sistema.⁴

Al referirse a esta perspectiva objetiva, el autor nos explica que hace alusión a condiciones ambientales, organización del trabajo, contenido del puesto, horarios, salario, salud y seguridad laboral, ritmo de trabajo etc. Por lo tanto depende de la naturaleza y condiciones de trabajo.⁴Teniendo en consideración esta dimensión, intentaremos analizar de manera breve, algunas de sus implicancias para el caso de enfermería, destacando características que a nuestro entender pueden resultar más relevantes; y luego haremos lo propio con la perspectiva subjetiva.

Al referirnos al medio ambiente físico en el contexto hospitalario, los trabajadores enfermeros, están expuestos a una serie de riesgos como: la exposición a agentes infecciosos, posturas inadecuadas, levantamiento de cargas durante la manipulación de los pacientes, desplazamientos múltiples, exposición a sustancias químicas irritantes, alergénicas y/o mutación génicas y a radiaciones ionizantes, bien conocidos como productores de daños a la salud de los trabajadores.¹⁵

La enfermera al estar en contacto permanente con los fluidos orgánicos del paciente enfermo (saliva, esputo, sangre, heces etc.) sin las medidas de protección

adecuadas (mascarillas, mandilones, botas etc.) y sin condiciones de trabajo adecuadas, que permitan el cumplimiento de las prácticas de asepsia correctas, hacen de los riesgos biológicos, uno de los principales riesgos a los que se expone el personal de enfermería y en general el personal de salud.¹⁶ No es un secreto que en nuestros hospitales, en la mayoría de los ambientes de trabajo (emergencia, hospitalización, pabellones quirúrgicos, etc.), el personal no cuenta con lavamanos en perfectas condiciones, con flujo continuo de agua limpia, jabón en dispensador estéril y toallas descartables para el lavado correcto de las manos, principal práctica de asepsia y antisepsia para disminuir la exposición a los riesgos biológicos. Estas prácticas inadecuadas generan otros factores de riesgo, como son los factores mecánicos o de accidentes: la ocurrencia de heridas o pinchazos, que a su vez constituyen la puerta de entrada para enfermedades infectocontagiosas, como la hepatitis B, el SIDA, etc.¹⁷

En los hospitales se utilizan grandes cantidades de sustancias químicas, tales como desinfectantes, drogas citostáticas, gases anestésicos etc. pudiendo un buen número de ellas ocasionar irritaciones, procesos de sensibilización, daños sobre diversos órganos, malformaciones congénitas, mutaciones e inclusive cáncer. La exposición de las enfermeras ocurre básicamente a través de la inhalación de las drogas en forma de gases y/o aerosoles, así como por contacto directo con la piel y mucosas. La administración de las mismas, se realizan en ambientes restringidos, con inadecuada ventilación y sin los equipos de seguridad recomendados por La Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (Occupational Safety and Health Administration- OSHA).¹⁷

Desde hace muchos años los estudios epidemiológicos han puesto en evidencia que el dolor de espalda, particularmente a nivel de la región lumbar (conocido como lumbalgia), es uno de los principales problemas de salud laboral del personal responsable del cuidado de los pacientes a nivel hospitalario. La lumbalgia es causa de elevadas tasas de morbilidad, ausentismo laboral y demandas por compensación de accidentes o enfermedad profesional a nivel mundial. La actividad de frecuente manipulación de los pacientes y los elevados niveles de estrés postural a causa de la posición de pie prolongada, posturas incómodas como por ejemplo: torsión o flexión del tronco, etc.) y/ o la marcha excesiva durante la jornada laboral representan los factores de riesgos

fisiológicos o de sobrecarga física del personal de enfermería más conocidos.¹⁸ Todas estas categorías de riesgo inciden en la calidad de vida percibida por las enfermeras.

A nivel hospitalario, también existe para el personal de enfermería y el resto del equipo de salud, el riesgo de traumatismos y caídas. En muchos casos asociados a las características arquitectónicas del hospital (espacios restringidos, hacinamiento de equipos y personas, etc.). También se puede presentar riesgo de incendios y explosiones, debido a intervención humana (cigarrillos, etc.), mal uso de gases anestésicos, oxígeno, líquidos inflamables, falta de mantenimiento y señalización de las instalaciones eléctricas etc.¹⁷

Un elemento del medio ambiente físico que puede ser referido como influyente en la percepción de la calidad de vida laboral de las enfermeras y del equipo de salud en general son las condiciones de higiene y saneamiento ambiental hospitalarias. Pisos, paredes y techos, al igual que sanitarios de pacientes y trabajadores(as), equipos y procedimientos de recolección de los desechos hospitalarios deben existir como condiciones mínimas en estos centros, debido al tipo de usuarios y servicios que allí se prestan; el saneamiento básico es una de las medidas fundamentales para minimizar y/o controlar el riesgo potencial de infecciones intrahospitalarias.

En nuestros hospitales parece ser que este discurso elemental no forma parte de su dinámica diaria, por el contrario pisos y paredes sucios, techos con filtraciones, sanitarios en pésimas condiciones (focos de contaminación intrahospitalarios) son la norma en particular en los hospitales públicos que adolecen de mala administración y presupuestos bajos para contemplar esta necesidad. Existen además otras condiciones del entorno físico, que inciden en la percepción de la calidad de vida laboral de las enfermeras: el ruido, la exposición a radiaciones ionizantes y no ionizantes, las condiciones de iluminación y ventilación deficientes en los hospitales, así como las temperaturas incómodas. Es necesario resaltar que la amplitud, el orden y la limpieza, así como el confort de los ambientes de trabajo son condiciones básicas que influyen en la motivación para el buen desempeño del trabajo.

La forma como se organiza el trabajo de enfermería a nivel hospitalario puede ser fuente de stress, problemas de salud del personal influyendo su calidad de vida laboral.

En general la actividad de enfermería se caracteriza por supervisión y control de superiores masculinos, casi siempre médicos, bajas remuneraciones, sistema de jornadas por turnos generalmente rotativas incluyendo nocturnas y, en los países subdesarrollados, frecuentes alargamientos de la jornada por horas extras o doble turno, altas cargas físicas y psicológicas.¹⁹

Con respecto al doble turno o “redoble”, en un estudio sobre: “condiciones de trabajo de las enfermeras y las alteraciones de su ciclo menstrual” actualmente en desarrollo, exploraciones preliminares reportan que en el Hospital Central de Maracay, un 42% de las auxiliares y enfermeras redoblan su turno, para intentar compensar la precariedad de su salario. Como es fácil deducir, la deficiente remuneración, el doble turno, el trabajo nocturno, así como las exigencias físicas y psíquicas del trabajo de atención a los enfermos en condiciones precarias en nuestros hospitales, sin la cantidad y calidad de insumos a causa de la llamada crisis hospitalaria, el elevado volumen de pacientes y ritmo de trabajo generan un perfil de malestares y/o enfermedades caracterizado por: trastornos del estado de humor y sentimiento (irritabilidad, depresión), fatiga crónica, trastornos del sueño, cefaleas, trastornos gastro-intestinales, trastornos alimentarios y otros.²⁰

El salario es otro de los aspectos más valorados del trabajo, aunque el potencial motivador del mismo está en función de varias variables. Si existe una percepción de inequidad entre las contribuciones y las compensaciones recibidas, provoca un estado de tensión en el trabajador que lo impulsa a romper ese desequilibrio. Cuando los trabajadores no consideran su salario relacionado con el rendimiento pueden producirse insatisfacción, absentismo, deseo de abandonar el centro de trabajo, bajo rendimiento, falta de dedicación, conflicto de intereses, etc.²¹

Los profesionales de enfermería hacen parte de la fuerza de trabajo del país y por consiguiente utilizan los ingresos que perciben para suplir sus necesidades básicas de supervivencia, las cuales son las que primero deben de ser satisfechas para poder tener elementos con los cuales luchar en búsqueda de los otros satisfactores, entre ellas están: el alimento, el vestido, la vivienda etc. Cuando dichos ingresos no son obtenidos o no son suficientes, es cuando se presenta la inconformidad, el desespero y la insatisfacción,

deteriorándose de esta manera la calidad de vida laboral y por ende el desarrollo humano. La estabilidad del puesto supone una relación positiva con la satisfacción laboral y con el compromiso con la organización. Además en situaciones de inestabilidad del puesto de trabajo, las personas están más predispuestas a aceptar sobrecarga de trabajo y condiciones ambientales menos adecuadas, que añaden más experiencias estresantes, a las ya existentes de la inestabilidad.²¹

Las condiciones de empleo del personal de enfermería en nuestro país no son equitativas y dependiendo del tipo de régimen contractual que ella tenga, será poseedora de mayores o menores prestaciones sociales, lo que genera una percepción de inequidad e insatisfacción en el trabajo de la enfermera peruana.

Una de las dimensiones influyente en la vida laboral de los profesionales de enfermería son los horarios nocturnos de trabajo; esta modalidad de servicio rotativo es frecuente, lo cual supone una gran dificultad en el mantenimiento de una vida familiar y social normal. Asociado a este problema es frecuente que los trabajadores presenten problemas de sueño, fatiga y alteraciones en los ritmos circadianos. Por otro lado, este tipo de horario muchas veces impide conciliar de manera adecuada el rol de mujer trabajadora, esposa y de madre. Sin embargo, diversos autores coinciden en señalar que es difícil encontrar antecedentes que permitan dar cuenta de esta doble condición integradora, que de alguna manera aborden simultáneamente los riesgos para la salud y también el bienestar derivados de sus dos ámbitos laborales: el hogar y los hospitales.¹⁹

Lo que se ha tratado hasta el momento corresponde a la dimensión objetiva de la calidad de vida laboral; esta visión objetiva se complementa con la calidad de vida subjetiva, es decir la calidad de vida laboral psicológica que muestra un mayor interés por los aspectos subjetivos del trabajador y persigue, fundamentalmente, la satisfacción, la salud y el bienestar, anteponiendo los intereses individuales a los de la organización. Así, su foco de análisis se centra en el microsistema. Por tanto, como experimente cada trabajador su ambiente de trabajo, determinará en gran medida su calidad de vida laboral.⁴ En lo que respecta a las condiciones subjetivas presentamos aquí aquellas que la investigadora considera más relevantes: y están las dimensiones referidas al individuo y su actividad profesional, como oportunidad que el puesto de trabajo le proporciona para

la utilización y desarrollo de conocimientos destrezas y habilidades; así como, las posibilidades de hacer efectivas sus potencialidades, de modo que pueda realizar sus propias aspiraciones. Ello constituye un factor motivacional de gran relevancia, ya que producen sentimientos de logro y de satisfacción con uno mismo.

Otro aspecto importante que debe ser considerado en la perspectiva subjetiva de la calidad de vida laboral, es la relación entre la esfera privada y el desempeño del trabajo que se influyen mutuamente,²² los problemas de tipo afectivo, enfermedad en el seno de la familia, la necesidad de atención extra a hijos pequeños o a familiares con problemas, etc., es decir tanto las circunstancias potencialmente estresantes, como las crónicas pueden tener repercusiones en el desempeño de la actividad laboral. Por otro lado, las exigencias del trabajo pueden suponer la falta de atención hacia las responsabilidades familiares con grave repercusión para la vida privada de la enfermera. La posibilidad de armonizar las responsabilidades familiares y laborales, se constituye en un factor que necesariamente tiene que ser atendido, cuando consideramos la calidad de vida del profesional.

En esta calidad de vida laboral, no podemos dejar de evaluar la dimensión subjetiva, que vienen a ser las relaciones entre los miembros del grupo de trabajo, pues constituyen un factor central de la salud personal y organizacional. Es un hecho que la oportunidad de relación con compañeros de trabajo, es una variable habitualmente muy valorada. Por el contrario, la ausencia de contacto con otros trabajadores o la falta de apoyo y cooperación entre compañeros pueden producir, elevados niveles de tensión u estrés, entre los miembros del grupo.²³ La confianza, la comunicación espontánea y el apoyo mutuo; en definitiva las relaciones personales constituyen un factor muy importante, a la hora de hacer posible el éxito en los grupos de trabajo. En la medida que estas relaciones se pierdan o sean inexistentes, se hace más difícil la colaboración y pueden llegar a convertirse en una fuente de estrés que afecte la calidad de vida laboral. Finalmente, la dimensión de participación de los trabajadores, es muy importante; la existencia de estos canales permite que la percepción del grupo, sea de integración con la institución, y genera toma de conciencia como parte importante de la institución, lo que favorece la satisfacción con el trabajo y su bienestar psicológico.²³

Como se ha podido apreciar el concepto de calidad de vida laboral es multidimensional y está relacionado con los aspectos más relevantes, para la satisfacción, la motivación y el rendimiento de los trabajadores. En base a las anteriores reflexiones, y considerando las propuestas metodológicas y conceptuales de Segurado y Agulló, afirmamos que la calidad de vida laborales un proceso dinámico y continuo donde la actividad laboral está organizada objetiva y subjetivamente, tanto en sus aspectos operativos como relacionales, en orden a contribuir el más completo desarrollo del ser humano.⁴

Todas estas dimensiones que pueden ser atribuibles para el mejoramiento de la calidad de vida laboral de las enfermeras en los contextos hospitalarios deben ser atendidas con diligencia por los responsables de direccionar las instituciones de salud. Se puede afirmar de manera fehaciente que la calidad de los servicios prestados en estas instituciones de salud se relaciona directamente con la satisfacción de los profesionales que lo integran. Es necesario recordar que la enfermera no sólo es una profesional que cuida; atendiendo a una perspectiva antropológica, es una persona con dignidad intrínseca, que también necesita ser cuidada en su calidad de vida. Se puede afirmar que atendiendo a su esencia personal la enfermera se constituye también como un sujeto de deberes y derechos, condición indispensable para entender la importancia de su ser y hacer así como las implicancias de su cuidado.

CAPÍTULO II

TRAZANDO EL CAMINO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de Investigación

El tipo de investigación elegida fue cualitativa descriptiva explicativa. Se optó por este enfoque dada la complejidad de nuestro objeto de investigación y sus diferentes dimensiones lo que permitió un delineamiento de la realidad a través de la narración, registro, clasificación, análisis e interpretación de la naturaleza actual de los procesos para luego clasificarlos e interpretarlos²⁴ Por otro lado la investigación cualitativa nos permitió una aproximación sistémica que describió las experiencias de la vida otorgándole un sentido y significado.

Su objetivo es ver los acontecimientos, acciones, normas, valores, etc. desde la perspectiva del sujeto bajo una conceptualización del holismo que explora la profundidad, riqueza y la complejidad inherente a un fenómeno; el investigador desde una perspectiva de totalidad ve el escenario y las personas sin reducirlos a sus variables, al contrario lo integra como un todo que obedece a una lógica propia de organización, de funcionamiento y de significación.²⁵

De este modo en la presente investigación, considerando la naturaleza compleja de la Calidad de Vida laboral de las enfermeras, el uso de la metodología cualitativa ayudó a enfatizar los aspectos dinámicos y holísticos de nuestro objeto de estudio, pretendiendo que más allá de la mera descripción de la realidad del escenario hospitalario, se intente comprender y otorgar significado a todos aquellos procesos sociales que la influyen, y en gran medida la determinan. Para cumplir este objetivo se tomó en cuenta la perspectiva de las enfermeras que pasaron a ser nuestros sujetos de estudio.

La construcción de objetos de conocimiento dentro de las diversas tendencias de investigación cualitativa, obedece a un proceso de esclarecimiento progresivo en el curso de cada investigación particular. Esto significa, que el proceso se alimentó continuamente, en la confrontación permanente de las realidades intersubjetivas que emergieron a través de la interacción del investigador con los actores de los procesos y realidades socio-culturales y personales objeto de análisis, así como del análisis de la documentación teórica, pertinente y disponible.^{26, 27, 28.}

En razón a estas premisas, en la presente investigación se asumió una actitud de apertura a las diferentes posiciones y realidades subjetivas e intersubjetivas de cada actor social, buscando un esclarecimiento de sus significados y/o explicaciones atribuidos a los distintos fenómenos relacionados a la calidad de vida laboral y haciendo uso adicional de toda la información relevante que pueda aportar algún dato de interés para la interpretación de la realidad laboral de las enfermeras.

2.2. Abordaje Metodológico

Para esta investigación se utilizó un abordaje de estudio de caso, que es un método de investigación que implica un análisis completo y profundo de un individuo, grupo, institución o unidad social. El estudio de caso analiza temas actuales, fenómenos contemporáneos, que representan algún tipo de problemática de la vida real, en la cual el investigador no tiene control. Al utilizar este método, el investigador intenta responder el cómo y el por qué, utilizando múltiples fuentes y datos. El estudio de caso es una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares, la cual podría tratarse del estudio de un único caso o de varios casos, combinando distintos métodos para la recogida de evidencia cualitativa y/o cuantitativa con el fin de describir, verificar o generar teoría.²⁹

En esta tendencia se situó la metodología de la investigación sobre la calidad de vida laboral de las enfermeras de un hospital público, intentando realizar una profunda descripción e interpretación de las diferentes dimensiones sociales, organizacionales, y humanas presentes en ese contexto hospitalario y que inciden en la vida personal y laboral de sus enfermeras. En ocasiones estos estudios sirven para examinar fenómenos que no se han estudiado con el debido rigor, tal es el caso de la calidad de vida laboral de estas profesionales, que de acuerdo a la indagación de la investigadora, hay escasos trabajos, sobre todo de tipo cualitativo.

La investigación se desarrolló tomando como referencia cuatro principios del estudio de caso, citado por Menga Ludke y Andre³⁰

- a) Los estudios de caso se dirigen al descubrimiento: A pesar de que la investigadora partió de algunos presupuestos teóricos iniciales sobre la problemática laboral de la enfermera, a lo largo de la investigación se mantuvo alerta a la aparición de nuevos elementos importantes que fueron surgiendo como esclarecedores sobre el objeto de estudio. El conocimiento no es algo acabado, es una construcción que se hace y se rehace constantemente. Siendo así la investigadora se mantuvo siempre buscando nuevas respuestas en el desarrollo del trabajo, manteniendo una posición crítica e inquisidora.
- b) Los estudios de caso enfatizan la interpretación del contexto, fue necesario delimitar el contexto donde se sitúa al objeto de estudio -calidad de vida laboral de la enfermera, de tal manera que se pudo comprender las diferentes y complejas dimensiones que están inmersas para la manifestación, y subjetivación del fenómeno. Fue menester considerar las características del contexto histórico, social, político, y económicos vigentes a nivel macro y al mismo tiempo situar la calidad de vida laboral de la enfermera dentro del entorno hospitalario, con las diferentes características físicas, organizacionales y riesgos que ellas determinan. Para esta investigación también se tomó en cuenta el entorno personal, familiar, social y cultural de la enfermera, su cultura y valores, elementos que de uno u otro modo influyen en la percepción de su calidad de vida laboral.
- c) Los estudios de caso buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda: Dado la naturaleza multidimensional y compleja de nuestro objeto de estudio, este principio permitió revelar a través de densas descripciones de tipo objetivo y subjetivo la realidad laboral de las enfermeras, las distintas interacciones de elementos presentes que influyen o determinan sus manifestaciones, de manera que permitan un conocimiento de mayor profundidad y significación.

- d) Los estudios de caso procuran representar divergentes y conflictivos puntos de vista presentes en una situación social: la complejidad de las dimensiones, perspectivas, asumidas por los participantes en relación al objeto de estudio fueron reveladas en esta investigación, aunque aparentemente antagónicos y opuestos, pues de este modo se reveló la riqueza de realidad social con sus contradicciones naturales y dialécticas, en todo su potente dinamismo.

2.3. Sujetos de Investigación

Los sujetos de investigación fueron 26 enfermeras de un total de 60 profesionales que laboran en el Hospital Belén de Lambayeque. Los sujetos aceptaron de manera libre y voluntaria participar en esta investigación (Anexo 1) cumpliendo con criterios de inclusión previamente definidos: como ser profesional nombrado o contratado con más de un año de servicio que se encuentren laborando de forma continuada en algún servicio de hospitalización o emergencia del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.

Estos sujetos fueron caracterizados a través de un cuestionario socio-profesional (anexo 2), que permitió delinear el perfil personal, social, y laboral de las participantes del estudio. En el siguiente cuadro se muestra los resultados.

Enfermera entrevistada (Seudónimo)	Edad	Estado civil	Procedencia	sexo	Estudios de Post-grado	Condición laboral	Tiempo de Servicio	Trabaja en otra institución
1 Cerobe	52	Casada	Tacna	F	no	Destacada	10 años	no
2 Aguepe	55	Separada	Jaén	F	Especialidad y Maestría	Nombrada	23 años	no
3 Madiva	27	Soltera	Chiclayo	F	Especialidad	Contratada.	2 años	si
4 Pamedá	28	Soltera	Chiclayo	F	no	Contratada.	3 años	no
5 Rorovi	52	Viuda	Trujillo	F	Especialidad Y maestría	Nombrada	17 años	si
6 Carcot	47	Separada.	Trujillo	F	Estudiando especialidad	Contratada.	4 años, 2 meses	si
7 Cevical	52	Casada	Trujillo	F	Especialidad Y maestría	Nombrada	18 años	si

8 Mellalo	52	Casado	Amazonas	M	Especialidad y maestría.	Destacado	22 años	si
9 Vevame	38	Conviviente	Lambayeque	F	Estudiando especialidad	Contratada.	3 años	no
10 Delchegue	52	Separada	Lambayeque	F	Especialidad Y maestría.	Nombrada	27 Años	si
11 Marorcha	51	Casada	Chiclayo	F	Especialidad	Nombrada	22 años	no
12 Roconde	45	Casada	Trujillo	F	Especialidad	Contratada.	12 años	no
13 Nedecapi	30	Casada	Chiclayo	F	Especialidad	Contratada.	3 años	si
14 Mabe	45	Casada	Cajamarca	F	Estudiando especialidad	Nombrada	13 años	no
15 Betipa	31	Soltera	Chiclayo	F	no	Nombrada	15 años	no
16 Mersa	45	Soltera	Chiclayo	F	Especialidad Y maestría	Nombrada	20 años	si
17 Roxpui	42	Conviviente.	Lambayeque	F	Especialidad	Destacada	03 años	no
18 Rosbaram	54	Casada	Cajamarca.	F	Estudiando especialidad	Nombrada	27 Años	no
19 Enma	60	Casada	Cajamarca	F	no	Destacada	15 años	no
20 Cristina	57	Casada	Chiclayo	F	no	Destacada	12 años	no
21Luesga	49	Soltera	Cajamarca	F	Especialidad y maestría	Nombrada	20 años	si
22Adwonnc hu	49	Soltera	Chiclayo	F	Especialidad y maestría	Nombrada.	19 años	si
23Rubicha	53	Viuda	Lima	F	Especialidad y maestría	Nombrada	25 Años	si
24Luleo	53	Separada.	Lambayeque	F	no	Contratada.	7 años	no
25Electogo	63	Casada	Chiclayo	F	no	Nombrada	33 años	no
26Mapavi	54	Soltera	Lambayeque.	F	Especialidad	Nombrado	25 Años	no

El grupo de participantes en casi su totalidad son del sexo femenino y laboran indistintamente en servicios hospitalarios como emergencia, ginecología, medicina, pediatría, sala de operaciones, neonatología, cirugía y crecimiento y desarrollo. En su gran mayoría proceden de la región norte del Perú, de provincias como Cajamarca, Lambayeque y Trujillo.

Al realizar un análisis más detallado de las diferentes variables indagadas en este cuestionario, encontramos que 14 (53.8%) de las enfermeras participantes del estudio tienen más de 50 años de edad. Un número de 08 enfermeras (30.7%) tienen un tiempo de servicio de 0 a 10 años. En un segundo rango están 10 enfermeras (38.4%) que tienen un tiempo de servicio entre 10 y 20 años; finalmente 08 enfermeras (30.7%) con más de 20 años de servicio. Esta información nos permite inferir que los datos obtenidos a través de las entrevistas provienen de personas que cuentan con la suficiente madurez profesional y experiencia para caracterizar e interpretar con adecuada perspectiva, su calidad de vida laboral.

EDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
20-40 años	05	19.2 %
41- 49 años	07	26.9 %
50 a más	14	53.8 %
TOTAL	26	99.9 %

TIEMPO DE SERVICIO INSTITUCIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
0-10 años	08	30.7 %
10-20 años	10	38.4 %
20 años a más	08	30.7 %
TOTAL	26	99.8 %

La variable estado civil fue: casada en 11 profesionales, 2 convivientes, 4 separadas, 7 solteras, y 2 viudas. El análisis porcentual de esta variable será importante para confrontar con los hallazgos del capítulo de los resultados.

ESTADO CIVIL	NÚMERO	PORCENTAJE
Casada	11	42.3 %
Soltera	07	26.9 %
Conviviente	02	7.6 %
Separada	04	15.3 %
Viuda	02	7.6 %
TOTAL	26	99.7 %

En lo que respecta al tipo de estudios el 26.9% de las enfermeras no tienen estudios de post-grado, el 19.2% tienen estudios de segunda especialidad, 38.4% presentan estudios de especialidad y maestría, y 15.3% se encuentran en proceso de estudio. Estos datos revelan el interés de las enfermeras participantes por la capacitación, encontrándose las áreas de especialidad como cuidados críticos y emergencias, enfermería quirúrgica y neonatología como las más buscadas.

ESTUDIOS DE POST- GRADO	NUMERO	PORCENTAJE
Sólo Especialidad	05	19.2 %
Maestría y especialidad	10	38.4 %
Realizando estudios de post-grado	04	15.3 %
Ninguno	07	26.9 %
TOTAL	26	99.8 %

Con respecto a la condición laboral, se encontró una proporción de 53.8% de enfermeras nombradas, 26.9% de enfermeras contratadas y 19.2% de enfermeras destacadas. El 42.3% de las enfermeras laboran en otra institución en sus horas de descanso post-guardia, en el área asistencial o docente.

CONDICIÓN LABORAL	NUMERO	PORCENTAJE
Nombrado	14	53.8 %
Destacado	05	19.2 %
contratado	07	26.9 %
TOTAL	26	99.9

TRABAJO EXTRA-INSTITUCIONAL	NUMERO	PORCENTAJE
SI	11	42.3 %
NO	15	57.6 %
TOTAL	26	99.9 %

Las enfermeras que laboran en el Hospital Belén de Lambayeque constituyen una población total de 60 personas, de las cuales 42 son enfermeras nombradas 18son contratadas. Ambos grupos laborales a pesar de realizar el mismo trabajo y tener un vínculo laboral con el MINSA, tienen una regulación legislativa distinta para su ejercicio profesional que les condiciona diferencias en sus prestaciones sociales, montos remunerativos y estabilidad laboral.

Por otro lado, la investigadora observa otro tipo de inequidades que posiblemente influyan en la calidad de vida laboral de las enfermeras contratadas y destacadas como son: la alta rotación por servicios, la confección de roles que no respetan el suficiente reposo post guardia para la enfermera contratada, la falta de participación en la gestión organizativa etc. Por otro lado el personal destacado adolece anualmente de trabas de carácter administrativo para la renovación de sus destagues, apercibimiento de presupuestos para el pago de sus bonos y reconocimiento de otros derechos, que en algunas situaciones son postergados por no ser considerados como personal de planta. Por ese motivo, creímos conveniente incluir en el estudio al personal profesional contratado y destacado, pues es necesario identificar y reflexionar en los matices que probablemente hacen la diferencia en la calidad de vida laboral de los diferentes grupos de enfermeras.

A continuación presentamos la segunda parte del cuadro con los resultados del cuestionario socio-profesional, relacionado con información sobre su salud, vida familiar y recreativa, variables muy relacionadas e influenciadas por el trabajo y la forma como se lleva a cabo, y que en la perspectiva metodológica de nuestros referentes teóricos: Segurado y Agulló se constituyen en las dimensiones subjetivas de la calidad de vida laboral.⁴

Enfermera entrevistada (Seudónimo)	Servicio en Que labora	Tiempo De Trabajo (servicio)	Tiempo Para la recreación	Cuidado De niños o familiar dependiente	Es el mayor sustento Económico familiar	Tiene Enfermedad crónica	Tiene apoyo en las labores domésticas
1 Cerobe.	Emergencia	8 años	si	no	no	Reumatismo	Muy poco
2 Aguepe	Emergencia	17 años	si	sí, nietos	si	Diabetes	Muy poco
3 Madiva	Emergencia	2 años	Muy poco	no	no	no	si
4 Pameda	Emergencia	1 año	si	no	no	no	si
5 Rorovi	Medicina	15 años	Muy poco	no	si	no	Muy poco
6 Carcot	Emergencia.	2 años	Muy poco	si	si	Diabetes	Muy poco
7 Cevical	Medicina	14 años	si	si	no	Asma -HTA	no
8 Mellalo	Emergencia.	04 años	Muy poco	si	si	no	si
9 Vevame	Cirugía	02 Años	si	si	no	no	no
10 Delchegue	Neonatología	20 años	si	si	si	Diabetes	si
11 Marorcha	Sala de operaciones	16 años	si	si	no	Valvulopatía	si
12 Roconde	Ginecología	06 meses	si	si	no	no	Muy poco
13 Nedecapi	Cirugía	09 meses	si	si	no	no	si
14 Mabe	Neonatología	03 años	Muy poco	si	no	Rinitis	no
15 Betipa	Cirugía	03 años	si	si	si	no	si
16 Mersa	Emergencia	09 meses	si	si	si	Anemia	si
17 Roxpui	Neonatología	03 años	si	Si	no	Asma bronquitis	si
18 Rosbaram	Pediatría	18 años	si	si	no	Hipotiroidismo	si
19 Enma	Traumatología.	03 años	si	si	no	HTA	si
20 Cristina	Crecimiento desarrollo.	05 años	Muy poco	no	si	HTA	Muy poco
21 Luesga	Pediatría	10 años	si	no	no	no	si
22 Adwonchu	Pediatría	19 años	si	si	no	no	no
23 Rubicha	Neonatología	23 años	si	no	si	tendinitis	
24 Luleo	Cirugía	09 meses	Muy poco	si	si	no	si
25 Electogo	Traumatología	10	si	no	no	Diabetes	si
26 MAPAVI	Emergencia.	15 años	Muy poco	si	si	HTA	no

Las enfermeras participantes del estudio han laborado en sus respectivos servicios, menos de 5 años (53.8 %); en el rango de 05-10 años (11.5%); entre 11 a 15 años (11.5%) y más de 15 años (23%). Cabe resaltar que son las enfermeras contratadas, las de más reciente incorporación al hospital quienes presentan el menor tiempo de labor en un servicio, considerando además que por su condición de contrato temporal son rotadas con mayor frecuencia, que las enfermeras nombradas. Estas últimas tienen mayor permanencia en un servicio en base a su experiencia y estudios de especialización.

En la indagación sobre si disponen de tiempo para la recreación, las enfermeras participantes del estudio respondieron afirmativamente que si disponen de tiempo un 69.2% y un 30.7% hicieron referencia que “muy poco”. Entre las razones que más prevalecieron están los turnos rotativos nocturnos, que altera sus ciclos de vigilia, aumentando la fatiga y disminuyendo su descanso; otras respuestas fueron, por escaso presupuesto económico. Un 69.2% de los sujetos de estudio afirman tener la

responsabilidad principal del cuidado de niños o familiares dependientes en casa, siendo las enfermeras más jóvenes que cuidan a sus hijos o sobrinos y las de mayor edad son responsables por el cuidado de sus padres. Estas situaciones originan algunos efectos psicológicos perturbadores como ansiedad, estrés o preocupación, sobre todo si es que no cuentan con el apoyo familiar necesario para estas circunstancias, tanto económico como para el cuidado mismo. El 42.3% de las enfermeras entrevistadas refirieron representar el principal ingreso económico familiar en sus hogares y sólo el 61.5% manifestaron tener apoyo familiar o doméstico para las labores del hogar y el cuidado de sus familiares dependientes.

En el grupo de estudio se constató la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles que pudiesen haberse originado de manera espontánea o como enfermedades ocupacionales, producto de los constantes riesgos físicos, psicosociales o ergonómicos a los que se encuentra expuesta la enfermera por la naturaleza de su trabajo. El 61% afirmaron padecer una enfermedad crónica, entre cuales fueron referidas: Hipertensión arterial, diabetes, asma, rinitis, valvulopatía, anemia, reumatismo, artrosis de rodilla, hipotiroidismo, estrés.

2.4. Escenario

El escenario corresponde al Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Es un establecimiento de salud de nivel II-1, Unidad ejecutora 402, que depende de la Dirección Regional de Salud y del Gobierno Regional de Lambayeque. El hospital brinda atención en algunas especialidades, orientadas a toda la población de la Provincia de Lambayeque, derivados de los centros y puestos de Salud existentes, así como de las provincias de Chiclayo, Ferreñafe. También se constituye en centro de referencia para los pacientes de la población no asegurada de la Macro Región, que incluye al Sur de la Región Grao (Piura- Tumbes), Región Cajamarca, Región Amazonas y parte de la Región San Martín, así como a la población norte de la Región Libertad.

El Hospital Belén de Lambayeque cuenta con 120 camas hospitalarias, brindando atención de hospitalización en los servicios de medicina general, cirugía general y especialidades, ginecología, obstetricia, Pediatría y neonatología. Actualmente, cuenta con una infraestructura de aproximadamente 70 años de antigüedad, hecha de material rústico en un 70% y de material noble en un 30%; contando con 55 ambientes distribuidos en un 40% con áreas administrativas y el 60% con áreas asistenciales.

Los servicios de hospitalización cuentan con un equipamiento básico (mobiliario, equipamiento e insumos), que resultan limitados e insuficientes para brindar un cuidado de calidad. Los profesionales de salud profesional y no profesional, particularmente la enfermera tiene que ingeniarse y poner en práctica su creatividad para garantizar el cuidado mínimo a los pacientes.

En el hospital se cuenta con un total de 60 enfermeras, con un número de 42 nombradas y 18 contratadas que realizan turnos rotativos en los diferentes servicios a nivel hospitalario, siendo diez (10) las enfermeras programadas para las denominadas áreas críticas (servicio de emergencia, sala de operaciones, neonatología) y 05 para cada servicio de hospitalización (medicina, pediatría, cirugía, ginecología, traumatología). La dotación de personal de enfermería a nivel hospitalario resulta insuficiente, lo que plantea enfrentar en algunas oportunidades, problemas de sobrecarga de trabajo para las enfermeras, pues también es necesario cubrir las plantillas de roles del personal con goce vacacional, descansos médicos y de personal profesional de enfermería para el área de consulta externa y las responsables de las estrategias sanitarias en el área de salud pública.

Para la presente investigación, se definió como escenario de estudio los servicios de: emergencia, medicina, cirugía, ginecología, traumatología, pediatría, neonatología y sala de operaciones. Estos servicios se constituyen en sistemas sociales complejos que propician interacciones de muchas personas, con diversidad de roles y funciones, haciendo más complejo su relacionamiento diario, a nivel individual, grupal e institucional. Aún más, no existe homogeneidad en la infraestructura, equipamiento y condiciones físicas del ambiente físico para los diferentes servicios hospitalarios.

En los últimos años se ha realizado una modernización de los servicios de traumatología, cirugía, neonatología, ginecología, pediatría, gracias un proyecto de construcción e implementación de un nuevo módulo de dos pisos que ha permitido un mejoramiento de su infraestructura y servicios. Es evidente que estas mejoras han repercutido favorablemente en la calidad de atención de los pacientes y calidad de vida laboral de la enfermera, pues proporcionan confort, amplitud para el desarrollo del trabajo.

Otra realidad contrasta con la vivida en los servicios de medicina y emergencia, especialmente esta última, donde se observa pasillos estrechos, tópicos de reducido tamaño que no se abastecen para la creciente demanda de atenciones; las salas de observación hombres y mujeres con una capacidad de 05 camas cada sala, no guardan la distancia estándar normada para este tipo de servicio entre las unidades de paciente, situación que produce discomfort para el trabajo de la enfermera por la dificultad de desplazamiento del personal y pacientes durante las atenciones.

El Hospital Belén de Lambayeque adolece como hospital público del Ministerio de Salud de una serie de deficiencias generadas por una inoperancia en la administración de los presupuestos asignados. A pesar de existir en la actualidad necesidades de mejoramiento de la infraestructura y equipamiento hospitalario, se realiza una ejecución del gasto por debajo de los presupuestos asignados por parte de las unidades ejecutoras, que anualmente terminan revirtiendo los fondos económicos asignados al tesoro público. Esta situación perjudica a los hospitales que ven afectados la calidad del servicio y su expansión tan necesaria acorde a una demanda de atención en crecimiento. Los limitados presupuestos en salud pública obliga siempre a delicados ejercicios de priorización: mejorar las remuneraciones, ampliar las plantillas, renovar o adquirir nuevos equipos, adecuar las infraestructuras y los sistemas de información. Estas decisiones muchas veces obedecen a intereses políticos que optan por intervenciones visibles, antes que prioritarias.

2.5. Instrumentos de Recolección de Datos

El principal instrumento de recolección de datos fue la entrevista semi-estructurada a profundidad (Anexo 2) y para complementar la información, se aplicó a las enfermeras un cuestionario socio-profesional (Anexo 3) que permitió determinar el perfil de las personas entrevistadas.

Para el enfoque cualitativo la recolección de datos resulta fundamental, este proceso de búsqueda de información se obtiene de personas, seres vivos, comunidades que viven situaciones expresadas en su forma natural. Al tratarse de seres humanos, los datos que interesan son conceptos, percepciones, imágenes mentales, creencias,

emociones, interacciones, pensamientos, experiencias y vivencias manifestadas en el lenguaje de los participantes, ya sea de manera individual, grupal o colectiva.³¹ En la presente investigación estos datos se obtuvieron de manera individual a través de las 26 entrevistas realizadas en profundidad a las enfermeras participantes. Con esta denominación se pretende dejar en claro el interés por la obtención de información no superficial, que ahonde en los temas relevantes y que sea persistente en el propósito de interrogar con exhaustividad.³²

La entrevista semi-estructurada a profundidad constituye una técnica de reiterados encuentros cara a cara con la investigadora y los informantes, parte de ciertos cuestionamientos básicos, apoyados en teorías o hipótesis que interesan a la investigación, y que enseguida ofrecen amplios campos de indagación, fruto de las nuevas hipótesis que surgen a medida que se reciben las respuestas de los participantes en el estudio.³³

En el marco de la entrevista semi-estructurada los sujetos de investigación pudieron expresar sus puntos de vista de manera abierta, a diferencia de los cuestionarios, intentando satisfacer cuatro criterios propuestos por Merton y Kendall: ausencia de dirección, especificidad, amplitud, la profundidad y el contexto personal.³⁴ La **ausencia de dirección** se logró por la formulación de preguntas no estructuradas, como por ejemplo: ¿Qué dirías que es lo más gratificante de tu trabajo?, de esta manera se impide que el marco de referencia del investigador se imponga a los puntos de vista del entrevistado.

El **criterio de especificidad** significa que la entrevista debe poner de manifiesto los elementos específicos de nuestro objeto de estudio para impedir que la entrevista se quede en el nivel de las declaraciones generales. Para el cumplimiento de este criterio, el investigador realizó preguntas especificativas, suficientemente explícitas para ayudar a las enfermeras entrevistadas a relacionar sus respuestas con determinados aspectos de nuestro tema de interés: la calidad de vida laboral, especialmente cuando en el curso de la entrevista, la enfermera entrevistada derivaba sus respuestas hacia otros tópicos fuera del foco de la investigación.

El **criterio de amplitud** pretende asegurar que todos los aspectos y temas relevantes para el objeto de estudio se mencionen durante la entrevista. Dado que la

calidad de vida laboral es un constructo complejo y multidimensional, se intentó abarcar a través del guion de entrevista aquellas dimensiones más representativas que están directamente relacionadas con la pregunta de investigación, también introduciendo nuevos asuntos pertinentes en el curso de la entrevista. Por último el **criterio de profundidad y contexto personal** significa que se debe asegurar que las respuestas del entrevistado, vayan más allá de evaluaciones simples como “agradable” o “desagradable”. La meta es más bien, un máximo de respuestas de revelación de sí mismo con respecto a cómo percibe o vive el fenómeno de la calidad de vida laboral, como es experimentada en sus diferentes dimensiones tanto subjetivas como objetivas¹¹ Las estrategias para elevar el grado de profundidad son, por ejemplo “centrar el interés en los sentimientos”, repetir los sentimientos dados a entender o expresados” y “referirse a situaciones comparativas”³⁴

En esta investigación las entrevistas fueron realizadas intentando mantener un clima de confianza, cultivando la empatía (rapport) para lograr espontaneidad y amplitud de respuestas, evitando una interacción tipo interrogatorio, así como los calificativos o juicios a las opiniones vertidas por los participantes. Estos encuentros estuvieron dirigidos hacia la obtención y comprensión de las perspectivas, experiencias, sentimientos de las enfermeras respecto a su experiencia cotidiana de trabajo, la situación organizativa de su institución, el entorno físico y humano en el centro de trabajo, etc. que influyen positiva o negativamente en su calidad de vida laboral. Con esta técnica la propia investigadora fue el instrumento de investigación, determinando las repreguntas pertinentes que permitieron obtener respuestas que finalmente se convirtieron en información pertinente para el análisis del estudio.

2.6. Procedimiento

Para el desarrollo de esta investigación se procedió en primer término a solicitar permiso oficial a la Unidad de Capacitación del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque para que la investigadora pueda ejecutar su proyecto de tesis, obteniéndose el permiso correspondiente. .Enseguida, se realizó una prueba piloto con cuatro enfermeras, -previo consentimiento informado, para corroborar la validez del instrumento de investigación. La realización de esta prueba permitió reformular algunas de las preguntas previstas, buscando facilitar la claridad del instrumento desde la perspectiva de

las entrevistadas. Una vez conseguida la validación de los instrumentos se procedió a la realización de las entrevistas. Para el registro de las mismas se utilizó una reproductora MP3 y una libreta de notas donde se anotaran las reacciones de los investigados, así como las características y/o circunstancias del contexto. Las entrevistas fueron realizadas en los servicios de hospitalización seleccionados para esta investigación, en particular en ambientes cómodos y aislados de las salas de pacientes para un mejor desarrollo de las mismas; en algunos casos, se tuvo que reprogramar las citas, por indisponibilidad de las enfermeras. El promedio de tiempo estimado para la realización de cada entrevista fue de 30 minutos.

Paralelamente a la ejecución de cada entrevista, se procedió a la transcripción correspondiente, en este momento la investigadora trató de encontrarle el sentido relacionado a su objeto de investigación; y sobre todo, fue un punto de partida, para mejorar las entrevistas subsiguientes, en función a las primeras experiencias. Finalizada las entrevistas y sus respectivas transcripciones, se procedió al tratamiento de la información siguiendo la técnica del “Método de Asociación de contenido”³⁵

2.7. Análisis De Datos

Finalizada la recolección de los datos, con la aplicación de los instrumentos diseñados para tal efecto, se procedió al análisis cualitativo de los mismos, la cual es una actividad ardua e intensa y requiere la perspicacia e inventiva del investigador.

Para el análisis de datos se utilizó el Método de Asociación de Contenidos creado para el tratamiento y análisis de datos textuales de investigaciones en enfermería, caracterizado por ser un método con un refinamiento viable y ejecutable para investigaciones cualitativas ya que aumenta la confianza en los resultados y resalta la evidencia, consistencia y confiabilidad del estudio. Estas características del método suman a favor del rigor científico que se debe imprimir a las investigaciones de tipo cualitativo y al desarrollo de la enfermería en la dirección de su estatuto como ciencia.³⁵

Para el desarrollo del siguiente método se efectuaron las etapas que están descritas a continuación.

En un primer momento se realizó, la **lectura y recorte del texto**, etapa en la que se identificaron los fragmentos en el mensaje. La unidad del cuerpo de datos corresponde a una entrevista a profundidad y las unidades de contexto fueron los fragmentos

resultantes de recortes en la base textual. La lectura cuidadosa de la base textual, fue imprescindible para identificar el inicio y el fin de cada recorte/fragmento. El tamaño del fragmento fue determinado por el sentido completo del mensaje/ pensamiento presente en él. (Anexo N° 4)

En un segundo momento, se efectuó la **identificación de los elementos presentes en la base textual y su codificación en temas**; para proceder a la búsqueda de los elementos existentes en cada texto, sus fragmentos debieron ser leídos atentamente; para identificar de esa forma, los temas en ellos expresados, a través de palabras claves o expresiones significativas. El tema es una afirmación, una idea o una unidad de significación, que se libera naturalmente del texto, entonces los temas que se encontraron, fueron registrados en orden numérico arábigo creciente para su codificación y composición de una lista de temas, que posteriormente fue empleada para definir las categorías.³⁵ (Anexo N° 5).

En un tercer momento se desarrolló el **Montaje del Mapa de las asociaciones de contenido**³⁵ que fue esencial para la identificación de las asociaciones de contenido entre los fragmentos de la entrevista. Su característica principal es ser un cuadro de doble entrada compuesto por una columna ubicada a la izquierda y numerada con algoritmos romanos crecientes relativos a los fragmentos, y una lista horizontal superior y numerada con algoritmos arábigos crecientes que se refiere a los elementos encontrados en los fragmentos de los entrevistas. Cada vez que un elemento fue encontrado, se le señaló en el mapa con el signo “x”. Así también, se determinó las frecuencias simples de los elementos que permitirá destacar las asociaciones de contenido entre dos o más elementos presentes en dos o más fragmentos de la entrevista. (Anexo N°6)

Tabla 1: Cuadro General de Elementos de Categorías Emergentes en el Tratamiento del Método de Asociación de Contenido aplicado a 26 enfermeras entrevistadas

Elementos	Frecuencia simple	Frecuencia asociada	Elementos para categorías
1.- La ética en enfermería.	129	131	x
2.- vivir el cuidado en valores	87	56	x
3.- Autonomía y experiencia profesional	66	32	
4.-Cuidado humano para la salud y el bienestar.	102	81	x
5 Satisfacción/ insatisfacción	268	368	x
6.-Condiciones laborales	136	105	x
7. Actitudes de la enfermera	205	179	x
8 Trabajo en equipo personal de salud	71	58	
9 Relaciones interpersonales y profesionales.	122	106	x
10 Realización profesional	125	139	x
11 Remuneración	51	38	
12 Capacitación	78	36	
13 Gestión de RRHH.	66	53	
14 Reconocimiento del trabajo de la enfermera	26	12	
15.- Gestión Administrativa	66	43	
16 Influencia recíproca del entorno familiar y el trabajo	49	9	
17.- Salud de las enfermeras	66	55	
18.- Motivación e identificación con el trabajo	82	49	
19.- Condiciones laborales del empleo (relación laboral)	54	48	
20.- Competencia profesional	80	63	x
21.- Violencia laboral	28	15	
22.-Complejidad del trabajo	85	40	
23 Roles de trabajo en enfermería	26	14	
24.-Riesgos en el trabajo	24	15	
25.-Calidad de vida en el trabajo	59	38	
26.- Trabajo sacrificado de servicio	28	11	
27.- Status profesional	14	15	
28.-Posibilidad de desarrollo en el trabajo.	36	32	
29.-Calidad en la atención	38	32	

Finalmente y después de este largo tratamiento de datos, se procedió a determinar las categorías empíricas, considerando los siguientes criterios aplicados a la lista temática: (a) frecuencia de los elementos en las asociaciones (criterio eliminatorio), es necesario que el número de asociaciones sea significativo para que este criterio tenga una naturaleza determinante. (b) suma de las frecuencias simples de los elementos encontrados en todos los mapas identificadores de asociaciones de contenido; considerando los elementos que presentó la mayor frecuencia, se puede establecer lo que es significativo.

La composición de las categorías empíricas a partir de los elementos encontrados en el cuerpo del texto se construyó y presentó de manera cualitativa. Finalmente estos elementos fueron analizados e interpretados a la luz del marco conceptual.

2.8. Criterios Éticos

Esta investigación asumió para su desarrollo la Bioética personalista de Sgreccia³⁶ que se apoya en la antropología y en la teoría del acto moral, intentando mantener un equilibrio entre la virtud y el deber, lo que permite centrarse en la persona humana. Estos principios son guías generales de la acción. La bioética personalista apela a la ayuda al otro, a promover en los demás para que sean lo que puedan ser y desde la experiencia de ser ayudado, el hombre aprende también a ayudarse a sí mismo, y a los otros; tarea que resulta ordenada, comprendida y apasionante.³⁷ El primer principio en el que apoyamos nuestra investigación fue:

a) Principio de valor fundamental de la vida humana: los sujetos de investigación fueron considerados como personas en su totalidad de valor, por lo que la investigadora se abstuvo de utilizarlos sólo como medio para el logro de objetivos de la investigación; esta exploración de conocimientos, se llevó a cabo sin ocasionar deterioro o daño a los sujetos de estudio, pues se respetó en todo momento la dignidad propia de la persona. Por lo tanto los sujetos de estudio no fueron reducidos mecánicamente a un instrumento u objeto sólo para la investigación, evitándose producir daños físicos o psicológicos, tampoco se puso en riesgo a los sujetos de investigación ante determinadas circunstancias mientras se desarrolló el estudio, igualmente los discursos se mantuvieron en anonimato y sólo fueron utilizados para los objetivos de la investigación.

- b) Principio de Libertad y responsabilidad:** La persona es un yo libre, capaz de querer, de rechazar y de elegir, por lo que se respetó en todo momento el valor de sus opiniones, la elección sobre su participación en el estudio de manera libre y voluntaria, lo cual quedó de manifiesto a través de la firma del consentimiento informado. El respeto a la autonomía del sujeto de investigación, se expresó por el investigador al conceder al entrevistado la posibilidad de negarse a responder en conciencia aquellas preguntas que le resulten incómodas, o a su modo de entender lesivas a su dignidad o simplemente contraproducentes.
- c) Principio de socialización y Subsidiariedad:** El fundamento principal del principio de subsidiariedad es la dignidad del hombre “su primer fundamento es la convicción que cada ser humano individual está provisto de un valor o dignidad inherente o inalienable, debido al cual el valor de la persona humana es ontológica y moralmente superior al del estado u otra agrupación social”. Así lo primero que ha de considerarse es que el fin de la vida en la sociedad es el bien común, fin del estado”. Se considerará que la sociedad y las agrupaciones menores que la componen se crean para que el hombre alcance su propio bien. Este es un presupuesto de la subsidiariedad: la naturaleza social del hombre.³⁸ En base a este principio se considera que la presente investigación tiene una contribución importante para la sociedad, pues brindará un aporte reflexivo en relación a la calidad de vida laboral de la enfermera, que una profesional con un rol social de trascendencia para el cuidado de la salud de las personas.

2.9. Criterios de Rigor Científico

Con el fin de asegurar la calidad de los datos y los resultados en esta investigación se tomó en cuenta los siguientes criterios de rigor científico. Según Cuba y Lincoln tomado en Polit.³⁹

- a) Credibilidad:** la confianza que la información obtenida se acerque a la verdad. Para ello se desarrolló la investigación de acuerdo al proyecto aprobado, usando la revisión bibliográfica minuciosa y la entrevista semi-estructurada a profundidad la cual se transcribió tal y conforme los participantes lo expresaron; su procesamiento se guió por el análisis de contenido. Este principio de credibilidad se cumplió, cuando los

hallazgos del estudio fueron reconocidos como “reales “o “verdaderos” por las personas que participaron en este estudio y por aquellas que han experimentado o han estado en contacto con el fenómeno investigado. De esta manera se brinda a los participantes y una segunda oportunidad para que den su conformidad sobre la transcripción e interpretación de sus declaraciones.

- b) Confirmabilidad o auditabilidad.** Considera la neutralidad de la interpretación o análisis de la información, que se logra cuando otro(s) investigador(es) pueden seguir la “pista” al investigador original y llegar a hallazgos similares para que otras investigaciones puedan seguir la idea de esta investigación, se dejó un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que la investigadora tuvo en relación al estudio, para ello se utilizaron grabaciones se describieron las características de los sujetos de investigación, los contextos físicos interpersonales y sociales. Estas estrategias permiten que otro investigador examine los datos y llegue a conclusiones iguales o similares a los del investigador original.

- c) Transferibilidad o aplicabilidad:** Consiste en la posibilidad de transferir o extender los resultados a otros contextos o grupos. Se trata de examinar que tanto se ajustan los resultados en otro contexto. En la investigación cualitativa la audiencia o lector del informe son los que determinan si pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio. Para conseguir esto la investigadora describió con amplitud y precisión el ambiente, los participantes, y condiciones materiales y momento del estudio.

CAPÍTULO III

DESCUBRIENDO LAS DIMENSIONES QUE DEFINEN LA CALIDAD DE VIDA LABORAL DE LAS ENFERMERAS

Ahondar en la reflexión sobre la calidad de vida laboral (CVL) de la enfermera, ha exigido a la investigadora, una acuciosa mirada en todas aquellas dimensiones humanas y de su contexto que rodean su vida profesional. De alguna manera, somos conscientes que los insumos para este ejercicio han sido facilitados por todas las participantes del estudio, quienes a través de sus testimonios han posibilitado una apertura a su visión personal y han enriquecido el análisis de este fenómeno.

La naturaleza compleja y multidimensional del constructo calidad de vida laboral, amerita ser abordada intentando un enfoque holístico y profundo que de manera apropiada puede proporcionarnos el tipo de investigación cualitativa. Tampoco puede ser ajeno para este análisis, aspectos contextuales del sistema sanitario peruano y el contexto de las instituciones de salud; los cuales están influenciados por las políticas económicas y sociales predominantes en un mundo globalizado.

Los participantes de la investigación posibilitaron el contacto del investigador con su objeto de estudio, sus testimonios fueron transcritos y sometidos a un análisis a través del Método de Asociación de Contenidos y como resultado han emergido dos grandes categorías que fueron analizados y discutidos en este capítulo.

Al iniciar esta discusión es muy pertinente recordar que la conceptualización abordada en esta investigación se enfoca la propuesta teórico metodológica de Segurado Torres y Agulló Tomás' quienes sustentan que el estudio de la calidad de vida laboral (CVL) se enfoca bajo dos grandes perspectivas: la CV del entorno de trabajo y la

perspectiva de la CVL psicológica.; ambos difieren en cuanto a los objetivos que persiguen en su propósito por mejorar la calidad de la vida en el trabajo. ⁴

La primera perspectiva tiene como meta conseguir mejorar la calidad de vida mediante el logro de los intereses organizacionales, es decir, alcanzar una mayor productividad y eficacia organizacional, como paso previo, sin el cual no sería posible satisfacer las necesidades y demandas de cada trabajador. En esa lógica el centro de su análisis son las condiciones de trabajo y los elementos estructurales de la organización, entendidos como un sistema, por lo cual, se lleva a cabo un nivel de análisis macro; es decir, de los diferentes subsistemas que la integran⁴, trayendo para esa comprensión y análisis autores que profundizan la enfermería con enfoque social y la enfermería como proceso socio – histórico ^{40; 41; 42; 43}.

Tomando esa referencia conceptual la investigadora planteó en este estudio, dos grandes categorías, con sus respectivas sub categorías que ayudará al mejor análisis de estos hallazgos: la primera de ellas denominada: “El macro sistema de salud en el estudio de la calidad de vida laboral de la Enfermera” y como parte de éste se consideró otros tres: el sistema de salud en el Perú, el sistema de las instituciones del Ministerio de Salud y el sub sistema de enfermería como profesión.

A diferencia de esa primera perspectiva, la segunda categoría denominada. “El proceso de las interrelaciones humanas en salud como determinante de la CVL” enfoca la calidad de vida laboral psicológica y muestra mayor interés y destaque por el trabajador, y su relación con sus pares, otros profesionales e incluso la familia. En esta categoría se desarrolla un microanálisis de aquellos elementos puntuales que constituyen las distintas situaciones subjetivas de trabajo en las que participa directamente la persona y busca fundamentalmente la satisfacción, la salud y el bienestar del trabajador anteponiendo los intereses individuales a los de la organización¹¹. Más adelante se pone en evidencia que este relacionamiento ha sido determinante para obtener una valoración subjetiva que ha afectado su satisfacción, bienestar e incluso la salud del trabajador enfermero, además del trabajo en equipo y su percepción de la misma profesión; en definitiva ha afectado negativamente su calidad de vida laboral.

El estudio conjunto y articulado de ambas categorías, permitió al investigador llegar a consideraciones conceptuales, que sin duda, orientarán no solo el espacio laboral –escenario del presente trabajo-. Sino también, continuar profundizando en esta interesante y apasionante línea investigativa.

1era. CATEGORÍA.- EL MACRO SISTEMA DE SALUD EN EL ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL DE LA ENFERMERA

Esta categoría tratada bajo el Método de Asociación de Contenidos (MAC)³⁵ que siguiendo las exigencias semánticas y sintácticas, agrupó tres elementos que asumen un valor de frecuencia simple y asociada; la frecuencia simple viene a ser el número de veces que la persona entrevistada evocó mentalmente y de manera aislada alguno de los tres elementos presentados; en este caso el valor total asumido fue de trescientos dieciocho (318) veces. A su vez, la frecuencia asociada, significa que dichos elementos se presentaron -en al menos una oportunidad- asociado con otro elemento(s), siendo su valor de doscientos sesentiocho (268) veces. Para el MAC, este valor de frecuencia asociada, le impregna un rigor científico que en palabras de su autora eleva el nivel de científicidad de las investigaciones de Enfermería.³⁵

TABLA N° 2 ELEMENTOS Y FRECUENCIAS DE SEGUNDA CATEGORÍA

Elementos Significativos	Frecuencia simple	Frecuencia asociada
La ética en cuidado de Enfermería (1)	129	131
Vivir el cuidado en valores (2)	87	56
Cuidado humano (4)	102	81
TOTAL	318	268

En los estudios nacionales sobre calidad de vida laboral, no se habían reportado estos elementos que surgieron en la presente investigación. Lo cual exige realizar un análisis de la CVL, desde el enfoque del paradigma de humanización relacionado al proceso de trabajo, y transversalmente a los subsistemas de salud, el subsistema institucional y el subsistema de enfermería como profesión.

Para analizar la calidad de vida laboral de los profesionales de enfermería, es importante colocar como antecedente el análisis de la praxis en salud asumiendo el estudio del proceso de trabajo, cuya estructura orgánica de sus elementos y sus unidades permitirá una mirada específica e integradora. Partimos entonces de la premisa que el trabajo como actividad humana, es por naturaleza, relación entre sujeto y objeto, cuya consecuencia no es una modificación unilateral, más bien una mutua transformación que se torna inmediatamente movimiento de complejidad creciente. En el mundo moderno y como consecuencia de intensos cambios en el trabajo a partir de su complejidad organizacional y tecnológica, no se puede pensar más, los temas del trabajo, de una manera simplificada.⁴⁰

A lo largo de la historia de la humanidad, muchos paradigmas sobre el desarrollo del trabajo y la relación trabajador – empresa, han discurrido colocando la discusión bajo el punto de vista prioritariamente político económico, y donde las personas son concebidas como mero objetos, cuyo valor depende de la variación de una determinada moneda en el mercado, o la fuerza de trabajo que genera un determinado salario. Este escenario discurrió prioritariamente el siglo pasado a consecuencia del proceso de internacionalización de la economía y efervescente producción industrial –globalización-, que se verificó a lo largo de toda la historia de implementación del modo capitalista de producción⁴³

Al reflexionar sobre la aseveración de conceptuar a la persona como mero objeto, la investigadora se pregunta, si esta tendencia se quedó en el siglo pasado; o acaso ¿no sucede lo mismo actualmente en las instituciones de salud? ¿Las políticas actuales asumen como referencia y actor central para sus decisiones, a la persona, al personal de salud y/o familia cuidada? ¿Se privilegia realmente en el diseño y ejecución de sus políticas públicas al ser humano como sujeto/objeto de deberes y derechos o en la realidad sólo se constituye como una expresión exclusivamente declarativa?

Varias investigadoras coinciden en señalar que esta tendencia caminó de la mano con la concepción de sociedad imperante y de la inserción del objeto/ salud/enfermedad en el cotidiano. En el mundo contemporáneo vivir en sociedad puede significar acomodarse a las opciones ofrecidas por el sistema de producción y consumo; se orienta

por las leyes y normas sociales, atendiendo a las necesidades de la moralidad “vigente” responsabilizándose individualmente por su ascenso en la jerarquía de clases. En este punto de vista la sociedad adquiere una propiedad que cambia considerablemente, pasando a ser las instituciones y personas actores en diferentes papeles, funcionando para mantener la integridad del sistema tal cual está estructurado.^{42;40} Frente a esta posición nos preguntamos; se viene repensando los modelos de organización de los servicios de salud?; la sociedad/ instituciones de salud, ¿cómo conciben el valor agregado del trabajo de los profesionales de enfermería?; Acaso, ¿cómo mero objeto?; su valor discurre en el marco del valor de su quehacer profesional?, o acaso influenciada por la concepción estereotipada y pre-conceptuada que la sociedad mercantilista le asigna dentro de una división social, a los trabajadores que prestan servicio en una escala dependiente?.

Las consecuencias de los cambios para el trabajo han sido motivo de intensos debates y luchas en las últimas décadas, el proceso está en curso, sin embargo, las graves consecuencias para los trabajadores están claramente colocadas: aumento del desempleo, crecimiento significativo del sector servicios o sector terciario de la economía; los trabajadores de este sector tienen grandes diferencias entre sí, en lo que respecta al prestigio, niveles salariales y tipo de actividad desarrollada. Pero lo más negativo es que la esencia del trabajo, nos enfrenta con la relación de su trabajador y su producción; en ese contexto, el trabajo pasa a ser exterior al trabajador, es decir, no pertenece más a su naturaleza, en la medida que el mismo trabajador se materializa como producto de ese sistema.^{43; 46}. Tristemente comprobamos que la influencia del paradigma positivista ha profundizado tanto, no solo en las organizaciones de salud; sino también, en las personas que lo componen, haciéndolas no solo sentir, sino actuar como un “producto” parte de ese sistema categorizado. Y en esa concepción realizan un trabajo rutinizado, sin mayor pertenencia a su institución, básicamente por “cumplimiento u obligación”, orientando su actuar prioritariamente a motivaciones externas y objetivas.

Esas consecuencias se viven también en nuestra profesión, considerada como todo trabajo en salud, esencial para la vida humana y hace parte del sector servicio. Es un trabajo de la esfera de la producción no material, que se completa en el acto de su realización. No tiene como resultado un producto material, independiente del proceso de producción y comercialización en el mercado. Aún más, la aparente simplicidad del

trabajo de la enfermería, está puesta por el propio concepto de salud –asumida por las instituciones-, restringida a la visión mecánica del cuerpo y al modo clínico de tratarlo. Dado que la parte intelectual prescriptiva en este abordaje, pertenece al médico, consecuentemente las tareas consagradas como ejecución de prescripción se amoldan a un patrón rutinizado y automatizado ⁴⁰ La autora, llama a la reflexión que si el concepto de enfermería se amplía, se modifica el significado, y se tornará compleja la naturaleza de ésta profesión; se abrirá a un proceso que permitirá el cambio conceptual en el interior de la sociedad como un todo.

No cabe duda, que la complejidad que ahora vivimos y los problemas que evidenciamos, exigen ese cambio conceptual, y con optimismo comprobamos que la profesional de enfermería va tomando consciencia de esa realidad y cada vez más, asume una posición de cambio, que será la base para vivir una nueva tendencia marcada por la noción de sujeto vivo y en relación; tornando a la ética como una cuestión de fondo. Un trabajo cooperativo de tipo interdisciplinar, con vistas a la trans-disciplinariedad que rompa con la visión fragmentada de la súper- especialización, en que el convencimiento se sobreponga a la sumisión al poder jerárquico.

En la enfermería que representa al grupo mayoritario en el conjunto de profesionales de la salud, se percibe una posibilidad de cambio en la fragmentación del trabajo, con la implementación de los “cuidados integrales”. En esta modalidad las tareas son realizadas en el contexto de la asistencia y no como actividades que puede tener un fin en sí misma, sino, actividades que trasciendan el propio hacer profesional y se encaminen al mejor desarrollo de la persona.

En esa línea de pensamiento las enfermeras del Perú, y particularmente las enfermeras entrevistadas destacaron ampliamente el enfoque del “hacer profesional” orientado a un cuidado trascendente. En ese marco, la investigadora se atreve a afirmar que en las últimas décadas la formación universitaria de pregrado, postgrado y pos título de nuestro país, ha enfocado de manera transversal contenidos que enfocan el cuidar/cuidado como el ideal moral de la enfermería, como lo esencial y fundamental de su responsabilidad profesional, como la substancia ontológica y también como el ideal moral, humano y ético.⁴⁵

Al reflexionar ese significado obtenido en esta parte de la categoría afirmamos que el cuidado pasó a constituirse como una categoría de acción ineludible por la naturaleza de su ser y quehacer, que busca en todo momento el mejoramiento de la salud y el bienestar de la persona. Concordando en este aspecto con Waldow, quien visiona el cuidado desde una perspectiva existencial, pues lo concibe como parte del ser, confiriéndole su condición de humanidad.⁴⁶ La condición de humanidad inmersa en el acto mismo de cuidar, no puede ser desatendida por la enfermera al realizar su trabajo, por ese motivo intrínsecamente, todo aquello que contribuya a la realización de un mejor cuidado, le proveerá satisfacción, motivación, sensación de autonomía. Del mismo modo, lo que no aporte en el desarrollo de ese proceso de cuidar estará en desmedro de su calidad de vida laboral, considerando aquellas dimensiones subjetivas y objetivas que la componen⁴.

Solo a manera de ejemplo presentamos los siguientes testimonios que resaltan lo referido; el primero trata prioritariamente la práctica de valores en salud, y el segundo resalta el trabajo ético como parte de ese cuidado humanizado

Aquí se tiene que trabajar con bastantes valores, con humildad, ser honrada y tratar de ser los más eficaz y eficiente posible. Actuar con responsabilidad, con bastante amor al prójimo, al paciente, tratarlo como si fuera de nuestra familia. (PAMEDA)

Lo más satisfactorio es la realización de mi trabajo ¡bien hecho! que al culminar el turno, he cumplido conmigo misma. Aquí nadie te supervisa, la única supervisora de ti, eres tú misma, entonces uno dice: he dado todo de mí, el tratamiento, a la hora que debió ser, realicé los procedimientos correctamente y eso me da satisfacción. (CEROBE)

Esta nueva tendencia paradigmática enfocada al cuidado humanizado, ha sido tratada en diversos encuentros internacionales liderados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), dando lugar a políticas de estado en diversos países latinoamericanos, incluyendo el nuestro. Antes de continuar analizando esta necesidad de cambiar un paradigma objetivo por otro más subjetivo sobre todo en el área de la salud, es importante traer una definición de humanización. En las últimas décadas se ha generado un importante movimiento respecto al surgimiento del paradigma humanizado en particular del área sanitaria, dando lugar a innumerables definiciones, pero traemos la que consideramos de mayor coherencia con nuestro estudio, que lo señala como un proceso de hacer al ser humano, **humanizado**; es decir, esencialmente ético, por ser el único capaz de reflexionar sobre sus propósitos y sobre sus acciones y elegir valores y proyectos por medio de la consciencia.⁴⁷

Esta definición de humanización, trae implícito al sujeto (personas que viven el proceso de salud enfermedad: paciente/familia – personal de salud), como parte relevante y supremo del proceso, tornándolo responsable de vivir y exigir su condición humana. En palabras simples, asumir con responsabilidad y conciencia sus deberes y derechos que le corresponda.

Estos deberes y derechos han sido claramente definidos en las políticas mundiales que se hicieron referencia líneas arriba; más aún, en nuestra realidad peruana nuestros hospitales nacionales, lo publican de manera declarativa a través de grandes pancartas o afiches al ingreso del hospital, haciendo referencia que el “paciente” debe exigir un trato en su condición de persona. Siendo consecuente con esta postura, dicho trato también involucra al personal que cuida. Sin embargo, lo declarativo –normativo, es sólo una parte de la realidad, y generalmente difiere de la otra realidad concreta y vivenciada que genera diversas influencias en la vida de los profesionales y la persona cuidada. Quizás este hecho se explica, tomando como referencia a los autores del doble enfoque conceptual en el estudio de la calidad de vida laboral: CVL en el entorno de trabajo, y CVL psicológica, cuando señalan que esta doble vía impide la re conciliación, y más aún, la integración de ambas posturas.

Por la complejidad y diversidad de su significación, se hace difícil integrar laboralmente los aspectos sociales/institucionales con el aspecto personal; aún más agregan que lo objetivo y subjetivo del entorno de trabajo parece una dicotomía irreconciliable. Sobre todo por la diversidad de los elementos que lo constituyen como: medio ambiente de trabajo (condiciones ambientales, organización del trabajo, contenido del puesto, horario, salario, salud, seguridad laboral, ritmo de trabajo, etc.). La calidad de vida laboral por tanto depende de la naturaleza y características de las condiciones de trabajo.⁴

En este momento de grandes perplejidades conceptuales y prácticas complejas, hay caminos intermediarios que debemos recorrer para lograr la ansiada calidad de vida laboral de las enfermeras, asumiendo estrategias que impliquen una transformación que encamine la revalorización del carácter humano de la existencia de la persona. En primer lugar el desarrollo de habilidades cognoscibles e intuitivas para **ver** al ser humano como él se presenta por el contacto integral, interesando tanto lo que la competencia técnica

posibilita, como lo que la sensibilidad aprehende. Para llegar a verlo integralmente, sin embargo, es necesario comprenderlo. Y para comprenderlo es necesario conocerlo en sus diversas dimensiones, ampliando sobremanera el ámbito del saber. Partiendo de esa premisa, que el ser humano es el constructor consciente de su curso en la historia y, en esa trayectoria transforma la naturaleza en su beneficio, la asistencia de salud debe asumir un carácter sobremanera diferente de lo que encontramos en la sociedad contemporánea y aún actual.⁴⁹

En esta parte del análisis, la investigadora cree conveniente resaltar los hallazgos que fueron predominantemente marcados en los testimonios recolectados, y están íntimamente relacionados a una concientización de los profesionales de enfermería para asumir su cuidado en sus diversas dimensiones y con un enfoque de respeto a la persona. En la postura de Leopardi⁴⁰ diríamos que esta profesional ha logrado el desarrollo de la habilidad cognoscible para **ver** al ser humano con otros ojos, con otros lentes paradigmáticos que orientan su cuidado al enfoque humanizado y la hacen responsable de asumir un cuidado profesional responsable; y lo más importante, la valoración que ellas hacen de ese cuidado; forma parte de la valoración de su propia vida, al sentir que su trabajo les provoca satisfacción. En los siguientes testimonios encontramos ese hallazgo:

*Es gratificante el agradecimiento del paciente, de los familiares en el momento de salir de la emergencia. Trabajar con personas, con las que si llevamos una buena relación interpersonal, también es otra cosa gratificante al demostrar las habilidades en el momento que llega una emergencia y hacerlo bien, eso también te llena de satisfacción. **PAMEDA***

*Lo más gratificante es cuando un paciente, de repente llega con un dolor abdominal, pero tan, pero tan grande, que le duele y que le duele y tú le pones un medicamento y el paciente te dice: "Srta. Ya, ya me pasó. ", que gratificante ¿no?, personalmente a mí me gratifica porque quizás el pequeño o el gran esfuerzo que se hizo en aquel momento, valió la pena ¿no?, esa es la mayor gratificación que recibo. (**VEVAME**)*

*Lo más gratificante de ser enfermera de emergencia es salvarle la vida al paciente, ...pude salvarle la vida, colocarle la vía, apoyarlo, estabilizarlo. Es gratificante demostrar las habilidades en el momento que llega una emergencia y hacerlo bien, eso te llena de satisfacción. (**MADIVA**)*

Un sistema de valores humanista altruista es una filosofía cualitativa que guía la vida adulta. Es un compromiso de recibir, dando; significa una fuente de satisfacción lo que implica la capacidad de considerar la humanidad con amor y de saber apreciar la diversidad y la individualidad. Ese sistema de valores ayuda a tolerar las diferencias y ver a los otros a través de sus percepciones específicas.

Un proyecto de la humanización de la salud precisa comprender una dimensión factual y valorativa. Precisa reconocer en la relación institución –trabajador –paciente una relación sujeto/objeto que es en verdad, una relación sujeto- sujeto. Precisamos reconocer en ese objeto de reflexión una naturaleza objetiva y una naturaleza subjetiva; precisamos caminar en el sentido de reapropiación de la salud por parte de los pacientes, tornándolos sujetos y no objetivos de la acción terapéutica; redefinir internamente las relaciones competitivas y solidarias del equipo de salud e ir generando cambios a partir de los planos micro sociales. Nos resta buscar humanizar nuestro cotidiano, en una práctica que busque valores en su plenitud, la visión de las diversas facetas del ser humano. La ética, la estética, la sobrevivencia plena y la libertad, como dimensión concreta de la vida consciente, implican un compromiso en busca de la calidad de salud como calidad de su propia vida. ^{40, 47,49}

La efectividad de la práctica de enfermería depende de cómo piensan y toman decisiones las enfermeras, como transfieren el conocimiento a acciones o utilizan el conocimiento disponible en su trabajo, así también como resuelven los dilemas éticos.³⁷ Durante el proceso de cuidado, la enfermera experimenta muchas veces sentimientos contradictorios que la confrontan y que suponen situaciones dilemáticas por resolver. Si bien es cierto que el acto del cuidado lleva en sí mismo una satisfacción personal, de servicio, de trabajo cumplido y una motivación intrínseca, en otras ocasiones la enfermera se siente amenazada frente a la posibilidad de no poder efectivizar el cuidado de enfermería con la calidad y oportunidad necesaria. Factores como la precariedad en la organización o implementación de los procesos de atención al paciente posibilitan la aparición de riesgos y amenazas para su seguridad y calidad en el cuidado. Estas situaciones de naturaleza frecuente en los medios asistenciales hospitalarios derivan en preocupación, malestar e insatisfacción, tanto para la persona que brinda, como para quien recibe el cuidado.

En este siglo donde se han desarrollado innumerables avances y beneficios en la ciencia y tecnología la mayor parte de los servicios están estructurados prioritariamente bajo la finalidad de la producción del capital, en donde la producción tiene como principal meta la acumulación de bienes; las demás necesidades, principalmente las de cuño más social, como las de salud, tienden a subordinarse a esa finalidad, cuando deberían estar

enfocadas a las necesidades concretas de salud de sus usuarios; estamos viviendo aún, una desvirtualización en el origen de la organización de los servicios de salud lo que exige que el análisis de estudios de este tipo sean más globales, considerando la vida en el trabajo, y tomando como foco de estudio a la organización en todos sus niveles, como sistema abierto y dinámico y al conjunto de subsistemas que la integran.^{11; 38}

Esta naturaleza y condiciones en el trabajo de las organizaciones de los servicios de salud siguen la lógica de las especialidades, que es la lógica de la fragmentación, del parcelamiento del hombre y corresponde al modelo biológico positivista de entendimiento de las enfermedades; ese modelo ha dado muestras de agotamiento, tanto para el entendimiento de las manifestaciones de las enfermedades en el hombre y de su comportamiento epidemiológico.⁵⁰

Hablando en términos generales y a pesar de los indudables avances técnicos (diagnósticos y terapéuticos) y de la mejoría de los indicadores objetivos de la salud, los usuarios de los servicios médicos en los países desarrollados, están cada vez más descontentos con la atención que reciben, al igual que los profesionales, en los que la frustración e insatisfacción por su trabajo ha llegado a adquirir dimensiones epidémicas.⁵¹ Es público la crisis por la que pasa el cuidado asistencial en nuestro país, de un lado se presenta la cara que más perjudica a la población, la inequidad en el acceso de salud para toda la población. De otro lado, la atención masificada, impersonal y aún más la burocratización de la asistencia, fruto de un modelo arcaico, centrado en el modelo médico, fragmentado, donde cada profesional hace su parte.

Consecuencia de este modelo se manifiesta la falta de motivación, las condiciones inadecuadas de trabajo; para la autora esta, –es una condición hasta esperada- cuando el sistema es pensado en partes, cada profesional piensa en sí mismo, y no en el resultado de lo que debería prevalecer en un cuidado con enfoque globalizado. Obviamente hacia donde debe apuntarse es la interdisciplinariedad que la ciencia moderna exige para el cumplimiento de la acción cualificada ética y políticamente justa; y no solo, en la simple unión o suma de profesionales de la salud.⁴⁰

Pero como hablar de un enfoque de cuidado humanizado, globalizador, integrador e interdisciplinario, si la mayoría de las instituciones de salud no prestan las condiciones laborales mínimas para ofrecer ese cuidado. Algunos aspectos que hacen referencia a estas condiciones, han sido expresados por las siguientes enfermeras:

“Por la falta de equipamiento sientes como si te faltara algo ¿no? A veces te das el ingenio de adecuar alguna cosa, pero cuando no tienes... por ejemplo, cuando, te vienen bastantes heridos que necesitas colocarles un oxímetro para ver si saturan o un tensiómetro; entonces no tenemos los equipos suficientes, el médico reniega, pero con renegar no ganamos mucho, nos sentimos frustradas. No encontraste, no tuviste para poder ayudar en ese momento.” (MADIVA)

“En el servicio de medicina no hay condiciones para un buen cuidado, la mayor parte de personas que ingresan son adultos mayores, pero ¿cuántas camas con barandales tenemos? creo que solamente hay tres. Eso hace que la persona en algún momento pueda caerse. En los baños no hay agarraderas para que el adulto mayor pueda hacerse su higiene con seguridad, a veces los pisos, no tienen las precauciones debidas y colocan cera, no son las condiciones para un buen cuidado.” (ROROVE)

“El volumen de pacientes y el volumen de trabajo, la literatura dice que son 10 pacientes por una enfermera, pero pacientes estables, lo cual no tenemos acá. Tenemos 20, 18, 15, hasta 25 llegamos y es solamente una enfermera. Entonces es demasiado y por eso es que a veces nos catalogan de brujas, porque no tenemos tiempo para hablar con el familiar, el papá, la mamá. La enfermera va para acá y para allá, entonces se estresa y no tiene tiempo y contesta mal.” (MABE)

En esa línea de análisis, los testimonios- sobre todo la última reflexión-pretenden llamar la atención sobre aquellos factores que inciden tanto favorable como desfavorablemente en la calidad de vida laboral de la enfermera, la cual está estrechamente relacionada con el sentimiento de bienestar que se deriva del equilibrio que ella percibe entre las demandas o cargas de la profesión y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) de que dispone para afrontar estas demandas.⁵² Es en el cuidado brindado a las personas, cuando puede quebrarse ese delicado equilibrio que exige mantenerse para favorecer la calidad de vida laboral de la enfermera, pues resulta muy demandante proporcionar un buen cuidado, cuando los modelos asistenciales actuales poseen condiciones adversas o de precariedad que lo dificultan.

Si partimos de un posicionamiento teórico que el cuidado de enfermería es recíproco, interactivo e integrativo,⁵³ podríamos también afirmar que estas características ubican a la enfermera, en un lugar de privilegio para desarrollar y potenciar las dimensiones necesarias que brinden seguridad emocional a los pacientes, sin embargo la construcción de un vínculo intersubjetivo, significativo en la relación enfermera-paciente

es muchas veces dificultado en su realización, debido al exceso de volumen de trabajo y escasa dotación de enfermeras en servicios con alto flujo de pacientes.

Resulta frecuente advertir que la dotación de recursos humanos en los servicios críticos como emergencia, neonatología, no favorece la calidad del cuidado de enfermería, pues contraviene a estándares internacionales a favor de una economía presupuestal que atenta contra la seguridad de los pacientes, el cual es considerado un aspecto muy ligado a la calidad del cuidado. ¿Cómo asegurar la calidad del cuidado, integrando no sólo aspectos técnicos, sino también psicosociales y humanos cuando una enfermera está encargada del cuidado de un promedio de 21 pacientes por piso y mucho de ellos con necesidades de cuidados dependientes? Por lo tanto, en muchas oportunidades, dentro de los ambientes hospitalarios, existe inadecuación en la organización de los sistemas asistenciales de enfermería que limitan, tanto la satisfacción de las necesidades de salud de los pacientes, como la sensación de autonomía y competencia por parte de los profesionales enfermeros. Estos aspectos psicosociales se originan en el entorno de trabajo, y se construye una mutua interdependencia entre los aspectos psicológicos y sociales, es a partir de ellos que se configura la realidad laboral de la enfermera.

Otro aspecto percibido por las enfermeras relacionadas con las condiciones laborales son sus remuneraciones, que la consideran como uno de los aspectos importantes que afecta su vida no sólo laboral, sino también personal.

*“La remuneración está... relativamente un poquito baja, esperamos la nivelación, porque eso nos ayuda a completar algo pendiente como por ejemplo hacer un grado más , como una maestría, o completar la titulación, o asistir a cursos que se den en otros sitios, para todo es necesario el dinero ¿no? **ROCONDE***

Como consecuencia del aspecto remunerativo, muchas de las enfermeras que actualmente tienen dos trabajos, e incluso tres, lo ejercen de manera compartida en un establecimiento de salud nacional (sea institución hospitalaria o comunitaria), clínicas privadas y/o ejercicio de la docencia en universidades de la región. Definitivamente trabajar más allá de un horario regular, exige compartir un tiempo que le correspondería a la familia, generando situaciones que alteran su calidad de vida personal; por otro lado, sus compromisos con otras instituciones, altera también su propio ambiente de trabajo, así lo refieren las siguientes enfermeras entrevistadas:

“También hay colegas, que trabajan en otro sitio y llegan cansadas entonces ese trabajo que normalmente debería haberlo hecho, lo dejan amontonado y lamentablemente cuando uno trata de decirles que está mal, ellas toman respuestas negativas en vez de decir que sí, sabes... se me quedó, se me pasó como a cualquiera le puede suceder” .MADIVA

“Hay colegas que además tienen otro trabajo y más carga laboral. Es por la remuneración, si tuviéramos más valoración (de nuestro trabajo) porque el médico deja indicaciones y se va, quien se queda con el paciente somos nosotros. Nosotras asumimos todo lo del paciente, desde su tratamiento, hasta que el paciente te explique su vida. Conversamos, agregamos otro tipo de cuidados, que en realidad no lo sabe la gente, la mayoría de la gente no valora el trabajo de la enfermera, por lo que debe tener una mejor remuneración.” PAMEDA

La enfermera tiene que buscar más de una posibilidad de trabajo, que le permita recibir una mejor remuneración, pues siente la necesidad de capacitarse y responder a las exigencias que le impone el mundo moderno. Desde la perspectiva psicológica de la calidad de vida en el trabajo, su satisfacción laboral implica desarrollo profesional y capacitación que le proporcione seguridad en la realización de su trabajo basada en sus conocimientos y experiencia profesional, y que a la vez aumente su autonomía.

No cabe duda que el conocimiento es un poderoso instrumento del trabajador, sea para desalinearlo o, sea para habilitarlo en la ejecución de sus funciones. Como el saber no tiene existencia como hecho en sí, se hace necesario buscar su objetivación en algo concreto, en sus formas de aparecer, como por ejemplo en un determinado modo para hacer algo, en alguna estrategia del trabajo, etc.; insertándose como elementos fundamentales de la praxis.⁴⁰

En ese contexto, el sistema educativo y de trabajo vigente en salud, les exige a sus profesionales competencias de mayor especificidad para el cuidado, pero no hay política de ayuda para esa capacitación. A seguir algunos testimonios que lo reflejan:

“Nosotras solas nos vamos a los cursos, nos cuesta a nosotras,...pero eso, es lo que hace falta. Ya le hemos dicho al Jefe, que necesitamos capacitaciones no sólo para las enfermeras, sino para los técnicos, para todo el equipo.” DELCHEGUE

“Estoy haciendo la especialidad en pediatría. Con lo poco que te pagan tienes que pagar la mensualidad, pienso que aunque sea deberían darte la mitad del costo, para que puedas superarte y darle una mejor atención al paciente, porque si no te capacitas, no vas a atender bien al paciente. Creo que falta darle mayor calidad de vida a la enfermera.” MABE

“Falta más incentivo a la enfermera, incentivo económico y de capacitación. Nos falta capacitación, que debería ser por el estado; los directores también deben preocuparse por ello.” MABE

“Ser enfermera de este servicio es una gran responsabilidad, en el servicio de emergencia llegan pacientes que corren el riesgo de perder la vida, están con un estado crítico, necesitan de muchos cuidados especializados. También implica un gran toma de decisiones y capacitaciones por parte de las enfermeras que laboran en este servicio.” (PAMEDA)

“Algún día, yo quisiera seguir capacitándome, soy especialista en neonatología, en Trujillo, pero por razones personales no saqué mi título, ahorita es prioridad para mí, sacar mi título de especialista y hacer una maestría.” (ROXPUI)

Si bien es cierto, las entrevistadas no lo expresan taxativamente en sus testimonios, sin embargo, la investigadora pudo abstraer, que un alto porcentaje de profesionales de enfermería deciden seguir capacitándose de forma autofinanciada, que sin duda, afecta su economía familiar; pero como ellas mismas lo reconocen, genera una alta contribución para su trabajo profesional.

En la actualidad la acelerada evolución de las ciencias de la salud y la complejidad del trabajo en el área hospitalaria, exige a la enfermera una permanente capacitación que le permita integrarse con éxito al equipo de salud donde tiene que demostrar competencia y sensibilidad para el desarrollo de su labor. El saber enfermero debe ganar el espacio social donde evidencie el arte de su práctica, la científicidad de su conocimiento y la ética del cuidado, de esa manera sus competencias evidenciadas y reconocidas podrán abrir paso a su desarrollo y en consecuencia sustentar su calidad de vida laboral. Esta ha sido una permanente y manifiesta aspiración de las enfermeras entrevistadas, quienes expresan en sus discursos el deseo de reconocimiento y la necesidad de una permanente actualización.

Es un hecho que las enfermeras participantes del estudio, no sólo tienen el deseo de superación, sino también han concretado estudios de post-grado, llámese maestrías, especializaciones y diplomados en diferentes áreas de su competencia laboral. Así un porcentaje de 70% han propiciado su auto-capacitación, 5 de ellas tienen título y/o estudios de maestría, 12 poseen estudios de segunda especialidad y 12 están cursando estudios en la actualidad. Es importante acotar que los costos de estas capacitaciones en su totalidad han sido autofinanciados, pese a que las remuneraciones de las enfermeras y de los profesionales de la salud en general en nuestro país, en base a políticas de austeridad y disciplina presupuestaria han permanecido durante muchos años restringidos en las mejoras salariales. Esta situación es motivo de insatisfacción y discomfort, aunado al hecho de que la institución tampoco ha brindado las facilidades en el aspecto financiero ni en tiempo laboral para la capacitación de sus enfermeras.

Durante su formación y vida laboral la enfermera adquiere un conjunto de actitudes, saberes y habilidades que constituyen las competencias, estas adquieren una categoría de importancia imprescindible para poder solventar su vida profesional con eficacia y calidad. Los conocimientos científicos, las habilidades técnicas, de relación, así como los conocimientos éticos y legales se encuentran en la base de esa formación de competencias, para el desempeño exitoso de la enfermera en su vida laboral. El desarrollo de competencias está muy ligado a la autonomía que adquiera en el trabajo, pues le permitirá realizar y planificar unos cuidados que estarán orientados a la individualidad, calidad y continuidad. Esto proporciona satisfacción en la enfermera, quien se siente muy capaz de realizar su labor con iniciativa y libertad, percibiendo su habilidad para el desempeño de funciones en forma independiente.

Es indudable que una enfermera, quien a través su formación, capacitación y experiencia ha logrado consolidar conocimientos, ha desarrollado actitudes y habilidades, que le permitan un desempeño exitoso, se sentirá lo suficientemente competente para realizar de manera autónoma su trabajo. Un estudio de Eurofound, sobre "Medición de la Satisfacción Laboral", encontró que el grado de autonomía personal que se percibe es a menudo el factor de pronóstico más importante y positivo de la satisfacción laboral.⁵⁴ Por lo tanto podríamos afirmar que la percepción de autonomía puede incidir para mejorar la calidad de vida laboral de la enfermera y en consecuencia también el compromiso, la participación, el rendimiento y la motivación en el lugar de trabajo.

Cuando el saber objetivado en el trabajo se da sólo en la base de su expresión tecnológica, puede reducirse a un "conocimiento práctico" que lo habilita a responder sólo por el "cómo" de su trabajo, y coloca en segundo plano, "el qué, y porqué"; aún más, hay una total ausencia de la comprensión de sí mismo. Se puede decir que, cuando el profesional genera solo un conocimiento práctico -referido a la experiencia-, solo hay un conocimiento tecnológico, pero una ausencia del sujeto. El trabajo deja de emprender el conocimiento y el proyecto de reaccionar para fijarse en la acción como prescripción, como padrón de una producción, o como autoproducción padrón. Toda esta naturaleza testimonia un movimiento, orientado al "hacer" y lo aprehende en las múltiples formas como se le presenta. Pero a partir de la adquisición del conocimiento generado por la capacitación, el hombre se cuestiona sobre lo que determina la esencia de existir, de su

propia consciencia o la existencia concreta e independiente de su subjetividad. Sobre esas cuestiones el conocimiento humano desarrolla pensamientos diferentes, y este conocer cambia las cosas, el reaccionar sobre la vida humana. El ser humano transforma su pensamiento, el ser sujeto pasa a ser atributo de aquel que piensa, hace y conoce.^{48; 55; 56}

Si la capacitación genera tan grande beneficio, ¿por qué las instituciones de salud, no invierten en una política que genere esa cualificación en la asistencia de enfermería?; al contrario es un aspecto frecuentemente ubicado en las instituciones de salud, para un segundo plano. La única explicación que encontramos es la falta de interés de las autoridades, quizá el desconocimiento acerca de su importancia en el proceso de cuidado e incluso por la omisión de algunas enfermeras cuyo actuar no refleja o muestra esta importancia. Una asistencia de enfermería cualificada dependerá, a su vez, del proceso de cualificación de los propios enfermeros. Enseguida adicionamos otro grupo de testimonios que ratifican este hecho:

Durante estos últimos años, la capacitación, más que nada es auto preparación, autofinanciado, la institución no está abocada a eso, no hay tanto apoyo, todo lo que ahora conseguimos en cuanto a capacitaciones es por parte de uno mismo. De alguna manera porque somos personas que trabajamos y gran parte de nuestra vida lo pasamos aquí, sería bueno que la institución se preocupe para mejorar la calidad de atención.

MELLALO

Por parte de la institución no hay ningún estímulo para que su personal se supere. Las personas que se superan es porque ellas mismas quieren superar y quieren lograr algo, una mejor económica, un mejor trato, pero decir que la institución estimule su personal, no nos han dado facilidades, ni siquiera facilidades de tiempo a veces. (MERSA)

Yo siempre soy de las personas que tratan de mejorar cada día, a pesar que en la parte de hospitalización, en la parte asistencial, siempre hay un techo, por más capacitada que estés, allí te vas a quedar. Pero en la parte operativa si cada día mejoramos más.

AGUEPE

Para la investigadora estos resultados, se relacionan con el análisis realizado líneas arriba, referentes al predominio de cambio de paradigma cartesiano, para un paradigma de cuidado humano en el quehacer diario de la Enfermera. Este resultado no es por azar, es consecuencia de una sistemática capacitación que se ha venido generando en nuestras

profesionales en los últimos años. En el convencimiento que precisamos extrapolar el conocimiento práctico u operacional; hacia un conocimiento más profundo que nos lleve al hecho de conocer nuestro propio trabajo no sólo en su dimensión operativa o técnica sino en su esfera relacional, transformativa y humana. Este podrá ser el camino para el encuentro de sí mismo como sujeto. Esta postura exige la comprensión de determinantes y contextos globales y particulares que envuelven cada trabajo, incluyéndose a toda gama de cambios en la organización y de las relaciones de trabajo, de las innovaciones tecnológicas y de las repercusiones de nuevos paradigmas de la producción.^{55; 43}

Es indudable que el esfuerzo de capacitación de las enfermeras va conduciendo a una creciente consciencia que su actividad profesional tiene que trascender lo exclusivamente operativo, mecánico y rutinizado por un tipo de praxis social, humanista, integradora que potencie su autonomía y defina su particular contribución para el desarrollo del bienestar y salud en la sociedad. Esta nueva consciencia y valoración de su trabajo podrá aportar a mejorar su calidad de vida laboral desde un punto de vista intrínseco, tentado superar incluso las condiciones macro organizativas, financieras o políticas que la limiten.

La enfermería entonces ha experimentado en las últimas décadas, un largo proceso de profesionalización y requiere hoy de elementos complejos que abarcan conocimientos científicos específicos de la enfermería, capacidad de investigación, potencial de liderazgo y elevado sentido ético y moral. Por esto, la labor de la enfermería no debe ser desprestigiada ni considerada menor en relación con las actividades del médico. La seguridad de los pacientes y la calidad en el cuidado, demandan mayor autonomía clínica del personal de enfermería y que los enfermeros, médicos y otros profesionales de la salud trabajen en forma más colegiada y colaborativa. Y esto no debe hacerse sólo para atender las necesidades de las enfermeras sino porque es lo correcto. Los estudios demuestran que cuanto menos jerárquica es la relación mejores son los resultados, ya se midan éstos en términos de morbilidad, como en tiempo de internación, costos y satisfacción con el trabajo.⁵⁷ No puede desentenderse que cualquier esfuerzo que contribuya con mejorar la calidad de vida laboral de la enfermera resultará igualmente beneficioso en la calidad de cuidado de los pacientes y objetivos de la organización en general.

La cuestión de la autonomía de las enfermeras en el servicio y especialmente en referencia al médico, ha sido estudiado en innumerables trabajos de investigación y están relacionadas al carácter subsidiario de las funciones de la enfermera, donde este carácter se confunde con posición inferior y consecuentemente con desprestigio; el raciocinio es que la categoría de las enfermeras ocupan un lugar subalterno en el equipo de salud, porque sus componentes desempeñan actividades complementarias en el proceso terapéutico, y por ser complementarias, producen un desprestigio.⁴³ La investigadora considera que esta aseveración corresponde a un contexto socio histórico, en la cual, la enfermera aún no tenía claro sus competencias profesionales y realizaba básicamente actividades dependientes de la decisión médica. Si bien es cierto, esa imagen ha cambiado en la actualidad, considero que más que una decisión médica, el tema de la autonomía, depende ahora, de la decisión de la misma enfermera. Es decir, que las enfermeras que han logrado capacitarse y concientizar el grado de responsabilidad que les corresponde como profesionales de la salud, se muestran con una actitud de mayor autonomía, frente a su responsabilidad de cuidado. Veamos:

“Siento que tengo autonomía profesional porque realizamos cambios, y tenemos el apoyo del médico que acepta nuestras sugerencias pues tenemos la especialidad de neonatología. El cambio lo hacemos pero con fundamento ¿no? Los niños se recuperan, vemos a prematuritos, que salen muy bien, se van de aquí.” DELCHEGUE

“Ser enfermera en este servicio es lo máximo, feliz, feliz...soy dueña de mi servicio, hago mi trabajo, cuido a mis niños, no tengo problemas, ¿A qué me refiero?, feliz, sin presiones, sin juzgarnos, libre y autónoma.” LUESGA

Lo que destaca estos testimonios es la motivación de las profesionales, superando los aspectos negativos del contexto. La motivación es considerada como la energía que dirige el comportamiento, ésta puede ser intrínseca cuando deriva del placer mismo que proporciona realizar la actividad en sí misma. Para Fishman, la autonomía es considerada un motivador intrínseco poderoso. Cuando una persona puede elegir la actividad que hace y cómo la hace, se motiva haciendo la actividad en sí misma, se siente libre y que hace lo que le parece importante⁵⁸. En enfermería la autonomía ha sido identificada como una variable importante que afecta la percepción de la enfermera en relación con su satisfacción en el trabajo, los ambientes positivos de su práctica profesional y la calidad del cuidado de enfermería. Sin embargo, en el ambiente laboral hospitalario, no siempre se propicia la autonomía de la enfermera, su sentido de autonomía puede estar claramente

disminuido en situaciones en las cuales es ignorado el conocimiento profesional, propio de la enfermera.⁵⁹

No es extraño escuchar de algunos médicos expresiones como “enfermera, sólo límitese a hacer su trabajo” ó “cuando le pida su opinión por favor intervenga”, situaciones que revelan una falta de legitimización del saber de la enfermera, un menoscabo de su valor como profesional dentro de una organización de trabajo, en donde cada miembro debería aportar desde su perspectiva, conocimiento y experiencia, favoreciendo una labor como equipo sanitario.

Tratando de realizar un análisis del trabajo y la autonomía, relacionadas a las condiciones de trabajo de la enfermera, en un contexto macro-social sucede que en los servicios de salud hospitalarios se encuentran una gama de deficiencias, que podrían ser atribuidos a las inadecuadas políticas públicas que generan presupuestos deficientes, gestiones hospitalarias inoperantes etc. que influyen en las condiciones de precariedad en las cuales las enfermeras tienen que desarrollar su trabajo. Por un lado, al profesional de enfermería, se le exige ser productivo, desde la perspectiva rentista, lo cual se traduce en mano de obra barata y uso eficiente y racional de los recursos —es decir, usar lo mínimo requerido en tiempo y recursos para brindar el cuidado—, que afecta directamente su calidad y oportunidad. Por otro lado, se le asignan funciones administrativas intensivas que lo apartan de su rol de cuidador directo.⁶⁰

Este cuidado que es brindado en condiciones adversas, y ante las cuales la enfermera, tiene que usar constantemente su ingenio, iniciativa y creatividad, puede significar para algunas, un trabajo desafiante o retador, que le motive a la búsqueda de alternativas o soluciones en aras de lograr el objetivo del cuidado de calidad, y su consecuente autonomía. Al mismo tiempo, si estas situaciones se presentan de manera frecuente o rutinaria, en un hospital con insuficiencia de personal, de insumos u equipamiento y deficiencias en su organización, no cabe duda, que el trabajo de la enfermera será percibido por ellas mismas como insatisfactorio, frustrante o sacrificado.

La calidad de vida laboral de las enfermeras sufre la influencia de estas experiencias que merman su satisfacción al realizar su práctica de cuidado, más aún si tomamos en consideración, que el proceso de cuidar y cuidado humano son vistos como el ideal moral de la enfermería.⁶¹ Por lo tanto, las limitantes al ejercicio de ese cuidado

serán asumidos como frustrantes para muchas enfermeras; contrariamente todos aquellos esfuerzos que realice por un trabajo autónomo, en favor de sus pacientes procurando su mejoría, alivio o recuperación, podrán derivarse de un sentimiento de realización profesional además con la posibilidad de trascender a través de ese cuidado.

En opinión de la investigadora, este sentimiento de realización profesional que evidencia la calidad de vida laboral de las enfermeras, debería ser una de las principales preocupaciones de los gestores en las organizaciones hospitalarias, en razón a la importancia de su labor, en la calidad global institucional. Las enfermeras no sólo constituyen un grupo voluminoso de profesionales, que cumplen funciones de prescripción o dependientes; ellas representan un colectivo poderoso, con una misión social importante, para efectivizar el cuidado de la salud y preservar la vida y seguridad de sus pacientes. Así lo entiende Najera cuando manifiesta que el personal de enfermería está constituido por individuos de cultura y afecto, educados para desempeñar su misión disciplinar en su carácter de actores sociales que participan, a través de sus relaciones de poder en la construcción de la historia nacional, en la estructuración y dinámica de los campos de la salud y de la ciencia en el contexto de la dinámica social; entre otros, así como en la edificación del futuro como instancia constituyente de la identidad subjetiva y social.⁶²

2da. CATEGORIA.- EL PROCESO DE LAS INTERRELACIONES HUMANAS EN SALUD COMO DETERMINANTE DE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL

La segunda categoría que complementa el análisis de esta investigación, también emergió como resultado del tratamiento del Método de Asociación de Contenido (MAC). El siguiente cuadro muestra los elementos que la componen:

TABLA N° 3: ELEMENTOS Y FRECUENCIAS DE SEGUNDA CATEGORÍA (MAC)

Elementos	Frecuencia simple	Frecuencia asociada
Actitudes personales y profesionales de la enfermera (7)	205	179
Relaciones interpersonales de enfermeras(9)	122	106
Desempeño y competencia profesional (20)	80	63
TOTAL	407	348

La frecuencia simple, congregó cuatrocientos siete (407) veces, alguno de los tres elementos presentes, se presentaron de manera separada. Al contrario, el valor de la frecuencia asociada representa la presencia articulada entre alguno(s) de los tres elementos en mención. En esta oportunidad el valor reportado es de trescientos cuarentiocho (348) veces. Al valorar las frecuencias simple y asociada totales, resalta que metodológicamente hablando, la segunda categoría tiene mayor relevancia; considerando que los tres elementos que lo componen se han presentado a través del MAC con mayor consistencia y rigor científico. Este resultado nos exige asumir especial cuidado en el análisis de los resultados de esta categoría.

Como ya se ha mencionado la CVL es un concepto heterogéneo debido a la riqueza y pluralidad de temas estrechamente vinculados con el mundo del trabajo. Uno de esos temas corresponde a la dimensión subjetiva, referido al conjunto de percepciones y experiencias laborales, que de manera individual y colectiva, originan realidades laborales características dentro de un mismo contexto organizacional. Este proceso de construcción socio cognitiva del medio laboral surge de un complicado sistema de relaciones y modos de interacción que establecen los individuos entre sí, y que les permite definir y operar -transmitir valores y creencias, compartir actitudes y pautas de comportamiento, construir símbolos y significados- dentro de esa realidad laboral construída.⁴

Antes de continuar, es importante señalar que sólo por motivos académicos se han separado los análisis de las dos dimensiones de la calidad de vida laboral; en realidad ambos se desarrollan en un proceso dialéctico y contextual. No es posible hablar de uno de ellos, sin hacer referencia al otro, aún más cuando el proceso de trabajo por su movimiento y significación, per pasa y permite la producción y reproducción de relaciones entre la sociedad/ institución y el individuo, con sus modos de vivir y de pensar, sus creaciones, recreaciones y descubiertas.

Por su relevancia y buscando profundizar el análisis, la investigadora decidió separar en dos subcategorías, que discute principalmente los aspectos relacionales entre los profesionales del equipo de salud y su relación con la definición de su calidad de vida en el trabajo. Enseguida presentamos las subcategorías.

Sub categoría: La Calidad de vida laboral influenciada por el relacionamiento interprofesional: caso Medicina –Enfermería

La preocupación por el estudio de la calidad de vida en el trabajo cobra un especial interés en la década de los años 70 en los EEUU, con el objetivo de humanizar el entorno del trabajo prestando especial atención al desarrollo de factores humanos y a la mejora de su calidad de vida en el área de la salud y particularmente enfermería, el estudio de las condiciones laborales –centrado sobre todo en la persona-; han ido asumiendo diferentes nombres a lo largo de las últimas décadas, así, encontramos estudios alineados al enfoque de la humanización, el enfoque psicológico, e incluso el enfoque de trabajo social de la enfermería; todos ellos buscan mejorar las condiciones laborales del profesional.⁴

El estudio de la vida laboral en una organización llevada a cabo desde un punto de vista del trabajador supone realizar un análisis micro centrado en el individuo, en los modos en que éste experimenta y percibe su ambiente de trabajo. Las características personales y los recursos cognitivos con los que cuenta cada individuo condicionan las actitudes, comportamientos y los modos de percibir, valorar e interpretar las distintas facetas de su entorno de trabajo. Cómo experimenta cada trabajador su ambiente de trabajo determina la CVL y es esta valoración subjetiva o individual es lo que denomina CVL psicológica. Para aquellos autores que conciben la calidad de vida en el trabajo desde el punto de vista del trabajador destacan variables como las experiencias individuales en el ambiente de trabajo, las percepciones, el nivel de motivación y el grado de satisfacción de los individuos.⁴

En enfermería existen innumerables estudios que tratan respecto las relaciones interprofesionales, relaciones de poder o hegemonía entre los profesionales médicos y enfermeras. No es intención de la investigadora, traer a este análisis la profundización de esa relación; pero sí, tomando como base los hallazgos recolectados de las enfermeras entrevistadas, se pretende articular ese análisis al estudio de su calidad de vida laboral.

No es novedad que en el área de la salud, el paradigma que dio origen y se mantuvo imperante por muchos siglos, ha sido el modelo médico, biólogo fundado en la teoría microbiana; en ese contexto el cuidado de enfermería era considerado como algo auxiliar, complementario más no prioritario. Y es ampliamente difundido por nuestra

historia, que los hechos que propiciaron una revisión en las necesidades de este tipo de trabajo, fueron las guerras acaecidas en esa época, especialmente la mundialmente conocida guerra de Crimea. En este escenario histórico, empieza a destacar la calidad del cuidado de enfermería, que era brindado a los heridos de guerra. El cuidado pasa a diferenciarse de las estructuras funcionales de los hospitales de guerra, al de tipo de asistencia médica recibida en los hospitales.⁴³

A partir de ese momento histórico, empieza a germinarse un cambio en la forma de relacionamiento de la enfermera con el profesional médico; relacionamiento que a lo largo de las diferentes etapas que ha vivido la enfermería profesional, han asumido características influenciadas por el paradigma dominante de la época. Aún hoy, tantos siglos después objetivamos imágenes y ancoramos significados que persisten desde el origen de ese relacionamiento. La investigadora cree importante presentar los siguientes testimonios que lo evidencian:

“Para mí lo más difícil, son los médicos porque para ellos, uno tiene que estar mirándolos, pidiéndoles alguna opinión, o viéndoles que vean al paciente, siguiéndoles a todos lados, si uno quiere que el paciente sea atendido, porque ellos en sí, al final creen que son” Semidioses” y que uno tiene que seguirlos, estar pendientes de ellos, para que puedan dar el tratamiento.” MAPAVI

“Entre las barreras al cuidado, está el carácter de los médicos, a veces ellos son un poco...en el trato que tienen con la enfermera, no lo diría exigente, pero se creen muy superiores a la enfermera y la tratan déspota mente...” LULEO

“He sido muy maltratada por un médico, cuando me tocaba con él, prácticamente me sentía mal emocionalmente, me empezaba a sudar las manos, a dolerme la cabeza; por completo me alteraba mi estado anímico al punto de que me estresaba demasiado. Cada vez que lo veía llegar y estaba de guardia, trataba de sobreponerme, porque a él no le parecía nada bien, a tal punto que era una cosa intolerable. Hasta me hacía llorar, me ha hecho sentir mal, delante de mis compañeras. He tenido muchos problemas con la parte médica, y con las colegas.” CEVICAL

Ubicándonos nuevamente en el decorrer histórico, se conoce que la enfermería tuvo algún desarrollo en la era cristiana, haciendo parte de la asistencia caritativa prestada por monjes y órdenes religiosas femeninas, sin embargo, se vive en la época de transición para el capitalismo un período de franca decadencia en enfermería (de 1500 a 1860); no sigue la misma línea de desarrollo científico y tecnológico que se dio en los demás campos del conocimiento. Han sido apuntados como causa de esta interrupción, algunos de los siguientes acontecimientos históricos: la reforma protestante, la decadencia de la organización cristiana de los monasterios e instituciones caritativas y la transformación de los hospitales en un espacio terapéutico y de enseñanza⁴³

Los hospitales se tornan un espacio terapéutico y no más caritativo y de abrigo a los pobres, mantenido por la iglesia católica. El estado capitalista emergente no asume las políticas sociales como tarea y el trabajo de cuidado a los enfermos y de administración al espacio hospitalario, queda ampliamente influenciada por el capitalismo; relegado al plano de no prioridades, empleando para el desarrollo de este trabajo a las mujeres de las clases pobres que habían sido excluidas de la industria y las personas marginalizadas por la sociedad de la época. En este proceso histórico donde las prácticas de enfermería, se desarrollan de manera subordinada al área de medicina, asume la falsa posición de secundaria y tienden a perder su identidad propia en nombre de una igualmente falsa total dependencia en relación al conocimiento y práctica médica. ⁴³ Hecho que trajo una seria repercusión no solo en la actitud asumida por la sociedad en general, que acoge esa idea de superioridad de la medicina; sino también, en las mismas enfermeras que se “sienten” influenciadas por ese peso histórico.

Situación que es reforzada por la posición hegemónica de los profesionales de la medicina, en relación a los demás profesionales de la salud. Por razones históricas y estructurales la medicina se presenta como polo hegemónico y los médicos como sus líderes indiscutibles del área de la salud. Para muchos autores la enfermería no representa una ciencia en sí, a pesar, que sus actividades que le son inherentes tengan base científica. Y no es por tanto, este hecho que explica su relativo desprestigio cara a la medicina y otras profesiones del mismo nivel. Sin duda la conquista del prestigio buscado por las enfermeras, pasa por la vía de la ciencia, lo que no significa que la enfermería se constituya en una ciencia singular. ⁵⁶

En esa procura por la científicidad de la enfermería, a partir de la década de los 60 en adelante, la enfermería mundial pasa a desarrollar su propio conocimiento, en base a diversos modelos y teorías de enfermería, que dan sustento a su hacer profesional. Articulando este proceso al desarrollo investigativo que le otorga la posibilidad de formar a sus profesionales, otorgándole los mayores grados académicos: maestría y doctorado. Con este desarrollo teórico conceptual, las enfermeras han ido incorporando un nuevo moldeamiento a su pensamiento respecto el **ser** y **hacer** de nuestra disciplina enfermería.

Con el entusiasmo de recoger nuevos aires en la historia de nuestra profesión, esta investigación recogió importantes testimonios que evidencian un nuevo posicionamiento:

“Algunos médicos que si te valoran, pero la mayoría no valora el trabajo, piensan que nuestro trabajo es, ...como ellos dicen físico, no es mental, por tanto, no nos cansamos. Nuestro trabajo para muchos de ellos lo toman de sencillo. En cambio el trabajo de ellos si es mental y se cansan.” MABE

“Con los médicos tenemos de todo, pero en cuanto a trabajo -casi siempre- somos respetadas, consideradas, porque nosotras también hemos demostrado ser personal eficientes y capacitadas; a excepción a veces también de un médico cuando recién vino, quien pensaba que nosotras éramos una enfermeras que simplemente hacíamos y no podíamos opinar, ni decir nada, pero con el paso del tiempo y con nuestro trabajo le hemos demostrado que sí estamos capacitadas para poder hacer nuestro cuidado de enfermería como debe ser.” RUBICHA

“Bueno acá los médicos cirujanos, ciertamente son un poco especiales, por lo misma responsabilidad que tienen frente a dichos pacientes, en un momento determinado se estresan, pero tratamos de manejarlo de la mejor manera, para poder llevar un buen ambiente, porque si nos vamos a poner con caras o contestar mal, no se va a poder trabajar bien” NEDECAPÍ

Es perceptible entre las líneas de estos testimonios rezagos de ese tipo de relacionamiento jerárquico y hegemónico entre médicos y enfermeras que prevalece aún en algunos profesionales médicos, y que como hemos analizado se encuentra muy arraigada en la historia y estereotipada en el imaginario popular. Sin embargo resulta esperanzador el tránsito de ese modelo tradicional caracterizado por considerables diferencias en jerarquía, poder e influencia a un nuevo tipo de relación basado en el mutuo respeto e interdependencia, en el cual los médicos y las enfermeras comienzan a ser partes equivalentes de un equipo de atención. La importancia de este relacionamiento y su influencia en la calidad de atención del usuario, y calidad de vida laboral de la enfermera es bien conocida y se refleja en innumerables artículos de revistas internacionales y nacionales de enfermería.⁶³

Se puede afirmar que la persistencia de esta perspectiva tradicional en el relacionamiento médico- enfermera en muchos contextos sanitarios, especialmente hospitalarios puede estar originado en la distinta percepción que ambos grupos tienen sobre la misma. Los médicos perciben que su relación con las enfermeras y el grado de colaboración con ellas es mucho mejor de lo que percibe el personal de enfermería y las diferencias son bastante notorias.⁶³. Se publicó una encuesta en el año 2003 en la que el 73% de los médicos consultados creían que su relación con las enfermeras era buena y

colaborativa. Menos de la mitad de las enfermeras del estudio (33%) pensaban lo mismo.⁶⁴ Estos datos se condicen con otro estudio del mismo año donde el 50% de los médicos y sólo el 27% de las enfermeras consideraban colaborativa a la relación.⁶⁵

El estudio de la vida laboral desde un punto de vista del trabajador llevada a cabo en una organización supone realizar un microanálisis centrado en la persona, y en los modos como éste experimenta y percibe su ambiente de trabajo. A esto Segurado y Agulló lo denomina la Calidad de vida laboral psicológica.¹¹ Considerando esta dimensión del análisis se puede afirmar que muchas de las enfermeras entrevistadas en el presente estudio atendiendo a sus particulares características personales y recursos cognitivos perciben el relacionamiento médico –enfermera como fuente generadora de conflictos, inequidades e insatisfacción laboral. La percepción de una jerarquía muy marcada es vivida por los enfermeros como una situación que beneficia a unos profesionales, en este caso al colectivo médico, y perjudica a otros profesionales, así nos lo relata una enfermera en el siguiente testimonio.

“fui a pedir un documento, le atendieron primero al doctor y yo que había llegado primero, no me atendieron, tengo que ser doctor para que me atiendan primero y eso se ve mal, se debe respetar pues, así sea médico, enfermera, todas las personas tenemos los mismos derechos. (BETIPA)

Otra circunstancia compartida por muchas enfermeras está referida a la escasa valoración que hacen algunos médicos de su trabajo. Muchas veces no comprenden lo que hacen, no escuchan lo que tienen que decir acerca de los pacientes, no toman sus evaluaciones en serio, ni las toman en cuenta a la hora de planificar sus cuidados.⁶³ En particular esta situación se suele presentar con las enfermeras de reciente ingreso o con menor experiencia que hacen evidente algún grado de inseguridad, especialmente al desarrollar cuidados procedimentales, o demostrar liderazgo con el personal a su cargo.

*“un médico te llega a darte indicaciones y de repente a ti no te parece que es lo adecuado para la persona y quieres sugerir y no te deja, porque piensa que tú eres menos, ¿no?”
CEVICAI*

Para que un individuo pueda funcionar bien dentro de un equipo, debe sentirse seguro como profesional. Las enfermeras necesitan saber con exactitud qué es el trabajo en equipo, cómo encajan en el equipo y cuáles son sus responsabilidades antes de poder

participar plenamente en la práctica colaborativa. Sin embargo existen diferentes visiones paradigmáticas y enfoques para abordar la atención de los pacientes que dificulta la comunicación y la práctica colaborativa entre médico y enfermera. Las enfermeras están formadas para brindar un cuidado holístico, con una mejor visión y comprensión de los factores humanos y sociales de cada paciente, mientras que el profesional médico privilegia la aplicación de la ciencia en la lucha contra la enfermedad, sobre la persona. Pareciera que la comunicación no es un tema destacado en los programas de formación de los médicos y muchos de ellos no están preparados para atender las necesidades emocionales de los pacientes o no lo consideran prioritario. Estas diferentes percepciones sobre las necesidades de los pacientes derivan muchas veces en malos entendidos y conflictos entre enfermeras y médicos y suelen ser tierra fértil para el enojo y la insatisfacción profesional.⁶³ Así nos lo explica la siguiente entrevistada.

"El estrés que ellos traen(los médicos), la sobrecarga de emociones que ellos pueden traer es muchas veces porque tienen trabajos extras, vienen cansados, agotados y cuando existe algún problema en el servicio, se estresan. Entonces el estrés del médico también provoca estrés en la enfermera y produce malestar en ella, porque a veces por más que quieras solucionar y ayudarlo, entonces siempre va haber un conflicto social allí." MARORCHA

La imagen de la enfermera como una mera ejecutora subalterna a las órdenes del médico está virando poco a poco hacia el de enfermeras más profesionales, especialmente certificadas y entrenadas en áreas tan importantes y prestigiosas como terapia intensiva, emergentología, neonatología, control de infecciones, etc. Estas enfermeras tienen tareas y responsabilidades específicas sobre los pacientes que trascienden las órdenes médicas.

Es menester que las nuevas generaciones de enfermeras sean cada vez más conscientes de esa labor trascendente, humana y vital que le otorga un sentido específico y valioso a su labor profesional, de manera que en el proceso de su relacionamiento con el equipo de salud pueda establecer un nuevo sentido de autonomía, liderazgo y trabajo colaborativo. Por ello se dice que "colaboración es trabajar juntos para consensuar objetivos, resultados y enfoques comunes". Enfermería ha de trabajar en la comprensión de su rol propio y el de los otros, respeto mutuo, compromiso con los objetivos comunes, toma de decisiones compartida. Finalmente estos logros suman a favor de su calidad de cuidado al paciente y por supuesto de su calidad de vida laboral.⁶⁶

En esta parte del trabajo se ha tomado como referencia la forma como el relacionamiento interprofesional afecta la CVL de la enfermera; sin embargo, hay otro tipo de relacionamiento que guarda gran relación con la CVL, nos estamos refiriendo al relacionamiento entre los mismos profesionales de enfermería. En la siguiente subcategoría completamos este análisis.

Sub categoría: La Calidad de vida laboral y el relacionamiento interpersonal entre la Enfermería su equipo y la familia

La práctica del cuidado de Enfermería cotidianamente gira alrededor de la interacción humana entre la enfermera, el equipo y familia. Resulta inevitable en el entorno hospitalario, que estos procesos sociales se vulneren o limiten por la diversidad cultural y heterogeneidad de personas que interaccionan.⁶⁷

La enfermería constituye un conjunto humano complejo y heterogéneo, marcado por contradicciones y conflictos; avances y retrocesos; divisiones y alianzas que han caracterizado su transitar histórico. Este complejo relacionamiento interpersonal cobra especial importancia en razón de las condiciones sociales y laborales que en muchas oportunidades actúan como condicionantes negativos que coadyuvan a incrementar el estrés y el conflicto del equipo sanitario y pacientes atendidos.

Si bien somos conscientes que los conflictos hacen parte de la vida cotidiana laboral, no por ello debemos restar la importancia que tienen dentro de la organización hospitalaria, pues el clima organizacional, el verdadero trabajo en equipo, la solidaridad, la excelencia en el cuidado, tienen que ver con el afrontamiento que hagamos de ellos.⁶⁸ No se podría hablar de calidad de vida laboral en enfermería, cuando la realidad habitual para una enfermera es el no entendimiento y la percepción de amenazas que le impidan desenvolver su trabajo con tranquilidad y en armonía. Así lo percibimos en los siguientes testimonios que presentamos

“Cuando tú sales del ambiente en el cual estas trabajando, y estas mirando caras, cuando te toca con un personal que no viene con buen ánimo...a cualquiera le frustra, le incomoda pero también tenemos que saberlo superar, si uno va a estar enfrascado y estar pensando en el conflicto de la compañera que siente hacia mí; al menos yo procuro olvidarme. Pasar por alto, porque si no me voy a volver una persona negativa, y si soy una persona negativa no voy a poder hacer bien mi trabajo porque voy a estar obsesionada pensando en otras cosas cuando mi pensamiento debe estar en mi trabajo, en el paciente, no?” CERUBE

“Lo más difícil de trabajar en el servicio creo, que es la calidad de atención que podemos brindar, no al paciente sino entre nosotras mismas. O sea la dificultad que uno tiene para desarrollarse, son colegas que están pendientes hasta de lo que vas a hablar, de lo que vas a decir, de lo que vas a poner si lo que hiciste está bien. Si tú estás hablando con alguien piensan que están hablando sobre ellas...haciendo un comentario de ella. O están juzgando lo que tú haces, si te equivocaste en poner la vía, ella ya vino a decir que no lo sabes colocar o ya te sugiere, o ya está hablando de lo que tú estás haciendo , cuando en vez de ayudarte , a apoyar al paciente lo único que hacen es debilitarte , hacerte sentir menos , dañarte.” MADIVA

En este tipo de situaciones las personas sienten que no hacen ninguna contribución a su trabajo, que ellos mismos o su tarea no es valorada, pues se sienten inseguros. Se puede percibir también mucha tensión en el ambiente. Algo que daña muchísimo y aumenta el conflicto es que todos comienzan a hablar a espaldas de otros colegas o compañeros de trabajo. Si bien consideramos que no todo conflicto es negativo, el tipo de conflicto disfuncional consume mucha energía personal, dañan la cohesión entre los grupos de trabajo y promueven hostilidades interpersonales.⁶⁸ Basados en la experiencia y observación de la investigadora los conflictos están relacionados con la cultura, costumbres, experiencias previas o sistemas de valores de la enfermera. Aspectos que las vuelven proclives a reaccionar adversamente frente a las contradicciones, mal entendidos, percepciones ambiguas o erróneas que pudieran surgir entre pares o con familiares y pacientes. Lo subyacente de cada conflicto serio es una lucha de valores; las personas en los lugares de trabajo juzgan su propia conducta así como la de los otros según lo que creen debe ser hecho, por los valores que sostienen. La falta de confianza se profundiza cuando los individuos involucrados perciben que los otros provienen de un sistema de valores opuesto.

Los equipos de trabajo están conformados por personas de distinto nivel social y distinta personalidad y todos son importantes para que el trabajo en equipo sea efectivo, de manera que todos los miembros perciban un nivel de logro y autodesarrollo individual y en equipo. Sin embargo aun teniendo buenas intenciones no se puede prevenir estas fallas comunicativas que cuando se instauran de manera permanente o habitual, conducen a falta de civismo, agresión e incluso violencia laboral.

Otro factor insertado dentro de la misma organización y los desequilibrios de poder podría ser la relación médico-enfermera, enfermera –técnico, enfermera nombrada –enfermera contratada, enfermera jefe o supervisora y enfermera de planta, enfermera experimentada-enfermera novel. En alguno de estos relacionamientos existe una

condición diferencial que puede tratarse de una jerarquía, un nivel profesional, conocimientos, competencias adquiridas que colocan a la persona en una posición privilegiada para el ejercicio del poder. Este ejercicio per se, no constituiría en sí mismo un problema si no existiría en el fondo la necesidad subyacente de tener el poder y el control con un enfoque de inequidad y no de servicio. Quién tiene la mejor información, el mejor espacio o lugar de trabajo, cuál opinión cuenta más al momento de las decisiones, son puntos que forman el terreno fértil para los conflictos.

Los conflictos se establecen entonces cuando en el proceso del trabajo comunicacional se expresa el carácter asimétrico en las relaciones entre los sujetos. Apuntamos también que en un nivel de actividad vital del hombre —el trabajo- como forma típica de hacer humano, está condicionado por el modo de producción de determinado modelo económico- social.⁶⁹ “

“Al principio era algo fuerte, lloraba todas las veces en que alguien venía y me decía: sabes que esto está mal, o me tiraban las cosas de las manos o me seguían, o me ponían apodos, que la muñeca de la emergencia; que tú eres esto, que tú eres el otro. En vez de decirme mira, esto no lo estás haciendo bien, o tienes que cambiarlo. Lloraba frecuentemente y eso era malo para mí, porque a las finales ellas se iban tranquilas y yo me quedaba con esa impotencia de poderle responder o decirles algo” MADIVA

La organización del trabajo puede constituirse en una mayor fuente de sufrimiento para los trabajadores de enfermería, lo cual se relaciona al ejercicio del poder de los diferentes actores involucrados en las instituciones de salud, lo cual puede provocar múltiples problemas morales y sufrimiento moral. Estas situaciones relatadas acontecen tanto por la falta de respeto, como por una negación de su condición de sujetos, omisión de sus valores, creencias y saber, De este modo, es también posible confirmar que la práctica de cuidados en salud es una actividad moral, ya que el modo como los profesionales desempeñan su rol tiene implicancias morales para los sujetos involucrados, principalmente por las diferentes relaciones de fuerzas, de poder, de múltiples desigualdades sociales, culturales, de lenguaje, de saber, entre otras ya mencionadas.⁷⁰

Al puntualizar sobre las desigualdades que inciden en la calidad de vida laboral de las enfermeras nombradas y contratados, más allá de aspectos remunerativos, encontramos que insertados en la organización del trabajo y en concepciones de los mismos profesionales de enfermería, una suerte de desvalorización de la enfermera contratada que es concebida como un sujeto menoscabado en sus derechos pero

sobrevalorado en sus obligaciones y deberes dentro de la institución hospitalaria, lo cual conduce inevitablemente a situaciones de abuso de poder no sólo por parte de los gestores, sino también entre pares. Esta percepción errónea influye también en el relacionamiento de las enfermeras; este problema es tan serio que destruye la dignidad humana, al punto de sufrimiento corporal, espiritual y social; de esta manera degeneran el propio trabajo de cuidado, transformando trabajadores en autómatas, alienados y permanentemente enfermos, impotentes delante de las condiciones de trabajo a la que quedan sometidos.⁴⁰

Cuando analizamos las relaciones interpersonales entre profesionales de enfermería, salta a la vista de manera muy notoria, que hay una variable influyente, son las condiciones de contrato que se encuentra en cada una de las enfermeras. Contar con un contrato de nombramiento o contrato eventual, hacen la diferencia vital, en la calidad de vida de estas profesionales: nuevamente presentamos solo alguno de los múltiples testimonios que fueron recogidos en esta investigación:

“...en una oportunidad me dijeron: si tú eres contratada yo soy nombrada, aquí la que manda soy yo, y a mí no me interesa lo que tu pienses; y no me vas a quitar el trabajo y yo me acuerdo que le respondí que no he venido a quitar el trabajo a nadie. No por el hecho de ser contratada, o que sea joven, no voy a tener las mismas habilidades que ellas tienen. Estoy desarrollándolas, estoy aprendiendo. Y el hecho de que ellas sean nombradas y yo contratada tampoco me quita el rango que soy enfermera, y soy su colega. No soy menos que ellas...no es que tú eres la contratada y yo soy la más antigua y por eso mando”
MADIVA

Cuando uno ya es nombrada, el hecho de ser nombrada, ya no te maltratan, ya tienes tus derechos, así toman ese concepto. Porque después somos iguales, profesionales, porque la contratada cumple la misma función que la nombrada, entonces no debe haber diferencias”. “La contratada”, nos dicen, (al referirse a la enfermera que tiene esa condición) ni siquiera dicen la colega, sino “la contratada”. A ellas se les moviliza, no vino tal enfermera entonces, el que tiene que movilizarse es el contratado, por más que tenga la especialidad, y es más, el personal nombrado que a veces no tiene ningún paciente en su servicio, NO se mueve; en cambio el personal contratado, tiene pacientes en su servicio y todavía le dan otro servicio más para responsabilizarse” “Hay mucha desventaja y mucho maltrato por nuestras propias colegas. Eso me hace sentir mal porque nos hacen sentir que somos un bicho raro, que no somos como ellas. (MABE)

Estas condiciones de trabajo que son denunciadas en los discursos han sido ampliamente constatadas por la investigadora, pues se observa la inequidad en el trato en relación a las enfermeras nombradas por parte de las jefaturas de enfermería, en diversas situaciones, como por ejemplo en la elaboración de los roles de trabajo, en donde se aprecian plantillas irregulares, con poco descanso post-guardia, que inevitablemente afectan su vida familiar y extra-laboral considerando que estas enfermeras debido a la precariedad de sus remuneraciones se ven en la necesidad de trabajar en otras clínicas,

institutos u hospitales para poder mejorar su situación económica. Por otro lado la inestabilidad laboral sitúa a las enfermeras contratadas en una posición vulnerable frente a la defensa de sus derechos, sintiéndose comprometidas a aceptar situaciones evidentemente injustas, a fin de “preservar su permanencia en el puesto o en el servicio”.

En ese sentido llamó la atención de la investigadora la renuencia de algunas enfermeras contratadas a participar de la investigación, pues sentían miedo o recelo de denunciar en entrevistas grabadas las condiciones desfavorables que afectaban su calidad de vida laboral. Con aquellas que sí participaron, la investigadora tuvo que emplear estrategias comunicativas que permitieran mantener una fluidez en el discurso sobre todo en aquellos puntos álgidos sobre su calidad de vida laboral que en muchos momentos, evitaban expresar, además asegurándoles la confidencialidad de la información proporcionada que exclusivamente sería utilizada para fines de investigación.

Esta “Cultura del silencio” por temor a la pérdida de trabajo o represalias, nos conduce a muchas reflexiones, y a la vez a múltiples interrogantes. ¿Existe acaso comprensión por parte de la enfermera que el legítimo ejercicio de su poder puede tener implicaciones éticas, no sólo para sí mismas sino también para los pacientes por ellas cuidados? ¿Están conscientes que al negarse el ejercicio de sus derechos, no están siendo respetadas y que simultáneamente niegan ese respeto a su profesión y a su condición de personas? Esa “cultura del silencio” que practican las enfermeras en aras de una aparente armonía y de un ambiente políticamente correcto, estarían favoreciendo la convivencia cotidiana de los trabajadores con el error y la negligencia, consentimientos de miedo e impotencia, frente al reconocimiento de la necesidad de denuncia. Así lo expresa el siguiente discurso.

“Yo iba a hacer un documento, para decir sobre los roles, que nos deben tratar bien, pero el personal contratado tampoco me apoyaron, nadie me dijo voy a firmar ese documento, sólo una ¿Por qué crees que no lo querían hacer?, por el miedo a perder el trabajo o a que le despidan.” (MABE)

Es necesario enfocar una mirada crítica sobre el cotidiano, para entender que son esos espacios de convivencia en donde se forjan las relaciones y los espacios de poder de las enfermeras que, -o bien legitiman las inequidades o bien abren posibilidades de cambio- al establecimiento de un nuevo relacionamiento con condiciones más justas social y laboralmente. Es menester y urgente una práctica profesional transformativa en

relación a las actuales condiciones de trabajo de la enfermería, en donde tiene que asumir un rol más participante, con menos conformidad y sumisión a los modelos hegemónicos que limitan su desarrollo personal y profesional y afectan no sólo su calidad de vida laboral sino también que vulneran el significado social, humano y político del cuidado de las personas. Esta nueva enfermería que puede adquirir mayor visibilidad en el entramado social, aunque no sea aquella que mejor sirve a los sistemas productivos, pues los modelos socioeconómicos y hegemónicos vigentes esperan mantener una enfermería sometida que asume el conocimiento y la dirección del ejercicio profesional que se le impone, construyendo su utilidad a través de su obediencia y su obediencia, a través de su utilidad.⁷¹

Existen además posibles implicaciones éticas asociadas a la sumisión de las enfermeras y a su aparente dificultad de ejercer poder en sus múltiples relaciones de fuerzas. Lamentablemente, cuando las enfermeras de forma intencional no ejercen poder basado en una determinada agenda profesional/ ética, de cierta forma, participan de su propia opresión y son moralmente culpadas por la aceptación de este status quo. Vale reconocer que dentro del trabajo en salud existen factores que merecen ser pensados, pues ellos, impiden que las relaciones sean simétricas en este proceso.^{69, 70}

La comunicación interpersonal, las relaciones funcionales entre los sujetos cuando uno de ellos no está en iguales condiciones que el otro, parece un grado mayor de inestabilidad, pues se estructura sobre la base de objetivos que están más allá de los límites de las cualidades propiamente humanas de la espiritualidad de los participantes (las subjetividades están desalineadas) y aparecen fuertemente impregnadas de la objetividad del producto. Vale el producto y no el hombre. Esas relaciones en general requieren engañosas tácticas y estrategias, las cuáles son esenciales para el éxito del desarrollo humano.⁶⁹ En el cotidiano trabajo de las enfermeras se puede percibir en algunas ocasiones esta supremacía del objeto sobre el sujeto, como en el siguiente relato.

“A veces es un poco complicado en el momento de recibir el turno. No podemos dejar una venoclisis sin aplicar, pues empiezan los reclamos. Pero el trabajo es continuado, bueno eso no se entiende por las enfermeras en la mayoría de los casos. En realidad el trabajo debería ser continuado, y sobre todo más centrado en el paciente, en su bienestar, pero aquí nos centramos en otras cosas, por ejemplo que la colega de repente mira cualquier cosa que no se hizo, que no tiene mucho valor no? por ejemplo un sonda que no se cambió, pero, no es que no se quiso cambiar, sino porque no se tuvo tiempo y los turnos son bien difíciles, algunas veces, eso pasa en la mayoría de los casos, entonces en lugar de comprender comienza el conflicto.” PAMEDA

Tratar las relaciones de trabajo vislumbrando apenas el sujeto ejecutor de manera aislada, nos permite suponer que el trabajo no es una actividad colectiva, y eso sería negar la vida humana en el mundo moderno. Esta modernidad que nos trae diversidad de caracteres profesionales, individualidades dentro de la globalidad. Pues las vivencias que testimonian las enfermeras, aunque no se da en todas sus integrantes, sino, solo en algunas profesionales, pero no cabe duda, que su repercusión es total en el ambiente de trabajo, veamos:

“Yo creo que cambiaría el aspecto de no darle importancia a los comentarios que puedas escuchar de terceros, también creo que si podría ser.... un poco más madura emocionalmente. Tratar que las personas... puedan hablar tanto, alrededor tuyo y cuando te tienen enfrente. Pero, solo te dicen hola y después tanto que han hablado y tu tanto que has escuchado, que vienes con esa carga de decir: esto...esto. Pero lo único que te dice de ti es “hola” y darle importancia a lo que ella habla delante de ti y no a la que ella habla detrás de ti. Pero eso es la madurez emocional que a veces uno no tiene, y estás a sobresaltos de tratar de hacer bien las cosas y eso te perjudica.”MADIVA

Las cuestiones referentes a los límites profesionales han condicionado un campo de lucha en el trabajo de salud y los embates se dan justamente para el establecimiento de espacios de poder, cuando podría ser una energía utilizada para una confluencia de intereses en beneficio tanto del trabajador, así como de la persona que necesita de esos servicios. El cuidado de la salud, aparece entonces como resultado de un proceso de trabajo colectivo donde los profesionales de diferentes niveles deben poner en práctica un cuerpo de conocimiento transformando en actividades de índole profesional y técnico; para interferir –de esa forma- en el proceso de salud de las personas.⁴⁰ así lo evidencia los siguientes discursos:

“Lo más difícil cuando los pacientes vienen con distintos síntomas a la emergencia y en el momento a veces no hay los medicamentos necesarios y el familiar a veces no cuenta con los medios necesarios, o a veces el médico no está, o tenemos que estar con los internos, y el interno no es el que diagnostica ¿no?, nosotros no podemos no, tenemos que esperar el medicamento llegue.” CARCOT

“Ser enfermera en este servicio implica muchas este, muchas capacidades, que uno debe tener ¿no? la capacidad de escuchar, de trabajar en equipo, de relacionarse con las personas y muchas veces nos vemos involucradas en incomprensiones...A veces el personal técnico que está tantos años arraigado en un servicio y piensa que sus costumbres ya no las puede modificar y quieres decirle que haga algo y no lo hace y desobedece.” CECIVICAL.

El trabajo colaborativo en el área de la salud, se torna complejo al dividirse en parcelas especializadas, lo que impide el mismo parcelamiento de poder entre los diferentes grupos profesionales y no profesionales. Ciertamente hay un margen de libertad en los límites, en los cuales los grupos pueden moverse, desde que no sobrepasen aquellos que están instituidos como inmediatamente superior: caso del médico ante enfermera; enfermera ante los técnicos de enfermería. Este tema ha sido una constante discusión, en la búsqueda de una mejor definición de papeles y de especificidades entre las diversas profesiones tradicionales en la salud. La convivencia en este espacio implica muchos movimientos de acomodación conquista o pérdida, que de un modo u otro, promueve cambios en la configuración del propio trabajo.

El cuidado directo está principalmente en manos de los técnicos y auxiliares, cuyo nivel de escolaridad es bajo. Ese factor y sus corolarios que, innegablemente tiene una fuerte vinculación con el origen proletario de la referida categoría, impelen a sus miembros ser meros ejecutores de órdenes (médicos, enfermeras). Por otro lado las enfermeras que poseen el mismo origen de clase de los médicos y un nivel semejante, se encuentran no obstante, en una relación subordinada en relación a él. Aquí la cuestión de diferencia de clase no se coloca, la existencia de una asimetría en el relacionamiento médico – enfermera, se explica, por el retraso del proceso de profesionalización y del proceso de cientifización de enfermería; así también, por el hecho de ser predominantemente femenina. Todos esos aspectos se refuerzan mutuamente.

Las repercusiones de este mal relacionamiento entre enfermeras y enfermeras con otros profesionales de la salud, son graves no solo para la institución; sino y sobre todo para quien es la parte medular del sector salud: la persona cuidada. El mal relacionamiento influye en el clima organizacional que tiene una dimensión personal relevante pues son los individuos los que cada mañana lo crean, pero una vez creado tiene una dimensión social que excede y condiciona a los propios individuos que lo han generado.⁷², Es así, en el tema de investigación actual sobre la calidad de vida laboral de la enfermera que ve afectado su relacionamiento interpersonal trayendo consecuencias no sólo de tipo personal, sino que trasciende al correcto funcionamiento de la organización y sobre todo la asistencia sanitaria del paciente y familia.

Diversos autores han escrito respecto la comunicación en el trabajo e incluso en el área de la salud, y vale decir que en esta área es vital su estudio, pues un adecuado proceso permite una práctica cualificada al cuidado que se ofrezca a la persona y familia hospitalizada. La atención generalizada y el trato impersonal es una de las orientaciones que puede adoptar la enfermera, respondiendo a los valores e intereses competitivos y economicistas de las organizaciones. Sin embargo, el profesional con valores propios, ha de ser capaz de cambiar la situación cuando los sistemas e intereses institucionales no muestren respeto por la dignidad humana.

En el proceso de comunicación en salud se establecen niveles de relación con diferentes direcciones, no solo entre profesionales de la salud, también entre ellos y la persona que recibe el cuidado. Para hablar de una eficacia de ese cuidado, se debe considerar como importante el establecimiento de una relación entre profesionales de la salud y usuario donde ambos deben influirse de manera mutua. El proceso terapéutico genera sin duda temor, ansiedad frente a la enfermedad, lo que repercute negativamente en el establecimiento de la relación profesional de salud –cliente. Los profesionales generalmente se mueven más por la enfermedad, que por los sentimientos y subjetividades de los pacientes o la familia.⁶⁹

“Cuando llega algún familiar, por su mismo estrés te trata mal, o te trata bien, o te dice gracias, hay un sin número de emociones. Cada vez encuentras cosas nuevas, cada vez encuentras personas diferentes, con diferentes reacciones, y como que eso, te estresa pues...te estresa; te hace sentir muchas veces como que no distes al 100%, otras veces te sientes satisfecha del trabajo que has realizado” (CEVICAL)

Si reparásemos detenidamente en el proceso de comunicación en los establecimientos de salud, con seguridad llegaríamos a la conclusión que el proceso comunicacional, tal cual, no existe. Generalmente observamos preguntas cortas que realiza el profesional de salud, en el marco de alguna necesidad de información de carácter técnico que ayude al diagnóstico o cuidado del profesional; y las respuestas en este tipo de relación, en la mayoría de las veces son encarnizadas e incluso las actitudes asumidas por los profesionales llevan incluso al paciente a no decir lo que siente y piensa; profundizando de esa manera una dicotomía comunicacional entre los profesionales y el paciente/familia. Más allá de este lenguaje, encontramos una red de signos: actitudes, gestos faciales y corporales que afectan aún más el sentido del relacionamiento.

Aún más, el lugar, el espacio físico donde ocurren estas relaciones en los servicios de salud, tiene influencia directa en el proceso de comunicación, su estructura, organización del trabajo del equipo de salud sugiere muchas veces inflexibilidad y rutina; atributos que impiden movimientos de reciprocidad comunicacional e intervienen en el éxito o fracaso del mismo. En este cuadro de relaciones complejas, los esfuerzos emprendidos por los profesionales de la salud en la búsqueda de la autonomía profesional encuentran dificultades, una vez que confrontan con un dominio técnico y con otras cuestiones más generales, tales como, las determinadas por los valores económicos y políticos que predominan en la estructura de la asistencia a la salud, generada para funcionar con un mínimo de costo. La autonomía pretendida, que se indica a actual forma de organización del trabajo en general y del sector salud específicamente es indefendible, tanto más, si se pretende la transferencia de hegemonía de un profesional, para otro.^{69, 40}

En amplísima mayoría de las instituciones asistenciales en salud, no existe coordinación de la asistencia prestada por los diversos grupos de profesionales de salud, incluso en los mismos grupos profesionales. No existen instancias de planeamiento donde se decidan las actividades y conocimientos que están involucrados en la asistencia a ser prestada por la institución; que profesionales son necesarios para la realización de un trabajo adecuado; el papel que cada uno debe desempeñar, la integración de las diversas actividades; tampoco existen espacios conjuntos de evaluación de la asistencia prestada, tampoco de las evaluaciones de los resultados.

El trabajo es compartimentalizado, cada grupo profesional se organiza y presta parte de la asistencia de salud, separado de los demás, muchas veces duplicando esfuerzos y hasta tomando actitudes contradictorias. La división parcelaria del trabajo en las empresas del sistema capitalista aparece también en el sector salud y particularmente en enfermería. El enfermero está formado prioritariamente para la enseñanza.⁴³ y la administración de la asistencia de enfermería, controla esta asistencia delegando tareas específicas a las demás trabajadores de enfermería que ejecutan un trabajo alienado, sin cualquier control del proceso y del producto final de este trabajo.

El trabajo parcelarizado produce resultados por debajo de la calidad esperada para el usuario a quien no se cubre su atención de manera integral y holística, además tiene

resultados negativos para el mismo trabajador y atenta contra el trabajo en equipo. Cuando el trabajo es realizado en un equipo cohesionado y sinérgico, refuerza la creación de conocimiento, al facilitar que el trabajador se sienta integrado y comprometido con la planificación, organización y control de sus tareas. El trabajo en equipo satisface la necesidad de filiación de los individuos, aumenta su sentimiento de seguridad y facilita el desarrollo profesional y su autonomía. Para ello es menester establecer un relacionamiento interprofesional adecuado, facilitado por procesos comunicativos fluidos en un ambiente de armonía y cordialidad. Elementos que quizás no estén presentes en los siguientes discursos.

“Yo aquí personalmente estoy en medio, porque siempre hay problemas, ya sea por la entrega de servicio, porque no me entregó bien, que siempre acostumbra a dejar las vías infiltradas, después el problema que a veces se ve, en el momento de entregar el servicio, un cruce de palabras, que no debe ser, van por problemas personales, y se cogen siempre en el lado del trabajo”. (DELCHEGUE.)

“Cada uno tenemos nuestra forma de ser, y muchas veces no nos aceptamos como somos entre colegas y allí vienen las diferencias. a problemas personales, que quizás no vienen al caso acá en el trabajo, pienso que como colegas no debe ser, lo personal debe ser afuera, aparte, muy aparte, no mezclar lo personal con el trabajo, pero lamentablemente a veces no se hace eso, se mezcla el trabajo, con lo personal” (MABE)

Las relaciones entre los miembros del grupo de trabajo, constituyen un factor central de la salud personal y organizacional. De hecho las oportunidades de relación con compañeros de trabajo es una variable habitualmente muy valorada, por el contrario, la ausencia de contacto con otros trabajadores o la falta de apoyo y cooperación entre compañeros, puede producir elevados niveles de tensión y estrés, entre los miembros del grupo.⁷²

En la presente investigación ha emergido esta categoría sobre el mal relacionamiento entre enfermeras a través de discursos reiterados que adjudican a esta discusión, una importante relevancia y preocupación, dado que la intensidad de estos relatos, con gran afectación emocional y psíquica de las enfermeras participantes, dan cuenta que a lo largo del tiempo, sin haber existido un trabajo preventivo dentro de esta organización, ha llegado a alcanzarse altos niveles de estrés entre las enfermeras que han terminado por afectar no sólo la cohesión de los equipos de trabajo sino también la salud física y mental de las participantes. Enseguida presentamos sólo algunos del amplísimo número de testimonios

“Levanta la voz y cada vez que llegas al trabajo, y ella te va a recibir el reporte,.. Es algo incómodo, incómodo porque ya empiezo con dolor de cabeza, con todos los males físicos. .. De verdad que esto te daña, no sólo emocionalmente sino también empiezas a padecer cosas...yo por ejemplo hace dos años estoy repetitivamente con mi acceso de tos, con mi gastritis y siento que es por esos problemas que tengo. Porque cuando estoy tranquila, estoy bien, no siento ninguna molestia, pero todo es que me toca encontrarme con ella más continuamente, empiezo a enfermarme ”.CEVICAL

“He sentido estrés un montón de veces, eh bueno a mí particularmente no me da hambre, no como, me da insomnio, quiero dormir pero ya me coge el insomnio y sí es un malestar que tiene muchas repercusiones en la familia y también en el trabajo.” PAMEDA

El trabajo tiene un impacto importante en la salud mental que contiene un factor de estructuración que nos aporta una fuente de placer, de bienestar psicológico, que proporciona un sentido a la vida del individuo. Pero al mismo tiempo puede convertirse en un factor de desestructuración, si éste se convierte en fuente de sufrimientos constantes que afectan su vida laboral y hasta personal de manera reiterada, haciéndole perder el sentido del trabajo. Por este motivo es importante analizar como los mundos del trabajo contribuyen para (des) estructurar este proceso de adaptación entre la persona y su trabajo⁷³

El trabajo de la enfermera se ha caracterizado por una orientación humanitaria y de servicio, y existen culturalmente asociaciones conceptuales del ejercicio de la enfermería con aspectos vocacionales, religiosos que hacen concebir esta profesión asociada de manera natural a la dádiva desinteresada, al cuidado postergado de sí mismo y el sacrificio. Si a esto añadimos las condiciones de trabajo precarias y aquellas propias de la misma naturaleza del servicio rotativo nocturno con largas jornadas fuera del entorno familiar; podemos afirmar que la enfermería se constituye como una profesión de alto riesgo que se presenta propicia en su ejercicio para vulnerar su calidad de vida laboral. Gran parte de esas vivencias lo experimentaron las enfermeras entrevistadas:

“Algunas veces por ejemplo alguna reunión familiar importante, estamos trabajando. En alguna fecha importante, cumpleaños de un familiar querido, también estamos trabajando allí, y siempre sucede eso...si pues en el trabajo siempre sucede eso, a veces llegamos tan cansadas, hemos tenido una jornada laboral tan larga, y la familia nos exige pasar un tiempo con ellos, a veces nosotros vamos de frente a dormir. y ese tiempo es valioso, pero a veces tanto estamos trabajando, que los pies nos duele tanto y estamos tan cansadas, que nos quedamos dormidas.” PAMEDA

“ yo a veces llego a casa, no molesta, llego triste, llego fastidiada por algún altercado que he tenido en el trabajo, que ya me duele la cabeza; y tengo mis hijos, tengo que escucharlos, a veces vienen con problemas del colegio, tengo que escucharlos pero es tanto mí, mi parte de incomodidad que he tenido, que a veces les digo mira ve, trato , si trato de

contestarles pero a veces no sé ni que decirles, porque estoy confundida, inmiscuida en lo que me ha sucedido ¿no? y sí pues se complica porque tus hijos pueden pensar que tú no quieres escucharlos.” CEVICAL

Por lo general no suele reconocerse la relación entre las condiciones de trabajo, las presiones que representan para las enfermeras, las repercusiones en sus hábitos y estilos de vida familiar, a la vez las consecuencias en organización hospitalaria y cuidado de los pacientes. Estos trabajadores presentaron cuadros de estrés ocupacional y crónico, sufrimiento y quejas físicas y psíquicas en general, como consecuencia del proceso laboral. El trabajo realizado de manera excesiva, representado por carga horaria aumentada, empleos múltiples, jornadas dobles o triples son elementos que pueden favorecer los agravios a la salud psíquica/mental en las enfermeras. Agregados al exceso de trabajo, están otros factores como ambientes laborales inadecuados, organización inapropiada de las actividades de trabajo, poca valorización del trabajador, participación insatisfactoria en las decisiones laborales, bajos salarios, alta complejidad del trabajo, condiciones ambientales indeseables y múltiples riesgos ocupacionales⁷⁴

Hoy en día es un imperativo ético la humanización de la asistencia sanitaria, para lo cual un factor clave en primer término, sería la humanización de las interrelaciones en los profesionales de la salud, que se presenta en la realidad de manera compleja y muchas veces discordante por la confluencia de factores tanto intrínsecos como extrínsecos que abonan a favor de unos procesos comunicativos deficientes. Una reflexión válida al respecto sería ¿Cómo podrían las enfermeras brindar unos cuidados humanizados, sino evidencian en primer término un cuidado de sí, y un cuidado humanizado entre pares, o dentro del equipo sanitario? ¿De qué modo podrían ser protagonistas y defensoras de un paradigma humanizador que no hacen suyo en su hacer cotidiano familiar y laboral? Por eso se podría afirmar que un cuidado humanizado está en el origen de cierta ética y de cierta sensibilidad.

Trabajar no es solamente un modo particular de actuar, debe tener como base una conducta normativa por la cual la existencia se da en una estructura moral, en un ejercicio de valores. La importancia de los valores en la profesión de enfermería puede asentarse en que la enfermería es una profesión cuyas claves son los comportamientos y las actitudes. El profesional estará inmerso en medio de sistemas y valores que interactúan e

interfieren mutuamente, así que, el cuidado de enfermería puede adoptar cualquier orientación o cualquier influencia ⁷⁵

Frente a esa demanda creciente de humanización está el ejercicio de valores profundos y universales de la humanidad como la solidaridad y la comprensión. No es suficiente comunicar es necesario alcanzar ese peldaño adicional de la comprensión, no es suficiente comprender, hay que identificarnos en la vivencia del otro para ser solidarios. En el ámbito clínico, es plausible que el principal elemento deshumanizador del cuidado, sea el aumento de las relaciones funcionales más que personales. En general, para lograr la atención humanizada en medios tecnológicos, se requiere que la utilización de instrumentos y técnicas en los cuidados de enfermería, no se disocie del soporte de la relación interpersonal ^{76, 77, 78}

En un mundo cada vez más diverso, aceptar al otro con sus singularidades se convierte en un desafío central para alcanzar la comprensión de aquello que nos es desconocido o diferente. La competencia cultural que debe alcanzar la enfermera en la actualidad para el cuidado de los otros, tiene que emplearla también en sus relaciones interprofesionales a fin de promover y participar de un mundo más justo y tolerante.

CAPÍTULO IV

CONSIDERACIONES FINALES

Los resultados del estudio han permitido caracterizar la calidad de vida laboral de la enfermera, desde una visión integrativa del constructo centrada en la organización (objetiva) y en el sujeto (subjetiva). De acuerdo a esta concepción integrativa del fenómeno, emergieron dos grandes categorías, que nos acercan para responder los objetivos de esta investigación.

En el macro sistema de salud se revelan elementos relacionados con la vivencia del cuidado desde el paradigma de humanización, que se encuentra muy impregnado en el ser y hacer de la enfermera. Este cuidado humanizado pasa a ser un imperativo ético que no puede desligarse de su calidad de vida laboral. Aparte las enfermeras sienten afectada su calidad de vida profesional cuando desde la perspectiva macro de la organización presentan limitaciones para brindar un cuidado humanizado, situaciones de tipo organizacional, logístico, ambientes hacinados, equipos médicos deteriorados, derivados de déficits presupuestales en el sector salud y el mal gerenciamiento de los recursos que limitan que se brinde calidad en el cuidado.

La dimensión que satisface la calidad de vida laboral es el cuidado directo de la persona que les permite una interacción empática, intersubjetiva y respetuosa, actuando creativamente para vencer los obstáculos externos que les impiden concretizar ese cuidado.

Otros elemento que relación con la calidad de vida laboral corresponde a la remuneración que es diferenciada entre enfermeras pares (nombradas y contratadas) pese a realizar la misma labor. Pero el contexto político-laboral que rige actualmente el sistema de contratación de salud orienta a una disparidad entre trabajadores; sin embargo, las exigencias son las mismas, esto obliga a auto-exigirse en su capacitación y formación continua pese a las limitantes y/o falta de apoyo de la institución.

Las interrelaciones humanas en el sector salud, determinan a calidad de vida laboral, destaca en forma particular la figura del médico en su relacionamiento con la enfermera. En la actualidad aún prevalece el modelo biomédico hegemónico, que desde su privilegiado posicionamiento jerárquico ha propiciado relaciones asimétricas y conflictos de poder, que en el análisis, están originados en un proceso histórico, donde las prácticas de enfermería se desarrollaron en su origen, subordinadas a la medicina. Pero también se evidencia-aún lento- pero claro, un nuevo relacionamiento entre estos profesionales, que influye favorablemente en la calidad de vida laboral de la enfermera, y orienta una reivindicación de su conocimiento y contribución al proceso de recuperación de la salud de las personas. Estos cambios obedecen a las transformaciones paradigmáticas que se están dando a nivel de la sociedad, que influyen en la formación de los profesionales.

El humanismo ha contribuido desde su visión de una sociedad más igualitaria para forjar un ideal de justicia, equidad y respeto de los derechos humanos. La atención sanitaria y el cuidado de enfermería en particular, entendida desde esta posición humanista no pueden privilegiar de manera exclusiva los aspectos científicos y técnicos, pues estos no alcanzan para lograr la calidad deseada ni la satisfacción plena de los pacientes en el cuidado de su salud. Para el cumplimiento de este objetivo humanizador, se precisa una transformación paradigmática en los modelos de atención tradicionales hacia una perspectiva más sistémica, integradora y holística, considerando a la persona como el centro de la atención, sin dejar de lado los factores del entorno que son complementarios y sinérgicos y en cuyos procesos intervienen las diversas disciplinas profesionales sin preeminencia ni privilegio de ninguna de ellas, pues todas aportan una contribución única y especial hacia el paciente y su salud.

En la cotidianidad del relacionamiento laboral entre enfermeras, se ha manifestado falta de entendimiento, confrontación y conflicto entre pares, tornándose muchos de estos casos en conflictos disfuncionales cuando no fueron abordados o resueltos de manera adecuada y oportuna, originando lamentables consecuencias para las personas implicadas, pero también para la organización.

La comunicación y relacionamiento de las enfermeras, afectan la práctica colaborativa de los equipos de trabajo, y persisten por muchos años sin una intervención preventiva de parte de la institución, a través del área de salud ocupacional o psicología que pudiese evitar la cronicidad de estos conflictos. Como consecuencia se ha afectado el clima organizacional, virándolo a un poco propicio para el desarrollo de los servicios e institución en general. En el trasfondo de esta problemática están relaciones y estructuras de inequidad caracterizados por el ejercicio de un poder que vulneran derechos y un sistema de salud que lo facilita y legitima, como el caso de las enfermeras contratadas. En ese contexto las enfermeras pasan a ser recursos humanos claves para asegurar un cuidado eficaz y de calidad que permite lograr entornos laborales saludables que mejoran su calidad de vida laboral.

El fenómeno de la calidad de vida laboral es complejo y convergen numerosos elementos relacionados entre sí, que precisan ser considerados para poder desarrollar, implementar y evaluar un enfoque sistémico que fortalezca el entorno laboral de la enfermera.

Una concepción amplia de la CVL, tendrá en cuenta no sólo la satisfacción laboral relacionada con la eficacia y la calidad de la organización, la operatividad de los procesos y disponibilidad de materiales e insumos que permitan el cumplimiento en calidad y oportunidad del cuidado enfermero, dimensiones asociadas con el entorno socioeconómico y las políticas del sector salud. También es preciso valorar la motivación para el trabajo, grado de vinculación y compromiso con la institución, las relaciones interprofesionales, el equilibrio entre la vida laboral y la vida personal; en suma todas aquellas variables que propicien el bienestar físico, psicológico y social de la enfermera que hagan posible una mayor congruencia del trabajo con su espacio de vida total.

RECOMENDACIONES

- Las enfermeras pueden ser más productivas y saludables en entornos de trabajos seguros, ergonómicos y sólidos, con accesos a los suministros, servicios y tecnologías que necesitan para mejorar su eficacia, calidad de vida laboral, reducir el estrés y facilitar la conciliación de su vida familiar y del trabajo.
- Es necesario la intervención de gestores dentro de las instituciones que se sensibilicen sobre esta problemática, creando mecanismos para la implementación de políticas que favorezcan el bienestar y seguridad de los profesionales de enfermería y de los pacientes. Para ello se deben realizar procesos de planificación adecuados, asignación de recursos financieros suficientes y el respaldo administrativo e institucional que asegure condiciones de trabajo dignas.
- Proponer espacios de discusión y encuentro dentro del equipo de salud/ enfermería para fomentar relaciones interpersonales en ambientes de respeto mutuo y confianza, además de concretar los objetivos de la organización.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ROMERO B MARÍA NUBIA, MESA M LORENA, GALINDO H SOLANYE. Calidad de vida de las(os) profesionales de enfermería y sus consecuencias en el cuidado. Av.Enferm. [Internet]. 2008 Dec [cited 2015Oct 17]; 26(2): 59-70. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002008000200007&lng=en.
2. CONVENIO NÚM. 149 DE LA OIT SOBRE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA: Reconocer su aporte, considerar sus necesidades/ Organización Internacional del Trabajo. - Ginebra: OIT, 2007.
3. BEATRIZ CARVALLO SUÁREZ. Riesgos laborales del Ejercicio Profesional: Una Responsabilidad Compartida.Revista de Actualizaciones en Enfermería .Vol. 06 No. 3.p. 25-30.Colombia 2003.
4. SEGURADO T, AGULLO T. Calidad de vida laboral: Hacia un Enfoque Integrador desde la Psicología Social. Universidad de Oviedo. Psicothema. Vol. 14, nº 4, pp. 828-836. España, 2002.
5. R.T. GUN, ET AL. Report of the DSHEFS Task Force on Hospital worker Health. U.S.” Department of Health and Human Services, p. 80. 1985.
6. RECURSOS HUMANOS EN SALUD AL 2011: Evidencias para la toma de decisiones. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos. Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud - Lima: Ministerio de Salud; (Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud; N°14) 2011.
7. CHACON PEREZ Z. Informe Técnico del Estudio del Clima Organizacional. Hospital Belén Lambayeque.. Equipo Técnico del Clima Organizacional con RD N° 033-2013GR LAM/GERESA/HPDBL 2013
8. SILVA, AlineMoraes da and GUIMARAES, Liliana AndolphoMagalhães. Occupational Stress and Quality of Life in Nursing. Paidéia (RibeirãoPreto) [online]. 2016, vol.26, n.63 [cited 2016-12-11], pp.63-70. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2016000100063&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0103-863X. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272663201608>.

9. ANDRADES BARRIENTOS LENKA, VALENZUELA SUAZO SANDRA. Factores asociados a calidad de vida de enfermeras hospitalarias chilenas. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2007 Jun [citado 2015 Abr 15]; 15(3): 480-486. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101169200700
10. BOBBIO, L., RAMOS, W. Satisfacción laboral y factores asociados en personal asistencial médico y no médico en un hospital nacional de Lima-Perú. 2007.
11. BENÍTEZ GONZÁLES, R. CAVERO CHAPOÑAN, P. Satisfacción y Desempeño Laboral del Profesional de Enfermería de los Servicios de Hospitalización del Hospital Regional Docente las Mercedes. Chiclayo –Perú. 2003.
12. JOHNSON, DE. “The nature of a science in nursing”. Nursingoutlook. 1959.
13. DURAN DE VILLALOBOS. Enfermería. Desarrollo Teórico y Práctico.1º Edc. Unibiblos. Universidad Nacional de Colombia.1998.
14. HERRERA SANCHEZ, Rita y CASSALS VILLA, Maura. Algunos factores influyentes en la calidad de vida laboral de enfermería. Revista Cubana Enfermería [online]. , vol.21, n.1, pp. 1-1. 2005.
15. BUENO F, CELMA C. “Salud Laboral en el Entorno Hospitalario” Todo Hospital .1999.
16. BORGES R. Personal de Enfermería: Condiciones de trabajo de alto riesgo. Salud de los Trabajadores / Volumen 6 N° 2 /. Venezuela. Julio 1998
17. HEMMINSKI ET AL, Occupational Safety and Health Administration. EE.UU. 1986,
18. STUBBS, D. A, BUCKLE, P.W, HUDSON, M. P. ET AL, Back Pain in the nursing profession I. Epidemiology and pilot .1983Methodology. Ergonomics, (26): 755-765.
19. AVENDAÑO, C., GRAU, P. Riesgos para la salud de las enfermeras del sector público de Chile. Rev. Enf. V (102), 15-26. Chile.1997.
20. GESTAL O.. “Riesgos del trabajo del personal sanitario. Concepto, importancia y clasificación”. Riesgos del trabajo del personal sanitario. Capítulo 1. Segunda edición. Interamericana McGraw – Hill, p. 1-12.1996

21. CASAS J. REPULLO J. ET AL, Dimensiones y medición de la Calidad de Vida Laboral en Profesionales Sanitarios. Plan de Calidad Fundación Hospital Alcorcón .Revista de Administración Sanitaria. Vol. IV.Nº 23. Julio 2002.
22. GRACIA F, GONZALES P, PEIRO JM. El trabajo en relación con otros ámbitos de la vida. En :Peiró JM y Prieto F. editores. Tratado de Psicología del Trabajo. Vol. II: Aspectos Psicosociales del Trabajo. Madrid. 1996.
23. PEIRO JM, SALVADOR A. Control del estrés laboral.Madrid: Eudema, 1993.
24. GAUTHIER J.” A QUESTAO DA METAFORA, DA REFERENCIA E DO SENTIDO EM PESQUISAS QUALITATIVAS: O APORTE DA SOCIOPOETICA” Revista brasileira de educacao, nº 25; 2004. [online] [Consultado en 08/12/2013].disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27502512>
25. SANDOVAL, Casilimas. “Investigación Cualitativa” Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación superior, ICFES. Hemeroteca Nacional Universitaria Carlos Lleras Restrepo. Bogotá Colombia-2002. [online] [Consultado en 08/12/2013].disponible en:http://epistemologia.doctoradounermb.bligoo.es/media/users/16/812365/files/142090/INVESTIGACION_CUALITATIVA.pdf.
26. GUBA, F. “Naturalistic evaluation. En: D.S. Cordray, H.l Bloom, y R. H. Light(eds), Evaluation practice en rewiew(New directions for program evaluation, Nº34, pp 23-43).San Francisco: Jossey-Bass.1987
27. MULLEN, P.D Y IVERSON, D. C. Qualitative Methods En L.W. Green y F.M. Lewis(eds), Measurement and evaluation in Health Education and Health promotion (pp 149-170). Palo Alto, C.A: Mayfield. 1986.
28. BERGER, P.L, Y LUCKMANN, T. The social construction of reality. Garden City, N. Y: Doubleday. (1967).
29. MARTINEZ C. El método de Estudio de Caso. Estrategia Metodológica de la Investigación Científica. Pensamiento y Gestión Nº 20. España, 2006.
30. MENGA LUDCKE Y ANDRE Pesquisa en EducacaoAbordagemsem investigación qualitatva. Ed.Pedagógica y Universitaria Ltda. Sao Paulo-Brasil, 1986.
31. HERNÁNDEZ R. FERNÁNDEZ C. LUCIO P. Metodología de la Investigación. México D.F.: Editorial Mc. Grill Interamericana 2006

32. JUAN CARLOS TÓJAR HURTADO: Investigación Cualitativa Comprender y Actuar .Ed. La Muralla, S.A.2006 Madrid España
33. TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
34. UWE FLICK: Introducción a la Investigación Cualitativa. Ed Morata, S.L 2004 Madrid.
35. SETENTA PORTO ET AL. Método de Asociación de Contenidos: Una alternativa para analizar, datos textuales en las investigaciones de enfermería. Revista Peruana Enferm. investig. desarrollo. 2005, Vol N° 7(1): 16-30.
36. SGRECCIA E.” Orígenes, difusión y definición de la bioética.” En Manual de bioética. México: Diana; 1996.
37. SGRECCIA, MONS. ELIO. “La bioética personalista” en Vida y Etica. Publicación del Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Buenos Aires, vol n° 2, Diciembre del 2001; 13 y 14
38. URBINA MOLFINO F. “El principio de Subsidiariedad, sus fundamentos y su función en una sociedad democrática”. Revista Derecho y Humanidades/ N° 11/ 2005/ 325-335. [Online] [Consultado en 11/12/2013].disponible en. <http://www.derechoyhumanidades.uchile.cl/index.php/RDH/article/viewFile/17070/17796>
39. POLIT D. Y HUNGLER B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Sexta Ed. Editorial Mac Graw-Hill-Interamericana. México 2000
40. LEOPARDI M.T. ET.AL. (1999). O Processo de trabalho em saúde: Organização e subjetividade. Programa de Pós-graduação em Enfermagem/ UFSC . Ed. Papa-Livros. Florianópolis, Brasil.
41. PITTA, MARIA FERNANDEZ (2003). Hospital dor e Morte como OFÍCIO. AnnaBlume/Hucitec, 5ta. Edição. Sao Paulo- Brasil
42. MENICUCCI DE O. (1997). Trabalho, saúde e gênero na era da globalização. Ed. ABDR Cultura e Qualidade. Goiania, Brasil.
43. PIRES, DENISE (1999). A Estrutura Objetiva do trabalho em saúde. En: O Processo de trabalho em saúde: Organização e subjetividade. Programa de Pós-graduação em Enfermagem/ UFSC . Ed. Papa-Livros. Florianópolis, Brasil.

44. Cezar V. (1999). TrabalhoemSaúde: Expressao viva da vida social. En: O Processo de trabalhoensaúde: Organização e subjetividade. Programa de PostgraduaçaoemEnfermagem/ UFSC. Ed. Papa-Livros. Florianapolis, Brasil.
45. JOSÉ ANTONIO OLGUÍN. La persona humana éticamente considerada. Universidad Mayor de San Simón, Cochabamba Actas del Primer Congreso Nacional de Filosofía, Mendoza, Argentina, marzo-abril 1949, tomo 2.
[Online] [Consultado en 10/12/2014].disponible en:<http://www.filosofia.org/aut/003/m49a1322.pdf>
46. WALDOW, V. R. (2001). O cuidar humano: reflexões sobre o processo de enfermagem versus processo de cuidar. Rev. Enferm. UERJ, 9(3), 284-293.
47. CARDOSO ANA. (1999). Carencia e finalidade no projeto de humanização da saúde. En: O Processo de trabalhoensaúde: Organização e subjetividade. Programa de PostgraduaçaoemEnfermagem/ UFSC . Ed. Papa-Livros. Florianapolis, Brasil.
48. BEDUSCHI Y LEOPARDI. (1999). O ser humano e suaoposibilidade no proceso terapéutico. En: O Processo de trabalhoensaúde: Organização e subjetividade. Programa de PostgraduaçaoemEnfermagem/ UFSC . Ed. Papa-Livros. Florianapolis, Brasil.
49. CONILL, ELEONOR (1989). Prefacio: Hegemonía médica nasaúde e a Enfermagem. Cortez Editora, Sao Paulo, Brasil.
50. PIRES, DENISE (1989). Hegemonía médica nasaúde e a enfermagem. Cortez Editora, Sao Paulo, Brasil
51. BARSKY AJ. The paradox of health. N Engl J Med. 1998; 318(7):414-8.
52. Varela-Centelles, P.I (2004). Satisfacción laboral de los odontólogos y estomatólogos del servicio gallego de salud. Revista Española de Salud Pública, 78, (3): 399-402.
53. SOUZA ML, SARTOR VVP, PADILHA ML, PRADO ML. O Cuidado emenfermagem: umaaproximacao teórica. Texto Contexto Enferm.,enero-marzo de 2005, 14(2):266-270
54. KIRAN BHARTHAPUDI. Los efectos de la autonomía en la satisfacción laboral. [Internet]. 2007 Jun [citado 2015 Abr 18] ; Disponible en: http://www.ehowenespanol.com/efectos-autonomia-satisfaccion-laboral-info_198184/

55. SOUZA RAMOS. (1999). Quem produz e a quem o trabalho produz?. En: O Processo de trabalho em saúde: Organização e subjetividade. Programa de Post graduação em Enfermagem/ UFSC . Ed. Papa-Livros. Florianópolis, Brasil.
56. BORGES DA SILVA (1989). Enfermagem Profissional. Análise Crítica. Cortez Editora. Sao Paulo, Brasil.
57. UNIVERSIA. Argentina: una enfermera cada cuatro médicos. Reportaje publicado el 9 de diciembre de 2004 en Universia.com, la mayor red de universidades de habla hispana y portuguesa. <http://noticias.universia.com.ar/enportada/noticia/2004/12/09/373347/argentina-enfermera-cada-cuatro-medicos.html> Accedido 14 de agosto 2015
58. DAVID FISCHMAN con LENNIA MATOS. Motivación 360.como incrementarla en la vida y en la empresa. Editorial Planeta Perú S.A 2014
59. TAPP, D., STANSFIELD, K., STEWART, J..La autonomía en la práctica de enfermería. Aquichan, Norteamérica, 5, jun. 2009. Disponible en: <<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/65/135>>. Fecha de acceso: 21 ene. 2015.
60. GÓMEZ PULIDO, CA; MESA MELGAREJO, L. Vivencias en el cuidado de la salud y la vida en un contexto de precarización del trabajo en enfermería. Biblioteca Las casas, 2007; 3 (1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0206.php>
61. HERNÁNDEZ VERGEL LÁZARO LUIS, ZEQUEIRA BETANCOURT DULCE MARIA, MIRANDA GUERRA AMAURI DE JESÚS. La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2010 Mar [citado 2016 Mar 25]; 26(1): 30-41. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192010000100007&lng=es.
62. AILINGER RL, NAJERA RM, CASTRILLÓN MC, MANFREDI M. Nursing Research in Latin America: 1988-1998. Rev Latino-Am Enfermagem, noviembre-diciembre de 2005 [Citado en el 13 de noviembre del 2010; 13(6):925-928. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6a02.pdf>]
63. FABIÁN VÍTOLO. Relación médico-enfermera: esencial para la seguridad de los pacientes. Biblioteca virtual Noble, junio 2012

64. THOMAS EJ, SEXTON JB, HELMREICH RL. Actitudes discrepantes en el trabajo de equipo entre enfermeras de cuidado crítico y médicos. *CritCareMed* 2003; 31(3):956-959
65. FERRANDE, LEMAIRE F, REGNIER B ET AL. Discrepancias entre percepciones de médicos y enfermeras del equipo de cuidado intensivo end-of-lifedecisions. *Am J RespirCritCareMed* 2003;167(10):1310-1315
66. GRAHAM, J. G. & BARTER, K.5 Practice among Nursing Teams, .Healthy Work Environments Best Practice Guidelines. Pag 32.(2006).
67. ÓSCAR ALBERTO BELTRÁN SALAZAR. Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de Enfermería. Universidad de Antioquia / Facultad de Enfermería / Investigación y Educación en Enfermería / Medellín, Vol. XXIV N.º 2, septiembre de 2006
68. ANA QUIROGA. El manejo profesional de los conflictos: estrategias para mejorar los ambientes de trabajorevista de enfermería FUNDASAMIN. Argentina 2008. www.fundasamin.org.ar/download.php?id2=2&id=45 accesado 10/02/16 revista de enfermería FUNDASAMIN. Argentina 2008.
69. FARIA ELIANA. (1999). O diálogo entre as intersubjetividades nasaúde. En: O Processo de trabalhoemsaúde: Organizaçao e subjetividade. Programa de PostgraduaçaoemEnfermagem/ UFSC. Ed. Papa-Livros. Florianapolis, Brasil.(1999)
70. LUNARDI VL, LUNARDI FILHO WD, SILVEIRA RS, SILVA MRS, SVALDI JSD, BULHOSA MS.Ética en enfermería y su relación con el poder.Rev Latino-am Enfermagem. 2007 maio-junho; 15(3)www.eerp.usp.br/rlae
71. IRIGIBEL-URIZ XABIER. Enfermería disciplinada, poder pastoral y racionalidad medicalizadora. *IndexEnferm* [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2016 Feb 17] ; 17(4): 276-279. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400012&lng=es.
72. CASAS J, REPULLO JR, LORENZO S,CAÑAS J.Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en profesiones sanitarios. Dpto. de Planificación y Economía de la Salud. Escuela Nacional de Sanidad.Revista de Administración Sanitaria. Volumen VI. N° 23-Julio-Setiembre 2006.

73. ANGELO SOARES. A perda do sentido do trabalho e o adoecimento. Université du Québec á Montréal-UQÁM. Département d'organisation et des ressources humaines maio 2011.
74. CRUZ ROBAZZI, M L C; CHAVES MAURO, M Y; BARCELLOS DALRI, R C M; DA SILVA, L A; DE OLIVEIRA SECCO, I A; PEDRÃO, L J Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. Recuperado en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol26_1_10/enf09110.htm el 3 de abril de 2011.
75. COLLIÈRE M. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de Enfermería. McGraw- Hill/Interamericana. Madrid. 1993
76. ARREDONDO-GONZÁLEZ CLAUDIA PATRICIA, SILES-GONZÁLEZ JOSÉ. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *IndexEnferm* [revista en la Internet]. 2009 Mar [citado 2016 Abr 05] ; 18(1): 32-36. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007&lng=es.
77. BERMEJO HIGUERA J. Qué es humanizar la salud. Por una asistencia sanitaria más humana. Madrid: San Pablo. 2003 }
78. Barnard A, Sandelowski, M (2001). Technology and humane care: (ir) reconcilable or invented difference? *Journal of Advanced Nursing*, 34 (3):367-375

ANEXOS

ANEXO N° 1

Consentimiento Informado

En el presente documento, solicitamos su participación en el presente Proyecto de Investigación titulado: “**CALIDAD DE VIDA LABORAL DE LA ENFERMERAS EN EL HOSPITAL BELEN DE LAMBAYEQUE- 2016**”, el cual tiene por objetivos Identificar la calidad de vida laboral de la enfermera de un hospital público de la ciudad de Chiclayo, así como analizar y discutir esta calidad de vida laboral. Estos resultados serán sólo utilizados con fines de investigación, se mantendrá el anonimato, así como también se tendrá en cuenta un permiso para concretar el día y hora de su participación.

Así mismo, nuestro trabajo de investigación se sustenta en principios éticos. Lo cual garantiza el no daño a su persona, en ningún momento de la investigación.

Por lo anteriormente expuesto agradecemos su participación y confiamos en la veracidad de la información brindada, que nos ayudará a lograr los objetivos en el proyecto de investigación a realizar.

Por lo tanto al estar en conformidad con lo antes expuesto, procedo a firmar este consentimiento informado, aceptando así mi participación en el proyecto de investigación.

Firma del Participante

ANEXO 2

Cuestionario Socio Profesional

INSTRUCCIONES:

El presente instrumento, tiene como objetivo, recolectar información, única y exclusivamente para los fines de la investigación, por lo que se le solicita contestar con absoluta veracidad a las preguntas planteadas.

DATOS PERSONALES:

Edad: _____ **Sexo:** M () F ()

Estado civil: soltero(o) () Casado(o) ()

Viuda (o) () Divorciada(o) ()

Lugar de Procedencia: _____

Servicio en el que labora _____

Tiempo de labor en el Servicio _____

Tiempo de labor en la institución-----

Estudios de Postgrado: si () no ()

Especifique: maestría () especialidad ()

Nombre de la Especialidad que ha estudiado: _____

Modalidad de Trabajo: Nombrada () Contratada ()

¿Labora en otra institución?: si () no ()

¿Cuántas horas semanales trabaja fuera de la institución? _____

¿Dispone de tiempo para la recreación? si () no () muy poco ()

¿Cuenta con apoyo para las labores del hogar? si () no () muy poco ()

¿Representa el mayor sustento económico de su familia?

sí () no ()

¿Tiene hijos menores de 10 años? si () no ()

¿Tiene algún familiar dependiente en casa? si () no ()

¿Tiene alguna enfermedad crónica? si () no ()

ANEXO N° 3
Guía de Preguntas

**CALIDAD DE VIDA LABORAL DE LA ENFERMERAS EN EL HOSPITAL
BELEN DE LAMBAYEQUE- 2013**

I.-Instrucciones:

El presente instrumento, tiene como objetivo, recolectar información, única y exclusivamente para los fines de la investigación, por lo que se le solicita contestar con absoluta veracidad a las preguntas planteadas.

II.-PREGUNTAS ORIENTADORAS

- ¿Qué opinas ser enfermera de este servicio?
- ¿Qué es lo más difícil de ser enfermera en este servicio?
- ¿Qué dirías, que es lo más gratificante de tu trabajo?
- ¿Consideras que el ambiente donde laboras te ofrece condiciones para un buen cuidado
- Si pudieras cambiar algún aspecto de tu trabajo, ¿cuál lo harías?
- ¿De qué manera influye tu trabajo en el hogar? y viceversa?
- ¿Qué expectativas tienes en el futuro, en relación a tu trabajo?
- ¿cómo calificarías tu calidad de vida laboral? ¿Por qué?
- ¿cambiarías este trabajo por otro? ¿Por qué?
- ¿tienes algo más que agregar?

ANEXO N° 4

Tabla de frecuencias

Entrevista N° 1 Seudónimo: CEROBE

FRAGMENTO	UNIDAD DE SIGNIFICADO	ELEMENTOS SIGNIFICATIVOS
I	Ser enfermera del servicio de emergencia es, ejercer la carrera de enfermería, pero tratando de vivir con valores	1,2
II	Acá prácticamente, trabajamos sin supervisión a veces el médico no está presente y, uno tiene que actuar de inmediato y nos entregan los medicamentos y nosotras tenemos que aplicarlo en el momento indicado, a la dosis indicada, etc. y no hay nadie , más que nosotros mismas quienes somos los que nos supervisamos , nos juzgamos , y tenemos que hacer lo mejor posible , ya que ni siquiera le rendimos cuenta a nadie	1, 3, 4, 20
III	como nadie nos supervisa ,excepto nosotras mismas , entonces muy bien podríamos dar el uso que queramos , porque ni siquiera el médico ve lo que nosotras estamos administrando , ni los técnicos ni nadie	1,3,20
IV	Acá se tiene que trabajar con bastantes valores con bastante humildad y tratar de ser los más eficaz y eficiente posible. Actuar con responsabilidad, actuar con bastante amor al prójimo, alpaciente, tratarlo como si fuera de nuestra familia, eh, ser honrada.	1,2,3,4
V	el hecho de que te den autonomía para que tú puedas trabajar si, si te da satisfacción	3, 5
VI	no hay todos los equipos, todos los materiales necesarios pero si, si hay autonomía para que tú puedas trabajar	3,6

FRAGMENTO	UNIDAD DE SIGNIFICADO	ELEMENTOS SIGNIFICATIVOS
XII	Al resto del personal creo que ni le interesa, ni le importa (el cuidado), sientes que trabajas solita pues porque no hay interés por parte del resto de, de los compañeros del equipo de salud.	1,8,15
XIII	A cualquiera le frustra, le incomoda pero también tiene uno que saberlo superar, porque si uno va a estar enfrascado y estar pensando de que sí... que el conflicto de la compañera, que si siente hacia mí y entonces al menos yo procuro olvidarme no?o sea pasar por alto porque si no me voy a volver una persona negativa, y si soy una persona negativa no voy a poder hacer bien mi trabajo porque voy a estar obsesionada pensando en otras cosas cuando mi pensamiento debe estar en mi trabajo, en el paciente no? ,	1,2,7,8,9
XIV	Cuando tú sales del ambiente en el cual estas trabajando, porque tenemos varias ambientes, entonces y cruzarte y estar mirando caras, cuando te toca con un personal que no es, digamos, eh, que viene con buen ánimo, pues claro que te afecta ¿no? , Pero hay que, hay que superarlo pues ¿no? , Y bueno seguir adelante.	7,8,9
XV	Estamos en un hacinamiento total estamos en un hacinamiento total, no se puede cumplir digamos como uno desearía hacerlo no? , Brindando todos los cuidados para el paciente, en un ambiente que debe ser para tres camas, hay hasta cinco, cuatro que no debería ser, no se respetan las normas de, de la separación que debe haber entre pacientes ¿no?, tampoco se desinfecta, ¿cuándo se desinfectará emergencia? , nunca. Claro, o sea uno siente impotencia y frustración pero uno tiene que saber superarlas pues porque, no hay otra.	1,6,7,10,5,29
XVI	Motivar a la gente eh a que realice su trabajo con consciencia y con responsabilidad ¿no? , porque al trabajo se viene a trabajar, no se viene a , a de repente estar haciendo otras labores que no les corresponden , y sobre todo a correrse del trabajo , porque si no hay nada que hacer , bueno, no hay nada que hacer , pero habiendo tanto trabajo y que se les esté llamando a cada instante , o sea es incómodo , es incómodo , al menos a mí no me gustaría que me estén llame y llame , sin embargo uno tiene que estar llame, llame ,y	1,5,7,8,18,15

	llame , en el caso particular a los técnicos , claro , que hay que estarlos llamando a cada instante no? , o sea uno les da una indicación, la hacen y hay que volverles a llamar o sea, ¿dónde estamos pues?	
XVII	Hay compañeros que pueden seguir estudiando y sí, se les brinda apoyo. A veces la falta de recurso, la falta de tiempo hace que uno no lo pueda hacer ¿no? , por ejemplo en mi caso , yo antes por gastos económicos que tenía por mis hijos , inclusive hasta hace poquito yo prefería que ellos sean los que estudien antes que yo porque ellos están más jóvenes?	11,12,13,28
XVIII	Las becas por ejemplo se las dan siempre a las mismas personas eh. Yo tengo entendido que algunos, no les han dado las facilidades, o sea, o sea no hay igualdad de trato, algunas si se les dan todas facilidades a otras se les niega las facilidades, no se les da las oportunidades, si lo he visto, si lo he visto	1,10,12,13,28
XIX	a veces también es de parte de la persona , porque algunas personas también se quejan que sí , que no les dan permiso , que no le dan esto , pero no han hecho la gestión tampoco pues , o sea es relativo , es relativo , hay colegas que lo solicitan y no les dan y hay colegas que no lo solicitan y por eso tampoco les dan y desconocen, no hay un documento de por medio.	7,10,12,13,28

FRAGMENTO	UNIDAD DE SIGNIFICADO	ELEMENTOS SIGNIFICATIVOS
XX	(Pretendo) hacer una especialidad (en el futuro), eso no quita que, que yo no lea, yo también me preparo en mi casa ¿no? , para no quedarme desactualizada tampoco y no quedarme atrás de las colegas.	7,10,12,
XXI	Trato de separar (el trabajo y mi casa), claro que de todas maneras yo comento en mi casa, converso entre las cosas que me ocurren ¿no? , Pero las converso, las cuento y como que hago mi catarsis y luego ahí queda, y seguimos llevando una vida normal no me gusta llevar tantas cosas a mi casa, ni de mi casa tampoco al trabajo, pero, los de mi casa generalmente siempre me alegran.	7,16
XXII	los problemas se quedan en casa y yo vengo a trabajar normal , claro ha habido casos extremos sí , pero bien extremos , eso sí , en los cuales si pues me ponía a llorar no? pero porque era un dolor profundo pero no ha sido tan fuerte no? o sea , los dolores profundos a que me refiero , a la muerte de mi papá , o cuando mi hijo entro a la escuela militar , a cuando mi hija quería ser religiosa entonces yo recuerdo si haber sufrido y haber llorado acá , dentro de la institución pero claro que , o sea tampoco digamos que afectara tanto mi trabajo	7,16
XXIII	Creo que no cambiaría este trabajo por otro, me gusta lo que hago, me gusta el servicio donde laboro.	7,10,18

ANEXO N°5

Elementos significativos

1. La ética en enfermería.
2. Vivir el cuidado en valores
3. Autonomía y experiencia profesional
4. Cuidado humano para la salud y el bienestar.
5. Satisfacción/ insatisfacción
6. Condiciones laborales
7. Actitudes de la enfermera
8. Trabajo en equipo personal de salud
9. Relaciones interpersonales y profesionales.
10. Realización profesional
11. Remuneración
12. Capacitación
13. Gestión de RRHH.
14. Reconocimiento del trabajo de la enfermera
15. Gestión Administrativa
16. Influencia recíproca del entorno familiar y el trabajo
17. Salud de las enfermeras
18. Motivación e identificación con el trabajo
19. Condiciones laborales del empleo (relación laboral)
20. Competencia profesional
21. Violencia laboral
22. Complejidad del trabajo
23. Roles de trabajo en enfermería
24. Riesgos en el trabajo
25. Calidad de vida en el trabajo
26. Trabajo sacrificado de servicio
27. Status profesional
28. Posibilidad de desarrollo en el trabajo.
29. Calidad en la atención

ANEXO N°6

Montaje del mapa de asociación de contenido: Entrevista N° 1

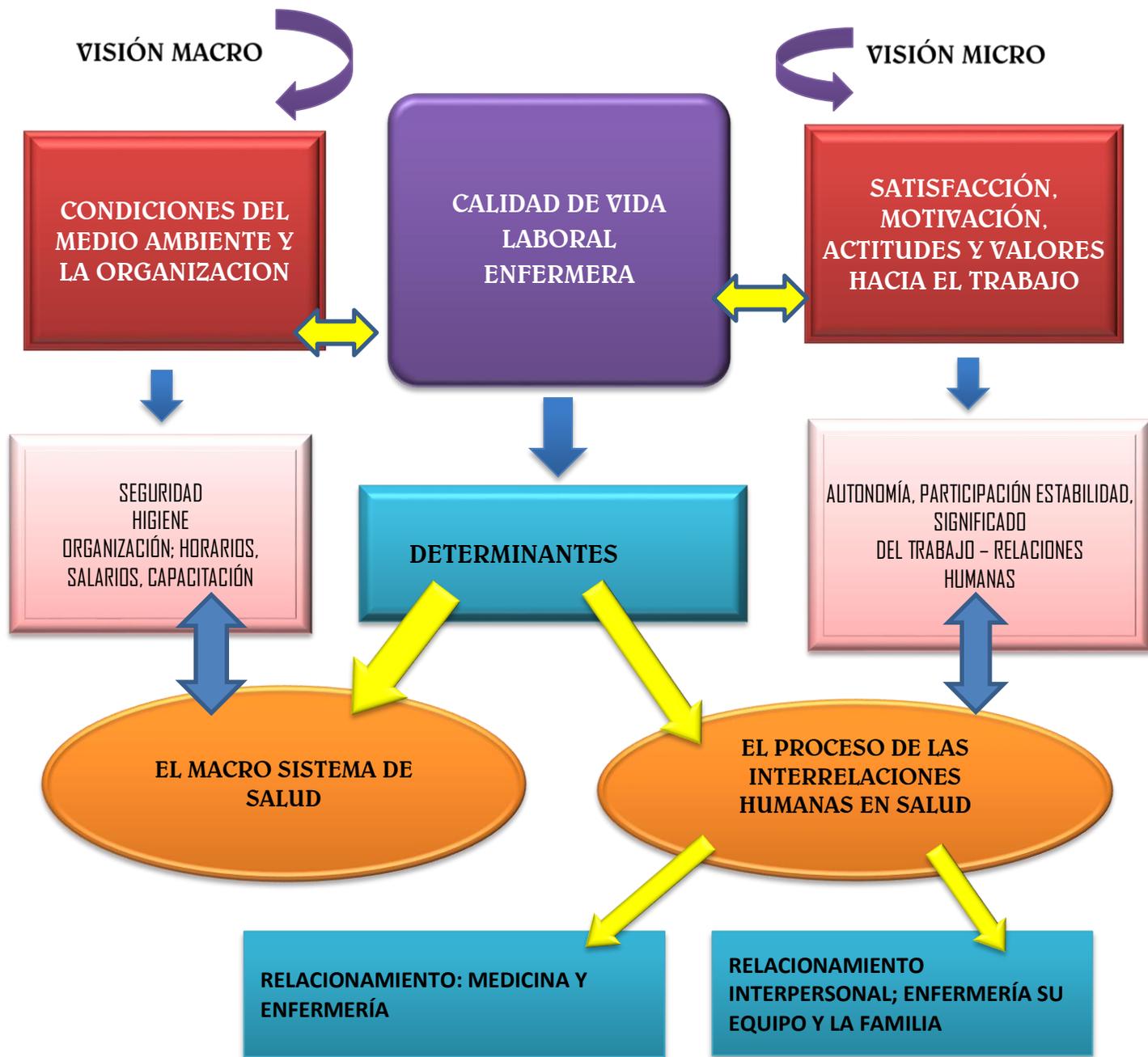
Seudónimo: CEROBÉ

E F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
I	X	X																											
II	X		X	X																X									
III	X		X																	X									
IV	X	X	X	X																									
V			X		X																								
VI			X			X																							
VI I	X		X		X	X																							
VI II	X	X		X	X	X															X								
IX		X			X	X																							
X		X			X	X	X																						
XI	X	X	X		X		X													X									
XI I	X							X						X															
XI II	X	X					X	X	X																				
XI V							X	X	X																				
X V	X				X	X	X			X																			X
X VI	X				X		X	X						X			X												
X VI I											X	X	X																X
xv iii	x									X		X	x																X
xi x							X			X		X	x																X
X X							X			X		X																	
X XI							X									X													
X XI I							X									X													
X XI II							X			X								X											
total	12	7	7	3	8	6	11	4	2	5	1	4	3	0	2	2	0	2	0	3	0	1	0	0	0	0	0	3	1

ANEXO N° 7
IDENTIFICACIÓN DE ASOCIACIONES
ENTREVISTA 1

1. Ética en enfermería (1) +vivir el cuidado en valores (2) = 4 asociaciones
2. Ética en enfermería (1)+Autonomía, trabajo independiente (3)+Administración de medicamentos (4)= 2 asociaciones
3. Autonomía, trabajo independiente (3)+satisfacción, insatisfacción (6)=2 asociaciones.
4. Vivir el cuidado en valores (2) satisfacción/insatisfacción (6)=2 asociaciones
5. Satisfacción/insatisfacción (6)+condiciones laborales (7)=4 asociaciones
6. Autonomía, trabajo independiente (3)+condiciones laborales (7)=1 asociación
7. Satisfacción/insatisfacción (6)+actitudes personales (8)=3 asociaciones
8. Ética en enfermería (1) cuidado humano (5)= 1 asociación
9. Ética en enfermería (1)+satisfacción/insatisfacción (6) +actitudes personales (8)= 2 asociaciones
10. Ética en enfermería (1)+trabajo en equipo (9)+ liderazgo en enfermería (19)=1 asociación
11. Actitudes personales (8)+trabajo en equipo (9)+ relaciones interpersonales (10)= 1 asociación
12. Realización profesional (11)+capacitación (13)=2 asociaciones
13. Actitudes personales (8) +realización profesional (11)= 3 asociaciones
14. Capacitación (13)+gestión de RRHH (14)+Posibilidad de desarrollo en el trabajo (41)= 1 asociación

CUADRO N° 1: MARCO ESQUEMATICO -CONCEPTUAL CVL ENFERMERA DE UN HOSPITAL PÚBLICO



AUTORA: NANCY ELIZABETH SANCHEZ MERINO