

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**Factores de Riesgos Psicosociales y Calidad de Atención Recibida según sexo y edad
de los enfermeros de un sector de internación de un Efector Municipal
de la ciudad de Rosario.**

Autor: Enfermera Ojeda, Valeria

Director: Lic. Córdoba, Omar

Asesor: Prof. Magister Córdoba, Natalí

Prof. Lic. Beisel, Yanina

Rosario, 17 de noviembre de 2021

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina

Agradecimientos:

A mi Hijo Zahir y a mi novio Miguel, por soportar todo lo que conlleva vivir con alguien que estudia y trabaja, por amarme a pesar de todo.

A mi Hermana Marina, por ser apoyo a cualquier hora en este proceso y por ser mi otra parte del Ying y el Yang en la vida.

A mi Amiga Lucía, por sus audios explicativos con seseos a distancia, y por su paciencia infinita.

A mi Jefe (genio/jefe) Omar, por acomodar mis horarios para que pueda cursar sin dificultad, por entender, por ayudar siempre.

A la Mía Mamma, por inculcar su amor por lectura y la escritura, por tantas horas de compañía y apoyo, por cada palabra (Que aún sigo escuchando en cada decisión a tomar).

A Papá, por exigir tanto, por mostrar orgullo... Luz infinita para ellos.

Al Padre...por llenar mi vida de gente maravillosa, por dejarme ver las señales.

Resumen

Los factores de riesgos psicosociales son componentes estresores, pueden alterar las capacidades de las personas para manejar y responder al flujo laboral; inciden negativamente en su salud y bienestar, disminuyendo la calidad de su trabajo. El objetivo del estudio será determinar la relación entre factores de riesgos psicosociales y la calidad de atención recibida por los pacientes hospitalizados en el sector de internación B1 de un efector municipal de 3er nivel de complejidad de la ciudad de Rosario, durante el 2do semestre del 2022. Es un estudio de abordaje Cuantitativo, Observacional, Transversal, Descriptivo y Prospectivo; las poblaciones de estudio serán 20 enfermeros, y 180 pacientes hospitalizados. Para medir la variable Factores de Riesgos Psicosociales se utilizará el Cuestionario Suseso/Istas21 versión breve. Para la variable Calidad de Atención Recibida se aplicará el Cuestionario de Calidad de Atención de Enfermería. El análisis de los datos se hará a través de estadística descriptiva, mediante un estudio bivariado, en presentación de gráficos, el almacenamiento y análisis será a través del programa EPIDAT.

Palabras claves: Factores de riesgos psicosociales- calidad de atención recibida- personal de enfermería- pacientes hospitalizados.

ÍNDICE GENERAL

Agradecimientos	2
Resumen y palabras clave	3
Introducción	6
Estado del Arte	6
Planteamiento del problema de estudio	11
Objetivos e hipótesis	12
Marco Teórico	13
Material y Métodos	30
Tipo de estudio	30
Sitio y contexto	30
Población y Muestra	31
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	32
Cuidados éticos y controles de validez en la recolección de datos	38
Personal a cargo de la recolección de datos	39
Plan de análisis	39
Plan de trabajo y Cronograma	41
Bibliografía	42
Anexos	49
Anexo I Relevamiento de datos	50
Anexo II Instrumentos de recolección de datos	53
Anexo III Resultados del estudio exploratorio	62
Anexo IV Resultados de la prueba piloto del instrumento	64

Introducción

El ser humano tiene la capacidad de producir bienes y servicios para satisfacer sus necesidades a través de su trabajo. De esta manera tiene la posibilidad de alcanzar la excelencia; cuando las condiciones laborales no son las adecuadas, su salud física, mental y emocional puede sufrir alteraciones. Estas condiciones principalmente son la organización del trabajo, la carga física y mental, y los sucesos traumáticos dentro de ese contexto. Dichas condiciones son componentes estresores y pueden transformarse en factores de riesgos psicosociales, llegando a alterar y desequilibrar los recursos y las capacidades de las personas para manejar y responder al flujo de la actividad derivada del trabajo. Se sabe que enfermería es una profesión dinámica que requiere esfuerzo físico y mental; se dedica a alcanzar y mantener el bienestar biopsicosocial emocional de las personas que ingresan al sistema de salud, mediante la asistencia, contención y cuidado. La interacción permanente con los sujetos de cuidado origina un ambiente laboral complejo, debido a las demandas emocionales que generan el contacto con el dolor, el sufrimiento y la muerte, es por esto, que los profesionales de enfermería son pensados como uno de los sectores profesionales más expuestos a niveles elevados de estrés (Jimenez et al. 2017).

Se considera, que el estrés en el colectivo de enfermería afecta directa e indirectamente la calidad del cuidado recibido por los sujetos, así como también a su propio estado de salud, pudiendo llegar a ser la principal causa de desgaste, insatisfacción laboral, rotación excesiva, dificultades para el reclutamiento, deserción, ausentismo e incapacidad. Esta profesión es considerada como potencialmente estresante y no puede ser vista como una profesión homogénea (Orozco-Vásquez, Zuluaga-Ramírez, & Pulido-Bello, 2019).

Con respecto a esta temática, Jimenez, Orozco, & Cáliz, (2017) han realizado una investigación titulada “Factores de riesgos psicosociales en auxiliares de enfermería en un hospital de la red pública de la ciudad de Bogotá, Colombia”, con el objeto de evaluar dichos factores en el personal enfermero. Se realizó un estudio de abordaje cuantitativo y descriptivo, donde se tomó una muestra compuesta por 90 auxiliares de enfermería; se utilizó como instrumento de recolección de datos el cuestionario CoPsoQ-istas2, el cual evalúa la exposición al riesgo psicosocial fundamentado en la prevención. Por consiguiente, las variables estudiadas fueron: edad, sexo, antigüedad, relación laboral (relativas a la contratación), ritmos de trabajo, inseguridad sobre las condiciones de trabajo, exigencias de esconder emociones, conflictos de rol, exigencias emocionales y cuantitativas (relativas a las dimensiones psicosociales). Finalmente los resultados

evidenciaron que el 84% de los participantes pertenecen al de sexo femenino, 52,9% y la edad que no supera los 31 años, el 75% tiene contrato temporal. Para concluir, se menciona que los principales factores de riesgos psicosociales a los que estaban expuestos fueron: ritmo de trabajo (97,6%), inseguridad sobre condiciones de trabajo (66,1%) y exigencias de esconder emociones (65,2%). A partir de los resultados, la investigación evidencia que las condiciones psicosociales pueden repercutir en la salud de la población de estudio. Con el fin de analizar esta temática tan compleja, Demaría, Farías & Acevedo (2017) llevaron a cabo la investigación titulada “Factores de riesgo psicosociales presentes en el ambiente de trabajo de enfermería en Hospitales públicos de Córdoba, Jujuy, La Pampa y Santiago del Estero, Argentina”, en la que se indagó sobre la presencia de dichos factores en el ambiente de trabajo en los establecimientos mencionados, por consiguiente, diseñaron un estudio de corte transversal que incluyó 1129 trabajadores de los servicios de enfermería de hospitales de las jurisdicciones elegidas, seleccionados mediante muestreo probabilístico aleatorio simple. En consecuencia, se estudiaron las dimensiones de exigencias psicológicas, control sobre el trabajo, apoyo social y calidad de liderazgo. Al respecto, determinaron la predominancia en el ámbito laboral de riesgo psicosociales altos en dos de las tres dimensiones estudiadas: exigencias psicológicas, y apoyo social en calidad de liderazgo; aunque los resultados variaron entre jurisdicciones. La provincia de La Pampa fue donde se encontró la situación más próspera, en Santiago del Estero los riesgos psicosociales se presentan con mayor frecuencia. En consecuencia, concluyeron que la exposición del personal a los factores ya mencionados puede ocasionar problemas de salud en los mismos y afectar negativamente la calidad de atención a los usuarios de los servicios. Por consiguiente, los mencionados autores propusieron establecer acciones de promoción de ambientes de trabajo más saludables.

Según Ortega J. (2019), quien realizó la investigación titulada “Una cuestión de entrega”, existen desigualdades de género y factores de riesgos psicosociales en el trabajo de enfermería. El autor se basó en las nociones de feminización y precarización de la fuerza de trabajo para analizar la relación entre el género y los factores de riesgos psicosociales en el sector de enfermería. Los resultados arrojaron, que la atribución de las tareas de cuidados hacia las mujeres resulta en la doble presencia como factor de riesgo psicosocial que afecta específicamente al género femenino; también, la sobrecarga de trabajo es otro riesgo psicosocial ocasionado por el pluriempleo y los bajos salarios. Así mismo dicho autor concluye que el estado, los empresarios y los sindicatos son los actores principales para revertir las condiciones de vulnerabilidad de las mujeres en el ámbito laboral.

Por su parte, Sánchez, Barona, Jiménez, Osuna, Moreno Manso & Gómez (2020) llevaron adelante la investigación llamada “Prevalencia y niveles de exposición a factores y riesgos psicosociales a través del ISTAS-21”, cuya finalidad fue sobre todo, la evaluación y descripción de los riesgos psicosociales a través de la utilización del mencionado cuestionario (versión 2010), en una muestra de profesionales de Extremadura que prestan servicios de atención a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo. En cuanto a la muestra, estuvo conformada por 518 trabajadores, 169 de sexo masculino (30,11%) y 349 de sexo femenino (67,37%). De esta manera, los investigadores analizaron las exigencias psicológicas, la doble presencia y el control del trabajo, en función de la edad, sexo, departamento, antigüedad, puesto de trabajo y tipo de contrato. En este caso, los resultados indicaron que los participantes del estudio están más afectados por las exigencias de esconder emociones, doble presencia y control de los tiempos de trabajo. La investigación establece que los servidores de la salud que trabajan en la línea de atención primaria perciben factores de riesgos psicosociales de rango bajo y medio que afectan su salud, generando una sobrecarga mental en los mismos, con las consecuencias que ello genera en su bienestar, desenvolvimiento personal y profesional, y por consiguiente puede favorecer al desarrollo de trastornos de carga mental.

Durante el año 2020, Echeverría Caicedo, Romero Urréa, Sellan Reinoso, & Mendez Sanchez, llevaron a cabo la investigación titulada “Estilos de vida del profesional enfermero y su relación con la calidad de atención”, en Ecuador, con el objetivo de analizar de qué manera la calidad de atención brindada a los pacientes es afectada por los estilos de vida del profesional de enfermería. En lo que respecta a la investigación, fue documental, bibliográfica, de corte transversal, exploratorio, descriptivo, retrospectivo, tomando las principales bases de datos de los últimos 3 años, de esta manera, dicha investigación explicita que los estilos de vida de las personas influyen significativamente en la calidad de atención que se proporciona a los pacientes, ya que tienen poco tiempo para sí mismos, desatendiendo su autocuidado debido a las exigencias de su trabajo, no cuentan con tiempo libre suficiente para desarrollar amistades y para atender su vida emocional, reducen la actividad física, adquieren hábitos tóxicos y el estrés les ocasiona alteraciones fisiológicas negativas. Estas alteraciones pueden estar determinadas por diferentes características de las condiciones laborales: la organización del trabajo, la carga física y mental, la autonomía en la realización de las actividades y el contexto social del empleado. Éstas fluctúan según los cambios en los modelos políticos, laborales, sociales, culturales, económicos y

tecnológicos, generando inestabilidad, incertidumbre y una creciente presión para satisfacer las exigencias de la vida laboral moderna (Giménez, Orozco & Cáliz, 2017).

Las condiciones laborales han supuesto históricamente una amenaza a la salud de los trabajadores que han ocasionado accidentes y enfermedades de todo tipo. Los tiempos y las estipulaciones de trabajo han cambiado: la aparición de los gremios y del sindicalismo, el reconocimiento de los derechos humanos, la reducción de horas de trabajo, el mejoramiento de las condiciones ambientales, factibles de generar riesgos físicos (temperatura, ruidos, higiene); pero siguen siendo preocupantes debido a la globalización, produciendo un creciente surgimiento de factores de riesgo psicosociales que exigen un mayor esfuerzo de definición en sus diferentes formas; éstos se han incrementado e intensificado, y sus efectos sobre la salud son amplios e importantes, relacionados principalmente con el estrés, que según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), es la respuesta física y emocional a un daño causado por un desequilibrio entre las exigencias percibidas, los recursos y las capacidades de un individuo, para hacer frente a esas exigencias. Es por eso que el estrés en el trabajo está reconocido en la actualidad como un problema global que afecta a todas las profesiones y trabajadores, tanto en países en vías de desarrollo, como en los desarrollados. Así mismo esta organización declara que los factores de riesgos psicosociales son “las interacciones entre el medio ambiente de trabajo, las condiciones de organización y las capacidades, necesidades, cultura del trabajador, y consideraciones personales externas al trabajo que pueden, en función de las percepciones y la experiencia, tener influencia en la salud, el rendimiento del trabajo y satisfacción laboral” (2016). Este grupo de factores son componentes estresores que pueden alterar y desequilibrar los recursos y las capacidades de las personas para manejar y responder al flujo de la actividad derivada del trabajo, tienen características propias que hacen más difícil su manejo, evaluación y control; son innumerables y pueden provenir de los múltiples componentes del trabajo: falta de control, muchas horas de trabajo, intensidad del ritmo, horarios cambiantes e imprevisibles, mala comunicación organizacional ascendente, horizontal o descendente, ambigüedad o sobrecarga de rol y otros muchos; pueden originarse en cualquiera de los múltiples desequilibrios entre demandas y recursos (Moreno, 2011), generando en los trabajadores enfermedades por estrés, el que para Ortega-Aldás & Villarroel-Vargas, (2020), representa uno de los factores de mayor interés por los efectos que genera en el personal de salud, ya que sus consecuencias pueden percibirse en una inadecuada práctica médica, actitudes negativas hacia el usuario, entre otras. A su vez, destaca que estas problemáticas afectan a los trabajadores de manera desigual, considerando el género, las tareas del hogar, los conflictos familia-trabajo,

etc. A nivel individual y en relación a la carga mental generada en este tipo de labores, las personas presentan comportamientos nocivos para su salud, como ser consumo de sustancias y alcohol; lo que De Roux (1994) denomina "paradoja comportamental", y permite afirmar que lo aprendido en las aulas universitarias no es garantía para que el personal de enfermería adopte prácticas de autocuidado, puesto que durante la exposición a los factores estresores abandonan dichas prácticas, inician o refuerzan comportamientos nocivos para su propia salud (Escobar Potes *et al.*, 2015).

Por otra parte, Ortega- Aldás & Villarroel - Vargas (2020) desarrollaron una investigación titulada “Factores psicosociales asociados a la labor médica en atención primaria”, en Ecuador, cuyo objetivo fue distinguir claramente los factores psicosociales y sus efectos en los trabajadores de la salud de la ya mencionada línea de atención. Fue un estudio de abordaje cuantitativo, descriptivo, transversal y comparativo. Se tomó una muestra compuesta por 84 médicos de Atención Primaria de Salud (APS), utilizando como instrumento de recolección de datos un cuestionario para la Evaluación Psicosocial en Espacios Laborales del Ministerio de Trabajo del Ecuador, el cual identifica la incidencia de los factores de riesgos psicosociales en los médicos de APS. Las variables estudiadas fueron: riesgo psicosocial y carga mental. Y variables sociodemográficas sexo, antigüedad y nivel de instrucción. En los resultados, la investigación establece que los servidores de la salud que trabajan en la línea de atención primaria perciben factores de riesgos psicosociales de rango bajo y medio que afectan su salud, generando una sobrecarga mental en los mismos, con las consecuencias que ello genera en su bienestar, desarrollo personal y profesional, ya que pueden favorecer al desarrollo de trastornos de carga mental.

Por último, Echeverría Caicedo, Romero Urréa, Sellan Reinoso, & Mendez Sanchez, (2020) llevaron a cabo la investigación titulada “Estilos de vida del profesional enfermero y su relación con la calidad de atención”, en Ecuador, con el objetivo de analizar de qué manera los estilos de vida del profesional de enfermería influyen en la calidad de atención brindada a los pacientes. Fue una investigación documental bibliográfica, de corte transversal, exploratorio, descriptivo, retrospectivo, tomando las principales bases de datos de los últimos 3 años. Dicha investigación explicita que los estilos de vida de las personas influyen significativamente en la calidad de atención que se proporciona a los usuarios, ya que tienen poco tiempo para sí mismos desatendiendo su autocuidado debido a las exigencias de su trabajo, no cuentan con tiempo libre suficiente para desarrollar amistades y para atender su vida emocional, reducen la actividad física, adquieren hábitos tóxicos y el estrés les ocasiona alteraciones fisiológicas negativas.

El propósito de este proyecto de investigación consiste en identificar, conocer y evaluar los riesgos presentes, potenciales y las consecuencias que puedan existir para los enfermeros de un sector de internación expuestos a factores de riesgos psicosociales, buscando establecer su incidencia en la calidad de atención recibida por los pacientes hospitalizados. Los resultados obtenidos serán elevados a las autoridades del lugar, a quienes se propondrá la implementación de talleres mensuales. Dichos talleres estarán a cargo del equipo de Salud Mental y se trabajarán de forma interdisciplinaria con el resto, en ellos se mostrará la importancia de reconocer los Factores Psicosociales Positivos (Apoyo Social, Calidad de Liderazgo, etc.) que podrán ser utilizados como estrategias de afrontamiento, manejados desde una perspectiva organizacional positiva para buscar beneficiar la salud y el bienestar del personal enfermero, lograr un trato digno y de compasión en los sujetos de cuidado, y mejorar a su vez, la efectividad laboral y el ambiente de la institución. Desarrollar la promoción de ambientes de trabajo más saludables ampliando una perspectiva organizacional positiva, para así percibir el gasto como una inversión para el desarrollo de la seguridad y salud laboral, propiciando el crecimiento de organizaciones más saludables.

Se considera que la relevancia social de esta temática está determinada por la importancia de la salud y bienestar de todas las personas, especialmente de las que están al cuidado de la salud del resto de la sociedad.

Luego de realizar un profundo análisis de las variables ya mencionadas, se decide investigar:

¿Qué relación existe entre los Factores de Riesgos Psicosociales según sexo y edad de los enfermeros y la Calidad de Atención Recibida por los pacientes hospitalizados, de un sector de internación de un efector municipal de la ciudad de Rosario, durante el segundo semestre del 2022?

Objetivo general

Determinar la relación que existe entre los Factores de riesgos psicosociales según sexo y edad de los enfermeros y la Calidad de atención recibida por los pacientes de un sector de internación de un efector municipal de la ciudad de Rosario, durante el segundo semestre del 2022.

Objetivos específicos

- Identificar el sexo y edad de los enfermeros y su relación con los factores de riesgos psicosociales.
- Describir las exigencias psicológicas, el apoyo social, la compensación y la calidad del liderazgo que presentan los enfermeros y cómo éstos influyen en la calidad de atención.
- Identificar el trabajo activo y las posibilidades de desarrollo que tienen los enfermeros.
- Determinar la presencia de doble empleo en la población en estudio.
- Determinar la presencia de factores de riesgos psicosociales en el trabajo de los enfermeros y cómo influye en la calidad de atención.
- Establecer cómo es la experiencia y satisfacción de los usuarios con los cuidados recibidos.

Hipótesis

-La presencia de factores estresores como las exigencias laborales, el doble empleo, las faltas de compensaciones y de apoyo social, predisponen a que los pacientes reciban menor calidad de atención en sus cuidados.

- A mayor edad de los enfermeros, mayor presencia de factores de riesgos psicosociales.

- El personal de enfermería de sexo femenino, presenta mayores factores de riesgos psicosociales, que el personal de sexo masculino.

Marco Teórico

En la presente revisión se abordarán los conceptos más significativos y las teorías que sustentan la investigación llevada a cabo.

Para poder delinear una definición de *salud*, se comenzará con la etimología de la palabra: el término castellano salud proviene del latín, y se relaciona con dos sustantivos femeninos *salus*, —*utis* y *sanitas*, —*atis*. El primero, cuya ortografía nos revela una mayor afinidad con el significante de salud en español, se refiere en una primera acepción, al buen estado físico de algo; en una segunda acepción representa la idea de conservación de algo (Bandrés Moya, (2021). Del mismo modo, la OMS (2018) establece que “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Sin embargo, se adhiere a las teorías de numerosos autores, los cuales consideran esta definición como incompleta, puesto que es un estado que requiere reflexiones y definiciones más complejas y profundas.

En 1960, Siegrist determina: “Vivimos un ritmo específico, determinado por la naturaleza, la cultura y los hábitos. Un ritmo inalterado es la salud, la enfermedad es la interrupción de éste”.

Por su parte, Andrews & Roy (1991) plantean que “la salud es el estado y el proceso de ser y de convertir la persona en un ser integrado y completo. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno” (p.21). En tanto que Laín Entralgo (1973) señala que el concepto de salud ha ido cambiando a lo largo del tiempo y la define como “la capacidad del organismo de resistir sin reacción morbosa, un estado habitual en el que se aúnan la normalidad y la posibilidad de un rendimiento óptimo”. Este autor establece que para poder determinar si una persona se encuentra cursando buena salud, se deben tener en cuenta criterios objetivos, a saber: morfológicos, etiológicos, funcionales y utilitarios; y un criterio subjetivo que implica la sensación de bienestar psico-orgánico.

En cambio, los escritos de Roy & Andrews (1999), se centran más en la salud interpretada como un proceso en el que la salud y la enfermedad pueden coexistir. Los autores explicitan que la salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés, sino que es la capacidad de combatirlos del mejor modo posible (p 52); así, salud y enfermedad forman una dimensión inevitable y coexistente basada en toda la experiencia de la vida que tiene la persona (Riehl & Roy, 1980). La enfermería sabe y convive con la existencia de esta dimensión. Por consiguiente, cuando los mecanismos que se usan para combatir todos los factores antes citados no son eficaces, aparece la enfermedad: es decir, sólo se mantiene la salud si las personas logran adaptarse. Además, según la Medciclopedia la enfermedad es cualquier cambio en el estado de

salud de todo un organismo o de una parte del mismo de tal forma que no puede llevar a cabo su funcionamiento normal. La misma se debe a una pérdida de la homeostasis en alguna parte del mismo” (Villanueva Cañadas, 2021). En contraposición, la enfermedad se describe como una manifestación de la vulnerabilidad y fragilidad del ser humano; su existencia niega y altera la salud (Bandrés Moya, 2021). En tanto la OMS (2018) establece que es una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible, generando un estado de malestar físico, mental o social que no permite desarrollar actividades con normalidad; actividades como el *trabajo*, el cual puede definirse como toda actividad remunerada o no, dedicada a la producción, comercialización, transformación, venta o distribución de bienes o servicios y/o conocimientos, que una persona ejecuta en forma independiente o al servicio de otra, con el objetivo principal de satisfacer sus necesidades. Por otra parte, Díaz & Duque (2003) enmarcan al trabajo como toda “actividad personal en la que el ser humano emplea de manera total o parcial sus energías físicas y/o mentales en orden de la obtención de algún bien material o espiritual, distinto del placer derivado de su ejecución”. En el año 2003, Burgos menciona que la actividad laboral puede ser analizada desde un punto de vista objetivo y subjetivo: desde la objetividad es una actividad que posee doble carácter, productivo y transitorio, que incluye tanto los resultados materiales como los de matiz cultural, todo lo que genera fuera del interior de la persona; su magnitud subjetiva involucra que el sujeto que trabaja también se modifica y realiza a sí mismo, favoreciendo el desarrollo de su personalidad. A saber, el trabajo es una actividad fundamental para la calidad de vida de las personas y le permite al ser humano satisfacer sus necesidades mediante la producción de bienes y servicios, aunque puede constituirse en una paradoja, ya que contiene elementos que, por un lado, pueden llevar a las personas a la excelencia, pero, por otro lado, puede producir alteraciones o daños a su salud física, psicológica, mental, emocional y social (Giménez, Orozco & Cáliz, 2017). En consecuencia, de lo aquí mencionado, se considera conveniente definir el concepto de *necesidad*: algo que se desea, es útil o imprescindible. De acuerdo a King (1971) es “un estado de intercambio de energía dentro y fuera del organismo que permite las respuestas conductuales a situaciones, eventos y personas”. En tanto Roy (1980) la define como “un requisito dentro del individuo que estimula una respuesta para mantener la integridad”. Mucho antes, (1970) desarrollaba profundamente este concepto Maslow, creando el modelo de las necesidades humanas y estableciendo que son éstas las que motivan la conducta de un individuo. Dicho modelo incluye las necesidades fisiológicas y las psicológicas

(de acuerdo a su importancia para la supervivencia del individuo) y fue graficado por el autor en forma de pirámide, con un orden jerárquico, encontrándose las necesidades básicas o fisiológicas en la base (aire, comida, agua, protección, descanso, sueño, actividad y mantenimiento de la temperatura corporal); siguiendo por las de protección y seguridad en su ambiente y relaciones (incluye aspectos físicos y psicológicos: estar y sentirse seguro); amor y pertenencia (dar y recibir amor, obtener un lugar en un grupo); autoestima y autoconocimiento (sentimiento de independencia, competencia y respeto a sí mismo, y la estima y respeto de otros); para poder obtener luego la autorrealización a través del conocimiento y la comprensión, que le permiten satisfacer sus necesidades de manera más eficiente. La persona auto realizada ha madurado y logrado desplegar todo su potencial, adquiriendo la capacidad de conectar el pasado y el futuro al presente, mientras vive plenamente en éste; es autónoma, en contraste con la que es dirigida por otros. Para este autor, cada necesidad de un nivel se tiene que satisfacer antes de poder satisfacer las del siguiente nivel y cuando esto ocurre el individuo deja de ser consciente de ella; dicha satisfacción puede ser total o parcial, o puede no ocurrir, pero los individuos tienen la capacidad de continuar con su crecimiento y desarrollo desde la concepción hasta la muerte, persistiendo en su conducta hasta lograr satisfacerlas. De la misma manera, Kalish (1977) adaptó la teoría de Maslow, agregando una categoría adicional entre las fisiológicas y las psicológicas, que incluye sexo, actividad, exploración, manipulación y novedad, basándose en la necesidad de los niños de explorar y manejar sus medios para alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos. Uniendo ambos conceptos, el trabajo es considerado una actividad elemental para la calidad de vida de las personas, debido a que constituye el medio principal para lograr satisfacer sus necesidades; no obstante, se argumenta en favor de lo afirmado por Moreno (2011), quien señala que el trabajo puede constituirse en una paradoja, ya que si las condiciones laborales no son adecuadas, es factible la aparición de estrés, fenómeno que puede producir alteraciones o daños a la salud física, psicológica, emocional, mental y social de los trabajadores, debido a que éstos no podrán gestionar los procesos de afrontamiento adecuados para elaborar respuestas de adaptación necesarias a los estímulos focales, contextuales y residuales conceptualizados por Roy & Andrews (1999), que serán desarrollados más adelante en la presente investigación.

El doctor Antonio Cano Vindel, presidente de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés, afirma que es uno de los factores psicosociales más ampliamente estudiados y asevera que el término *estrés* proviene de la física y de la arquitectura, entendiéndose como la fuerza que soporta un objeto hasta poder llegar a deformarlo o romperlo. El primero en emplear el

término en psicología fue el médico y fisiólogo Hans Selye (1907-1982), con el nombre de Síndrome de Adaptación General (SAG) y lo definió como “una respuesta no específica del cuerpo frente a cualquier demanda, de forma que si su duración es suficientemente prolongada, el organismo puede entrar en una etapa de agotamiento”. Igualmente, para la Organización Internacional del Trabajo (2016), “el estrés es la respuesta física y emocional a un daño causado por un desequilibrio entre las exigencias percibidas, los recursos y las capacidades de un individuo, para hacer frente a esas exigencias”.

El impacto del estrés en la salud varía de un individuo a otro, en el documento creado en 2006 por la OIT, titulado “Prevención del suicidio, un instrumento en el trabajo”, redactado por el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Manejo de Trastornos Mentales y Cerebrales, se hace referencia a que tanto en los países establecidos económicamente, como en los que experimentan una creciente industrialización, trabajadores de todo el mundo están presentando niveles crecientes de estrés (p.10). En cuanto al *estrés laboral*, la OMS lo define como “un patrón de reacciones psicológicas, cognitivas y conductuales que se dan cuando los trabajadores se enfrentan a exigencias ocupacionales que no se corresponden con su nivel de conocimiento, destreza o habilidades” (2004). Según lo expuesto por Quiñones & Rodríguez (2015), esta problemática puede surgir de los cambios en los modelos laborales, sociales, culturales, económicos y del desarrollo tecnológico, que han propiciado la instauración de nuevas técnicas de producción y una creciente propensión a la flexibilización laboral, generando trabajo precario, incertidumbre, inestabilidad laboral y una mayor coacción de los empleadores, para satisfacer las crecientes demandas de la vida laboral moderna, proponiendo constantemente nuevos desafíos para la salud y seguridad de los trabajadores (ILO, 2010). En conformidad a esta teoría, en el 2016, Añez Hernández afirma que ha habido un creciente deterioro de las condiciones laborales, debido a diferentes causas, es decir: la globalización, la competitividad en el mercado, las diferentes formas de contratación laboral, el aumento de la productividad y la inseguridad en el puesto de trabajo. En consecuencia de la derivabilidad de lo mencionado anteriormente, se consensua en que el estrés está ocasionado mayoritariamente por las condiciones inadecuadas en los ambientes laborales, constituyéndose como *factores de riesgos psicosociales*. Estos factores, que en adelante llamaremos FRPs, constituyen una problemática compleja, la cual será la principal variable independiente a desarrollar en este trabajo de investigación; dícese de las situaciones relacionadas a la organización del trabajo, la realización de las tareas, el tipo de puesto ocupado, y el entorno en el que se encuentra el trabajador las que funcionan como componentes *estresores*. Entonces

para la OIT, los FRPs son “las interacciones entre el medio ambiente de trabajo, las condiciones de organización y las capacidades, necesidades, cultura del trabajador, y las consideraciones personales externas al trabajo que pueden, en función de las percepciones y la experiencia, tener influencia en la salud, el rendimiento del trabajo y satisfacción laboral” (1984). Con respecto a esto, Levi (1998) sostiene que los FRPs pueden ocasionar en el individuo enfermedades, dolencias o alteraciones, en el plano físico (cefaleas, migrañas, dolores lumbares, fatiga crónica, trastornos digestivos, hipertensión, alteraciones del sueño, etc.), como en el psicológico (frustración, culpa, irritabilidad, trastornos cognitivos y de la conducta, depresión, agresividad, neurosis, estrés postraumático por violencia e incluso suicidio). Mientras que para Jimenez, Orozco & Cáliz (2017) además de síntomas físicos y cognitivo conductuales, también generan daño emocional; no obstante, Moreno (2011) amplía la definición argumentando que pueden producir importantes daños en el plano social, debido a que generan *trastornos en el comportamiento*, como agresividad, manifestada a través de sentimientos de odio y deseos de dañar a otras personas; violencia; consumo de alcohol, el cual con el tiempo, y en caso de ingesta excesiva, puede causar enfermedades crónicas y otros serios problemas; ingesta de sustancias psicoactivas, que pueden ser de diversos compuestos naturales o sintéticos, los que actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y comportamientos. Según el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, del Departamento de Salud y Servicios Humanos del gobierno de Estados Unidos, el consumo de estas sustancias siempre implica un grado de riesgo de sufrir consecuencias adversas sobre distintos órganos y sistemas; en el corto plazo, como en el caso de la intoxicación, la cual incrementa el riesgo de lesiones por accidentes o agresión, del mismo modo el uso repetido y prolongado en el tiempo favorece el desarrollo de trastornos por dependencia, irregularidades crónicas y recurrentes, caracterizadas por la pérdida de la capacidad de controlar su consumo a pesar de las consecuencias adversas en el estado de salud, en el funcionamiento interpersonal, familiar, académico o laboral. Así mismo, el consumo continuo puede causar, además de problemas crónicos de salud, consecuencias sociales, ya que son perjudiciales y su dependencia altera mucho más allá que al usuario, afecta a sus familias y a otras relaciones personales. El daño asociado a las sustancias psicoactivas, a corto o largo plazo, depende de la interacción de un conjunto de factores, tales como el tipo de sustancia, forma de consumo, las características personales, físicas y psicológicas del consumidor, pero también del contexto social en el que se produce dicho consumo. Jimenez, Orozco & Cáliz aseveran que todos estos trastornos del comportamiento provocan el deterioro de las Relaciones

Interpersonales (2017) y la Productividad según la OMS (2018). En tanto Moreno & Báez (2010), sostienen que estos desórdenes implican un gran coste económico y en términos de sufrimiento para la persona y la sociedad. Cabe destacar que los FRPs tienen características propias que hacen difícil su manejo, evaluación y control; son innumerables y pueden provenir de los múltiples componentes del trabajo: falta de control, muchas horas de trabajo, intensidad del ritmo, horarios cambiantes e imprevisibles, mala comunicación organizacional ascendente, horizontal o descendente, ambigüedad o sobrecarga de rol y muchos otros; pueden originarse en cualquiera de los múltiples desequilibrios entre demandas y recursos (Moreno, 2011).

La labor de enfermería, como profesión implica estar continuamente pendiente de las necesidades asistenciales de los pacientes y del resto de los participantes del equipo de salud, sin perder de vista la misión y la visión del efector. Por esa razón, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) hace referencia a la importancia de dicha profesión, la cual se encuentra en la línea de acción en la prestación de los servicios de salud, desempeñando una importante función en la atención de personas y comunidades; los destaca como líderes o actores clave dentro de equipos de salud multiprofesionales e interdisciplinarios, por proporcionar una alta gama de servicios indispensables a todos los niveles del sistema de salud. Abarca el cuidado autónomo y colaborativo de todo tipo de personas, comunidades y entornos. En el 2006, la OIT afirma que los niveles de estrés son mayores en ocupaciones en las que los trabajadores están en contacto con el público, como los trabajadores de la salud (p.12). La interacción permanente con los sujetos de cuidado origina un ambiente laboral complejo, debido a los requerimientos emocionales que generan el contacto con el dolor, el sufrimiento y la muerte. Actualmente, Echeverría Caicedo *et al* aportan que todos estos factores, sumados a las exigencias administrativas de su labor y las formas de evaluación continua, hacen que los profesionales de enfermería tengan poco tiempo para sí mismos, descuiden su autocuidado, no tengan tiempo para atender su vida emocional, ni para mantener amistades fuera de la actividad laboral (44), hechos que aumentan su percepción frente a los FRPs. (2020).

En la opinión de Ortega-Aldás & Villarroel-Vargas (2020), los FRPs y el estrés relacionados con el trabajo tienen un impacto significativo en la salud de las personas, las organizaciones y las economías nacionales (272), debido a que han sido establecidos como algunos de los principales causantes del incremento de los accidentes laborales, el ausentismo, rotación del personal, disminución del desempeño y de la productividad. Estos autores aseveran que existe un gran interés en el estudio y manejo del estrés, debido a que las consecuencias pueden traducirse

en una inapropiada práctica médica o en actitudes desfavorables hacia los pacientes por parte del resto del personal de salud, además de los costos financieros que generan.

En 2011 Sora *et al.* mencionan otros factores que actúan como estresores para este colectivo, como ser: la deficiente retribución económica, la falta de liderazgo, previsibilidad, escaso apoyo social y una gran percepción de inseguridad laboral, pudiendo quedar expuestos a un alto riesgo de manifestar Síndrome de Burnout (Gil-Monte, 2009), que por considerarse ampliamente estudiado no se desarrollará en el presente trabajo, pero se dejará mención por su estrecha relación con la temática investigada.

Todos los puntos expuestos evidencian que el trabajo de enfermería puede convertirse en un potencial riesgo para la salud física y mental (Moreno, 2011). En lo relativo a esto, Canepa (2010) afirma que existen crecientes exigencias que generan mayor carga mental en el trabajo, debido a “la impresionante evolución tecnológica de las últimas décadas, que ha dado pie a una significativa transformación del mundo del trabajo, situación acompañada por el traslado de las exigencias desde un predominio físico hacia mayores demandas cognitivas” (p. 282). Al respecto, Rodríguez (2009) establece que la enfermería ocupa el cuarto lugar dentro de las profesiones más estresantes.

Con el objetivo de favorecer la conceptualización se agrega que, Moncada *et al.* (2014) establecen que los FRPs se componen de seis grupos principales: las Exigencias Psicológicas que son los aspectos sociales u organizativos del trabajo que requieren un esfuerzo mental o anímico del trabajador, generando estrés, ansiedad y tensión. Se establecen elementos tanto cualitativos (exigencias emocionales, creativas, sensoriales) como cuantitativos (cantidad y ritmo de trabajo, distribución del trabajo); el Conflicto Trabajo-Familia, el Control sobre el Trabajo, el Apoyo Social y la Calidad de Liderazgo, las Compensaciones en el trabajo y el Capital Social. Estas exigencias cuantitativas suelen relacionarse con la falta de personal, la inadecuada planificación del trabajo, y con las características propias del efector, ya que hay servicios que demandan mayor atención de los pacientes a causa de su complejidad. Dichas exigencias ocasionan trastornos músculo-esqueléticos, ausentismo o disminución de la productividad (Moreno & Báez, 2010). Se destacan sus dimensiones específicas más importantes: Exigencias Emocionales, las mismas demandan al profesional la capacidad para entender la situación de otras personas, cuando éstas están en situaciones intensas, teniendo que esconder las propias emociones para no llegar a confundirlas con las de los usuarios, evitando mostrar reacciones básicas como rabia, tristeza, miedo, asco, por “razones profesionales” y no quedar mal visto frente a compañeros, jefes y los

mismos familiares del paciente. Para estos profesionales, dichas exigencias se traducen en los requerimientos de esconder y controlar la expresión de sentimientos positivos y negativos, con el objetivo de demostrar eficiencia laboral y cumplir con los objetivos institucionales, a la vez que se satisface a los sujetos de cuidado. El Ritmo de Trabajo, por ejemplo, hace referencia a la cantidad o volumen de trabajo exigido, contrarrestado con el tiempo disponible para realizarlo: si el tiempo es insuficiente, las altas exigencias se presentan como un ritmo de trabajo rápido y sin pausa, llevando a la imposibilidad de llevarlo a cabo con amabilidad. En lo referente a La Doble Presencia, se puede decir que representa la preocupación por cumplir con las tareas domésticas, además de las tareas propias del trabajo, al respecto, Labrague *et al.* (2018) advierten que generan somnolencia, cansancio y agotamiento, los que pueden ocasionar errores, accidentes y dificultad para tomar decisiones. En este sentido, Ortega-Aldás & Villarroel-Vargas (2020) infieren que se trata de una problemática que afecta a los trabajadores de forma dispar de acuerdo por el género, las tareas del hogar que cada empleado tenga a cargo, los Conflictos Familia-Trabajo, etc. (274). En relación a esta dimensión, Greenhouse & Beutel (1985) establecieron que es una fricción generada entre las presiones ejercidas por el trabajo y las demandas de la familia, siendo en muchos casos actividades incompatibles para muchas personas. Los autores afirman que cuanto más dedicación se le imprima a un rol, menos se le otorgará al otro, generando una importante fuente de estrés para los sujetos. Por su parte, Ortega (2019) establece que las mujeres se encuentran particularmente expuestas a dichos factores por la anexión del trabajo no remunerado en el hogar. En este sentido, Cossio *et al.* (2010) afirman que esta problemática responde al constructo patriarcal que ha subordinado a las mujeres desde el inicio de la humanidad, en el que quedan supeditadas a satisfacer las necesidades de cuidado y atención del hogar y de los demás miembros del clan. Este fenómeno hace que las sociedades tengan naturalizado que sea la mujer la responsable de las tareas del hogar, de los hijos y de los enfermos. En tanto Ferrari, Filippi & Cebey (2016) también afirman que el género puede constituirse como un FRPs.

En lo respectivo a las condiciones de trabajo y el Apoyo Social de la empresa, Sora *et al.* (2011) lo conciben como el apoyo recibido por parte de compañeros de trabajo y jefes y puede representar una estrategia de afrontamiento, por constituirse como una fuente de recursos emocionales, sentimientos de pertenencia que brindan compañerismo y afiliación, elevando la autoestima y autoaceptación al hacer sentir a los individuos que son valorados. También se mide en los jefes; en la calidad de relación con éstos y con los compañeros, hace referencia a la calidad del rol que cumple cada profesional con respecto a sus acciones y responsabilidades, incluyendo

los Conflictos de rol que se presentan con respecto a lo que se debe hacer; y la Calidad de Liderazgo. Según Moncada *et al.* (2014), los Conflictos de Rol son los de carácter profesional o ético ocasionados por exigencias contradictorias que pueden presentarse en el trabajo, como poca claridad en el rol, o la realización de tareas anexas que no son propias de su profesión, desvirtuaciones del rol. En este sentido, Mesa *et al.* (2010) advierten acerca de aquellas funciones que las instituciones delegan en los profesionales de enfermería, en relación al cuidado de insumos, infraestructura, tareas administrativas, etc., generando el desplazamiento de las actividades del cuidado humano propias del rol.

Por otra parte y en relación a las Compensaciones, Siegrist (1996) sostiene que es necesario medir el desbalance esfuerzo-recompensa, así como el control de estatus (estabilidad del empleo, cambios no deseados, etc.). El autor postula que el estrés laboral proviene del Desbalance Esfuerzo-Recompensa (IER); propone que el esfuerzo en el trabajo es parte de un proceso social organizado y cambiante. En el lugar de trabajo, el esfuerzo es visto en términos de demandas psicológicas y físicas. Las recompensas sociales son obtenidas a través de tres sistemas: monetario, estima/oportunidades de ascenso y seguridad laboral. Así mismo, el desbalance entre el esfuerzo y la recompensa (alto esfuerzo y baja recompensa) puede ser estresante para el individuo y tal desbalance vulnera una norma básica del intercambio social como es la reciprocidad. Este modelo no sólo considera las variables estructurales del ambiente de trabajo, sino que también incorpora variables personales, puesto que propone que las personas con un excesivo compromiso con el trabajo y una alta necesidad de aprobación, tienen un mayor riesgo de tensión, derivando en un intercambio asimétrico y, en consecuencia, la susceptibilidad a la frustración es superior. El sentimiento de no ser valorado de forma adecuada, de ser tratado de forma injusta o de recibir los mismos beneficios que quien no realiza un gran esfuerzo se acompaña de reacciones sostenidas de tensión. Conforme a esta teoría, una persona con alta necesidad de control podrá responder de manera inflexible a una situación laboral de alto esfuerzo/bajas recompensas y conseguirá, en consecuencia, mostrarse más estresada, ya que se le estará generando una carga mental, que si bien no es considerada una enfermedad y no se analizará en esta investigación, puede constituirse en el primer signo de un problema, debido a que la tensión permanente que puede experimentar el organismo por ésta genera elevados niveles de estrés, problemas para dormir, agotamiento, depresión y dolencias físicas, motivo por el cual se deja mención aquí, para que sirva de referencia a futuras investigaciones. En lo referente a la Inseguridad Laboral, Sora *et al.* (2011) destaca que es uno de los principales estresores, hace referencia a la percepción de incapacidad para mantener

la continuidad laboral ante un fenómeno que amenaza el trabajo, vivida como una anticipación a un evento que puede ser igualmente estresante que la pérdida real del mismo. Si bien tampoco se ha de profundizar este tema, se ha de mencionar debido a la importancia de su identificación para lograr mitigar los efectos psicofísicos que genera en los trabajadores.

Con conocimiento de que los factores de riesgos psicosociales son una problemática sumamente compleja, se afirma en favor de lo manifestado por Moreno (2011), acerca de la importancia reconocer los factores psicosociales positivos que pueden ser utilizados como estrategias de afrontamiento, manejados desde una perspectiva organizacional positiva; los más importantes son el Apoyo Social y Calidad de Liderazgo, que contemplan la importancia que tienen las relaciones entre las personas en el trabajo, condicionando positivamente el desempeño laboral y protegiendo la salud de los trabajadores. En tanto Sora *et al.*, consideran necesario el apoyo social multinivel de supervisores y compañeros, en el que resulta fundamental considerar el papel modulador del apoyo organizacional, entendido como un factor contextual (2011). Por otra parte, la dimensión posibilidad de desarrollo implica la factibilidad de que el profesional de enfermería ponga en práctica sus conocimientos y habilidades, y pueda adquirir nuevas experiencias. A su vez, se aplica trabajo activo, que conlleva la autonomía del trabajador, cuánto puede decidir sobre horarios, ritmo, métodos, variedad, iniciativa, calidad, etc. Todo esto está relacionado con la complejidad y variedad de tareas, constituyéndose el trabajo rutinario como un componente estresor (Moncada *et al.*, 2014).

Todo lo manifestado hasta aquí deja clara evidencia de cómo los FRPs pueden afectar negativamente en la calidad de atención recibida por los pacientes hospitalizados, motivo por el cual se tomará como variable dependiente a estudiar, ya que se caracteriza por ser un tema de interés para instituciones y organismos. En este sentido, Donabedian (1993) establece que la calidad de atención consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica con el objetivo de maximizar los beneficios para la salud, evitando aumentar los riesgos. Entonces, el grado de calidad estaría representado por el punto de balance más benigno entre riesgos y beneficios, a la vez que se obtiene la mayor rentabilidad de los recursos. Los sistemas de salud se esmeran en reconocer la calidad como un proceso de mejoramiento continuo que promete buenos resultados, el cual debe incluir un buen servicio por parte del personal de salud, identificando las necesidades y expectativas de los mismos, siendo esta una forma de evaluar la calidad en la prestación de servicios y de conocer cómo los sistemas de salud pueden responder mejor a las necesidades y preferencias individuales. Al respecto, se ha venido evaluando la percepción y satisfacción de los

usuarios por medio de instrumentos e investigaciones que llevan a explicar el porqué de la mala interacción entre los usuarios y el personal de enfermería, y así poder ejecutar medidas de mejoramiento, para llegar a brindar una atención más humanizada. En tanto la satisfacción con los cuidados de enfermería está relacionada con la percepción que tiene el paciente, de acuerdo al cumplimiento de las expectativas durante su hospitalización (Lenis & Manrique, 2015). La calidad de atención recibida puede ser definida como la atención sanitaria óptima que se brinda hacia los sujetos de atención, logrando el mejor resultado con el mínimo riesgo iatrogénico, para alcanzar la máxima satisfacción del sujeto en su proceso de salud- enfermedad (OMS 2018). Este cuidado debe ser prioritario, y es definido por Durán de Villalobos como una disciplina de formación sistemática, rigurosa y especializada en los ámbitos del saber, hacer y ser, que asegure a los sujetos de cuidado la más alta calidad, en donde los profesionales enfermeros se responsabilicen del cuidado como un bien profesional que enriquezca la disciplina, y que fortalezca la comunicación con el paciente (2007). En el año 2004 la OMS identificó la comunicación usuario-enfermero como un área de riesgo dentro del servicio de hospitalización. En cuanto a Parra- Malvarez, aseveran que debe utilizarse con el objetivo de lograr un mejoramiento continuo de la actitud de los profesionales, para aumentar la satisfacción por parte de los pacientes, mejorando la efectividad terapéutica, la adherencia al tratamiento prescrito y por consiguiente, el mejor resultado clínico (2019). Se considera que esta comunicación ocupa un lugar prioritario en el ejercicio de la práctica profesional, en el día a día, siendo el eje del cual dependen la correcta asistencia, basados en el ejercicio de comprender lo que el sujeto de cuidado está pensando o sintiendo. Estos profesionales están llamados a responder con sensibilidad al sufrimiento del otro y a actuar enfocándose, particularmente, en el alivio y el beneficio del paciente (Müggenburg, Riveros R. 2012). En lo que respecta al cuidado de enfermería, la calidad es la palabra clave, a partir de ahí, se puede comparar, y evaluar la eficacia y eficiencia de los mismos, para así poder establecer o crear mejoras en la prestación de servicios en salud. Evaluar la calidad de atención recibida favorece la prestación de un servicio efectivo, oportuno y seguro por parte del personal de enfermería. Dicha eficacia está ligada a los estándares definidos para toda práctica profesional que resguarde la atención correcta de las personas asistidas en su cuidado, el cual, para Ariza (2015), “es el conjunto de funciones fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico-científico, orientada a comprender al otro en el entorno en el que se desenvuelve. La eficiencia interviene de una forma importante en la prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud-enfermedad”; por ello, su calidad cobra importancia y motiva su búsqueda permanente. Por esa

razón, Pérez (2008), sostiene que el sujeto de cuidado, es la persona portadora de una dolencia que demanda un proceso de atención ya que manifiesta su malestar, pero al mismo tiempo, un sujeto no es solamente una persona, también puede ser una familia o comunidad, que requiere de satisfacción con los cuidados de enfermería, cuidados que según Madeleine Leininger (2002), son una necesidad humana esencial: “el cuidado es la esencia de enfermería y un centro de atención característico, dominante, básico y unificador”; un modo de lograr salud, bienestar y la conservación de las culturas y de la civilización que se sustenta en una relación de interacción humana y social que caracteriza su naturaleza como objeto. Por su parte, Ware y Snyder (1983), consideran que la satisfacción del paciente está dada por la accesibilidad al servicio, la disponibilidad de los recursos, la continuidad y eficacia de los cuidados, la humanización, la prestación y acceso de información al paciente, las competencias del profesional de salud y el ambiente favorable para brindar los cuidados requeridos. En cambio, Melun y Senioris (1993), consideran que las quejas y los requerimientos de los usuarios permiten que los proveedores de los servicios definan los estándares de calidad adecuados para cada servicio; mientras que Irvine y Sidani (1998), manifiestan que la satisfacción está dada por la relación enfermera-paciente y la percepción del paciente con los cuidados recibidos. En tanto se consensúa con Pascoe (1983), quien establece que la calidad de atención es la apreciación personal del servicio recibido, desde patrones subjetivos de orden cognitivo y afectivo que están determinados por la comparación entre la experiencia vivida y los criterios subjetivos del usuario.

Por otra parte, se decidió incluir en la presente investigación la variable edad de los participantes del estudio, debido a que el envejecimiento de la población trabajadora puede ser un factor que influye en las respuestas adaptativas de los sujetos frente a la exposición a los FRPs, En este sentido, la OIT en su Recomendación No 162, establece la necesidad de que las organizaciones analicen esta problemática, con el objeto de identificar los tipos de actividad en las que el proceso de envejecimiento pueda ser más rápido, o que los trabajadores de edad encuentren dificultades de adaptación en las exigencias de su labor, para determinar las causas y plantear soluciones convenientes y realizar los cambios necesarios para mejorar el bienestar de los trabajadores de un rango etáreo elevado.

En base a todo lo expuesto anteriormente, considero acorde posicionarme desde las teorías de Sor Callista Roy, la autora, nacida el 14 de Octubre de 1939, en Los Ángeles (California), quien analizó la gran capacidad de recuperación y adaptación de los niños a cambios físicos y psicológicos importantes; impactada por dicho fenómeno, hasta el punto de considerarlo como un

marco conceptual adecuado para la enfermería, desarrolló los conceptos básicos mientras aún estudiaba (1964/66) y lo presentó por primera vez en 1970 en un artículo publicado en la *Nursing Outlook*, titulado «Adaptation: A Conceptual Framework for Nursing» (Roy, 1970). En 1987, ocupó el puesto de enfermera teórica, en el Boston College School of Nursing, desde entonces, ha publicado un gran número de libros, capítulos y artículos periódicamente, centrados en su *Teoría enfermera de la adaptación*. En el origen del modelo de Roy para la enfermería se puede identificar la mención que hace del trabajo de Harry Helson sobre psicofísica, abarcando desde las Ciencias Sociales hasta las de la conducta humana. Helson, fundamenta que las respuestas de adaptación son una función del estímulo recibido y del nivel de adaptación de cada individuo. Dicho estímulo es un factor que provoca una respuesta, estableciendo que pueden surgir tanto del entorno interno como del externo.

La autora establece que el nivel de adaptación está compuesto por el efecto combinatorio de tres tipos de estímulos: *Focales*, los que se presentan ante el individuo, *Contextuales*, que son el resto de los estímulos presentes que contribuyen en el efecto de los estímulos focales, y por último los *Residuales*, factores del entorno cuyo efecto no queda muy claro en una situación determinada. A través de este trabajo, Helson desplegó el concepto de *la zona del nivel de adaptación*, determinando si un estímulo provocará una respuesta positiva o negativa, marcando así, que la adaptación es el proceso de responder de forma positiva ante cambios en el entorno. En consecuencia de la combinación del trabajo de Helson con la definición de sistema que dió Rapoport, sería la base que mostraría a la persona como un sistema de adaptación. En *Introduction to Nursing: An Adaptation Model* (1976a), Roy fue tomando de los modos de adaptación, del auto concepto y de la identificación con un grupo social. Roy et al. citaron el trabajo de Coombs y de Snygg sobre la constancia del individuo y sobre los factores que más influyen en la autoestima (Roy, 1984). A continuación haremos un rápido recorrido por éstos, comenzando con los problemas de adaptación, detallados como determinadas áreas amplias de interés que están relacionadas, las cuales describen las dificultades que presentan los indicadores de la adaptación positiva (Roy y Andrews, 1999). Los autores establecen que puede observarse la distinción entre los problemas de adaptación y los diagnósticos enfermeros, basada en el trabajo que se está desarrollando en ambos campos. Por consiguiente, los problemas no se ven como diagnósticos enfermeros sino como áreas de interés de las enfermeras en relación con la persona o grupo que se tiene que adaptar (en cada uno de los modos de adaptación) (p. 89-90); en lo que respecta al estímulo focal, habla del estímulo interno o externo más inmediato al que se enfrenta el sistema

humano. A su vez, en relación a los estímulos contextuales establece que son otros estímulos, presentes en la situación y que contribuyen al efecto que origina el estímulo focal (p. 31), a saber; los estímulos contextuales hacen referencia a todos los factores del entorno que se le presentan a la persona, tanto de modo interno como de modo externo, aunque no ocupan el centro de atención de la persona ni de la energía (p. 9). En torno a estas teorías, surge la de los problemas de adaptación, delimitando las áreas amplias de interés que están relacionadas, las cuales describen las dificultades que presentan los indicadores de la adaptación positiva (p. 65). Roy (1984), establece que también puede observarse la distinción entre los problemas de adaptación y los diagnósticos enfermeros, basada en el trabajo que se está desarrollando en ambos campos. También se consensua con Roy y Andrews (1999) en que los procesos de afrontamiento son modos innatos o adquiridos de actuar ante los cambios producidos en el entorno (p. 31). Muchas veces, los modos adquiridos se crean por medio de métodos, como el aprendizaje; de igual manera, las experiencias vividas contribuyen a presentar reacciones habituales ante estímulos particulares (p. 46). Uno de estos procesos de afrontamiento es el *subsistema relacionador*, el cual se considera muy importante ya que en él entran en juego cuatro canales cognitivos y emotivos: el canal perceptivo y de procesamiento de la información, el aprendizaje, el juicio personal y las emociones. (p 31); mediante esto, se establece que el modo de *adaptación del auto concepto de grupo* es uno de los tres modos de adaptación psicosociales y se centra, particularmente, en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano. La necesidad básica en la que subyace es *la autoestima del individuo*, se ha identificado como la integridad física y espiritual, o como la necesidad de saber quién es uno mismo para poder existir bajo un sentido de unidad, significado y finalidad en el universo. Asimismo, el *autoconcepto* puede definirse como el conjunto de creencias y sentimientos que uno tiene de y hacia sí mismo en un momento determinado; se forma por la percepción interna y por la percepción de las reacciones de los demás individuos (p. 107). Puede desglosarse en componentes, el YO físico, que engloba las sensaciones y el aspecto del cuerpo y el YO de la persona, que está formado por la constancia, los valores o expectativas, la moral, la ética y la espiritualidad del Ser. Por otra parte, el modo del autoconcepto de *identidad de grupo* se compone de las relaciones interpersonales, la imagen que se tiene del grupo, el entorno social y la cultura. Una de sus necesidades básicas es la *integridad de la identidad* (p. 108).

En lo que respecta al *modo de adaptación de función del rol*, podemos decir, que es uno de los dos modos de adaptación social; se centra en el papel que tiene la persona en la sociedad, interpretado como la unidad de funcionamiento de la sociedad, se describe como el conjunto de

expectativas que se tienen del comportamiento de una persona que ocupa una posición hacia otra persona que ocupa otra posición. Se ha identificado como necesidad básica subyacente, la *integridad social*, en otras palabras, la necesidad que se tiene de saber quién es uno mismo con respecto a los demás, para así saber cómo actuar en relación al entorno (Hill & Roberts, 1981, pp. 109- 110); concepto estrechamente relacionado a las necesidades psicológicas de pertenencia, seguridad en las relaciones, autoestima y autoconocimiento, de la teoría de Maslow ya mencionada.

Para Andrews (1991) esta interacción en las personas se efectúa a través de roles, donde desempeñan papeles primarios, secundarios y terciarios. El rol primario determina la gran mayoría de los comportamientos que tiene una persona en un período particular de su vida. Está determinado por la edad, el sexo y la fase de desarrollo (p. 349). Los roles secundarios son los que asume la persona para completar la tarea relacionada con una fase en desarrollo y el papel primario (p. 349). Los roles terciarios están relacionados con los secundarios y representan las distintas maneras en que los individuos cumplen con las obligaciones que su papel acarrea. Normalmente, están de forma provisional en la naturaleza, el individuo los escoge libremente (p. 349). Estos papeles se llevan a cabo gracias al comportamiento instrumental, que es la ejecución física real de un comportamiento (p. 348) y al comportamiento expresivo, que se compone de los sentimientos, actitudes, gustos y manías que tiene una persona hacia su papel o hacia el desempeño de su papel (p. 348). Esto conlleva el *modo de adaptación de la interdependencia*, el cual se centra en las relaciones cercanas de las personas, ya sea como individuos o como parte de un colectivo, en su finalidad, estructura y desarrollo. Para Roy & Andrews (1999), en su libro más reciente, las relaciones dependientes entre sí afectan al deseo y a la capacidad de dar a los demás y de recibir de ellos aspectos de todo lo que uno puede ofrecer, como es amor, respeto, valores, educación, conocimientos, habilidad, responsabilidades, bienes materiales, tiempo y talento. También definieron con más detalle el concepto de adaptación para que pudiese aplicarse en el siglo XXI. Delimitaron que la *adaptación* se refiere al proceso y al resultado por los que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo; son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno (p. 30). Más allá de ser un sistema humano que simplemente lucha para responder ante los estímulos que envía el entorno para así mantener su integridad, se trata de que cada vida humana tiene una función en un universo creador y las personas no se pueden separar de su entorno.

En concreto, y de acuerdo con su modelo, Roy (1984) define la enfermería como “la ciencia

y la práctica que amplía la capacidad de adaptación y mejora la transformación del entorno”. Como ciencia, es un sistema de desarrollo del conocimiento acerca de las personas que observa, clasifica y relaciona los procesos con los que las personas influyen de manera positiva en su estado de salud (p. 3-4), mientras que, como disciplina práctica es el cuerpo científico del saber de la enfermería que se usa para ofrecer un servicio vital a las personas, fomentando la capacidad de influir en la salud de manera positiva (p. 3-4). Roy y Andrews (1999) consideran que, como sistema adaptable, el sistema humano se define como un sistema holístico, como un todo, con partes que funcionan como una sola unidad para un propósito en concreto. Los sistemas humanos comprenden a las personas como individuos y como grupos, incluidas familia, organizaciones, comunidades y sociedad en general (p. 31). Consensuando con los autores, se puede decir que los sistemas humanos tienen capacidad para pensar y para sentir, y se basan en la conciencia y en el significado, por los que se ajustan de manera adecuada a los cambios que se producen en el entorno, a su vez, influyendo en éste (p 36). Se describe a la persona como: el foco principal de la enfermería; el receptor de la asistencia que ofrecen estas profesiones; un sistema de adaptación complejo y vivo compuesto por procesos internos, relacionadores y reguladores, que actúa para mantener la capacidad de adaptación en los cuatro modos de vida (el fisiológico, la autoestima, la función del rol y la interdependencia). A su vez, es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para adaptarse (Andrews y Roy, 1991, p. 18). No obstante, un cambio en el entorno requiere un aumento de la energía para, así, conseguir adaptarse a la nueva situación. Esta reacción puede ser eficaz o puede no serlo. Las respuestas de adaptación eficaces son las que fomentan la integridad y ayudan a la persona a conseguir el objetivo de adaptarse, es decir, la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el control sobre las cosas y las transformaciones que sufre la persona y el entorno. Las respuestas ineficaces son las que no consiguen o amenazan los objetivos de adaptación. La enfermería tiene como único propósito ayudar a las personas en su esfuerzo por adaptarse a tener bajo control el entorno. El resultado de esto es la consecución de un óptimo nivel de bienestar para la persona (Roy y Roberts, 1981). Todo esto debe alcanzarse con la percepción de la persona, que enlaza el regulador con el relacionador y esa entrada de información en el regulador se transforma en percepciones, un proceso propio del relacionador. Las reacciones que suceden a la percepción son un retorno al relacionador y al regulador (Galligan, 1979, p. 67). Se manifiestan mediante el rol que describe las expectativas que se tienen de cómo actuará un individuo frente a otro, surge del modo de adaptación de la interdependencia, trata sobre las interacciones de la gente en la sociedad. La principal labor del modo de adaptación de la

interdependencia en las personas es dar y recibir amor, respeto y valores. Los componentes más importantes del modo de adaptación de la interdependencia son las personas más allegadas (pareja, hijos, amigos y Dios) y su sistema de apoyo social. Los conceptos del meta paradigma (persona, entorno, enfermería y salud) del modelo de adaptación de Roy están claramente definidos y son coherentes.

La práctica profesional el modelo de Roy es muy útil, puesto que pone en relieve las características de la disciplina y guía la práctica, la formación y la investigación. En el modelo se toman en consideración los objetivos, los valores, las intervenciones del profesional y al paciente Roy (2014).

Material y Métodos

Tipo de Estudio

Se llevará a cabo un estudio de abordaje metodológico cuantitativo, de tipo descriptivo, observacional, transversal y prospectivo. La elección del abordaje cuantitativo implicará la formulación del problema, donde se determinarán las variables en estudio y la operacionalización de las mismas, se plantearán los objetivos y se realizará una revisión exhaustiva de la literatura para determinar qué se sabe acerca de ese tema y hasta donde han llegado los estudios previos; se construirá un marco teórico a partir del cual surgirán las hipótesis, las mismas serán sometidas a prueba a través del desarrollo de un diseño de investigación apropiado, según lo que menciona Hernández Sampieri (2014). Será Observacional, porque no existirá manipulación de las variables independientes para ver su efecto en las variables dependientes, por lo tanto, se observarán los fenómenos en su contexto natural para analizarlos (Hernández Sampieri, Méndez Valencia, & Mendoza Torres, 2014, p. 152). Además, será Descriptivo ya que describirá la incidencia que tendrán sobre la población las variables definidas para el estudio (Hernández Sampieri et al. p. 155-156). También, de corte Transversal, porque se recolectarán los datos en un solo momento, “el propósito es describir las variables en un momento dado” (p. 154-155). Finalmente, será prospectivo ya que se registrará la información según vayan ocurriendo los fenómenos. Hernández Sampieri (2014).

Sitio y contexto

Para la selección del sitio y el contexto se realizó un relevamiento de datos, el cual es el primer control de validez interna. El mismo se llevó a cabo debido a que no pudo realizarse una convalidación de sitio, puesto que el efector en cuestión es el único que contiene todas las particularidades mencionadas y esto hace que sea imposible hacer comparaciones objetivas con otros los efectores de similares características, que si bien poseen salas de guardia y atienden emergencias, no alcanzan la misma complejidad. El Hospital es un efector público de 3° nivel de complejidad por su alta tecnología e infraestructura, dependiente de la Secretaría de Salud Pública, Municipal, estructurado para cuidar y dar respuestas efectivas a las necesidades de salud de la población. Es un hospital general de adultos, las patologías de los usuarios son agudas, y en menor proporción crónicas. Las consultas de emergencia más comunes son: Enfermedad Cardiovascular,

Politraumatismos, Crisis Asmáticas, Neumonías, Dolor Abdominal, Sangrado Digestivo (Altos y Bajos), Descompensación del Paciente Diabético, Pielonefritis, ACV, Lumbalgias, Deshidratación. Funciona como centro de emergencias y trauma de alta complejidad, con capacidad de resolución de cuadros traumáticos y no traumáticos y de patologías agudas clínico-quirúrgicas. Cabe destacar que el helipuerto lo convierte en referente de todo tipo de poli traumas de rutas cercanas.

Dicha institución cumple con los criterios de elegibilidad ya que en ella se encuentran presentes las variables de estudio; además posee las unidades de análisis necesarias para el desarrollo del mismo y el espacio es el adecuado para la recolección de los datos habiendo obtenido los permisos institucionales pertinentes.

En el Anexo I se podrá encontrar el instrumento utilizado para recoger los datos del estudio exploratorio, exponiendo en el Anexo III los resultados de la guía de relevamiento.

Población y muestra

Para llevar a cabo el estudio, se seleccionaron dos poblaciones, la primera, estará conformada aproximadamente por 21 enfermeros que integran el sector de internación B1. La segunda población por los pacientes que se encuentren hospitalizados, durante el período en que se llevará a cabo la recolección de datos, partiendo de una población total aproximada de 336 pacientes, el cálculo se realizó a partir de los datos obtenidos del estudio exploratorio.

Se realizará un muestreo probabilístico al azar simple, en ambas poblaciones, permitiendo un margen de error del 5% y un nivel de confianza de 95%. Por lo cual se tomará una muestra de 20 enfermeros y un total de 180 pacientes hospitalizados los cuales formarán parte del estudio. Las unidades de análisis serán cada uno de los enfermeros del sector y cada uno de los pacientes hospitalizados que como segundo control de validez interna cumplan con los siguientes criterios de inclusión/ exclusión.

Criterios de inclusión:

- Personal de enfermería de ambos sexos, que realice tarea asistencial.
- Poseer una antigüedad laboral en el sector mayor a un año.
- Pacientes con hospitalización mínima de 2 días de estadía.

- Pacientes Mayores de 18 años.

Criterios de exclusión:

- Personal con antecedentes de parte médico por salud mental.
- Personal de enfermería que se encuentre realizando guardia ocasional en el servicio.
- Pacientes con dificultad para leer y/o escribir o con deterioro cognitivo.
- Pacientes bajo efectos de sedoanalgesia.

Se tendrán en cuenta las verificaciones pertinentes sobre la población mencionada, a través de los controles de Validez Interna, como la mortalidad, tomando la posible amenaza de que parte de las unidades de análisis seleccionadas abandonen el estudio o se rehúsen a participar; por lo tanto, será necesario y pertinente contar con un margen mayor de unidades de análisis que las previstas. Como así también se considerará la presencia de variables extrañas o enmascaradas, como sería el tiempo de internación, el cual podría influir en la maduración, una fuente de invalidación interna, ya que probablemente a menor tiempo de internación menor intersección con el personal de enfermería. Por último, la difusión del tratamiento, se buscará que los pacientes hospitalizados participantes no se comuniquen entre sí, ya que puede afectar los resultados, se buscará mantenerlos separados.

En cuanto a la validez externa, la cual tiene que ver con cuán generalizables son los resultados de la investigación, los mismos sólo serán generalizables a las poblaciones en estudio.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Operacionalización de las variables:

- **Factores de riesgos psicosociales:** cualitativa compleja- independiente- ordinal.
- **Calidad de atención recibida:** cualitativa compleja- dependiente- Ordinal.
- **Sexo:** cualitativa simple- independiente- Nominal.
- **Edad:** cuantitativa continua-independiente- Razón.

Factores de Riesgos Psicosociales: Cualitativa compleja- independiente. Nivel de medición ordinal.

Definición Conceptual: Los factores de riesgos psicosociales son las interacciones entre el medio ambiente de trabajo, el contenido del trabajo, las condiciones de organización y las capacidades, necesidades, cultura del trabajador, y consideraciones personales externas al trabajo que puedan, en función de las percepciones y la experiencia, tener influencia en la salud, rendimiento del trabajo y satisfacción laboral.

Dimensión 1: Exigencias psicológicas:

Indicadores

¿Puede hacer su trabajo con tranquilidad y tenerlo al día?

En su trabajo, ¿tiene usted que tomar decisiones difíciles?

En general, ¿considera usted que su trabajo le produce desgaste emocional?

En su labor, ¿tiene usted que guardar sus emociones y no expresarlas?

¿Su trabajo requiere atención constante?

Dimensión 2: Trabajo activo y posibilidad de desarrollo

Indicadores

¿Tiene Ud. influencia sobre la cantidad de trabajo que se le asigna?

¿Puede dejar su trabajo un momento para conversar con un compañero/a?

¿Su trabajo le permite aprender cosas nuevas?

¿Las tareas que hace le parecen importantes?

¿Siente que la institución tiene una gran importancia para usted?

Dimensión 3: Apoyo social de la empresa y calidad de liderazgo:

Indicadores

¿Sabe usted exactamente qué tareas son de su responsabilidad?

¿Tiene que hacer tareas que usted cree que deberían hacerse de otra manera?

¿Recibe ayuda/apoyo de su superior inmediato?

Entre compañeros ¿se ayudan en el trabajo?

Sus jefes inmediatos, ¿resuelven bien los conflictos?

Dimensión 4: Compensaciones:

Indicadores

¿Está preocupado/a por si lo despiden o no le renuevan el contrato?

¿Está preocupado/a por si le cambian de tareas contra su voluntad?

¿Sus superiores le dan el reconocimiento que merece?

Dimensión 5: Doble presencia:

Indicadores

Cuando está en el trabajo, ¿piensa en las exigencias domésticas y familiares?

¿Hay situaciones en las que siente que debería estar en la casa y no en el trabajo? (Cuidar un hijo enfermo, por accidente de algún familiar, cuidado de padres o abuelos, etc.).

Calidad de atención recibida: Cualitativa compleja- dependiente. Nivel de medición Ordinal.

Definición conceptual: es la atención sanitaria óptima que se brinda hacia los sujetos de atención, logrando el mejor resultado con el mínimo riesgo iatrogénico, para la máxima satisfacción del sujeto en su proceso de salud- enfermedad.

Dimensión 1: Experiencia con los cuidados de enfermería brindados:

Indicadores

¿Es fácil relacionarse con la enfermera?

¿La enfermera le informa suficiente sobre su tratamiento?

¿La enfermera tarda mucho tiempo en llegar cuando las llama?

¿Piensa que no tiene interés en su persona?

¿Siente que no saben lo que está padeciendo?

A pesar de lo ocupada que está la enfermera, ¿busca tiempo para Ud.?

¿Pasa tiempo apoyándolo?

- ¿La enfermera le visita regularmente para asegurarse de que esté bien?
- ¿La enfermera le explica lo que le está pasando?
- ¿La enfermera sabe qué hacer sin depender de los médicos?
- ¿Se asegura que los pacientes tengan intimidad, dentro de las posibilidades?
- ¿Tienen tiempo para sentarse y hablar con Ud.?
- ¿Los médicos y las enfermeras trabajaban juntos como un equipo?
- Había un buen ambiente en el servicio gracias a las enfermeras

Dimensión 2: Satisfacción con los cuidados de enfermería:

Indicadores

- ¿Cómo se siente usted con respecto a la cantidad de tiempo que la enfermera pasa con usted?
- ¿Qué piensa en relación a la cantidad de información que la enfermera le da acerca de su situación y tratamiento?
- ¿Y con respecto a la rapidez con que acude cuando la llama?
- ¿Qué piensa sobre la amabilidad de la enfermera para con Ud.?
- ¿Comprende la manera en que la enfermera le explica las cosas que Ud. pregunta?
- ¿Está conforme con la forma cómo la enfermera informa a su familia?
- ¿Cómo percibe el trato que recibe de la enfermera hacia su persona?
- ¿Siente que la enfermera escucha sus preocupaciones?
- ¿Piensa que la enfermera tiene conciencia sobre sus necesidades?

Sexo: Cualitativa Simple. Independiente. Nivel de medición Nominal.

Indicadores

F: M:

Edad: Cuantitativa Continua- Independiente. Nivel de medición Razón.

Indicadores

Edad según refiere el encuestado.

Los datos serán obtenidos mediante la técnica de encuesta utilizando dos instrumentos ya validados que serán reestructurados al interés del investigador.

Para medir la variable **Factores de riesgos psicosociales** se utilizará el Cuestionario Suseso/Istas21 versión breve, validado por la Superintendencia de Seguridad Social, en conjunto con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y la participación del Instituto de Salud Pública y la Dirección del Trabajo entre los años 2007 y 2009. Es la adaptación y validación del Cuestionario COPSOQ-ISTAS2. Este instrumento permite la evaluación y medición de los riesgos psicosociales en el trabajo.

La versión breve fue construida a partir de las preguntas de mayor relevancia estadística (explicaban la mayor proporción de la varianza) de cada una de las dimensiones; consta de dos partes: una sección general que contiene preguntas sobre datos: sexo y edad y la sección específica de riesgo psicosocial, que se conforma por una escala de tipo Likert, la cual constará de 20 ítems con cinco opciones de respuesta cada uno (0 a 4) en dirección desfavorable, donde el mayor puntaje, indicaría mayor riesgo psicosocial. 0=Siempre ,1=La mayoría de las veces, 2= Algunas veces, 3=Sólo unas pocas veces, 4=Nunca.

Los primeros cinco ítems representarán los indicadores de la dimensión Exigencias psicológicas, los siguientes cinco ítems representarán a la dimensión Trabajo activo y posibilidad de desarrollo, le siguen otros cinco ítems que representarán la dimensión Apoyo social de la empresa y Calidad de liderazgo, luego tres ítems que representan la dimensión Compensaciones y los últimos dos ítem que representarán los indicadores de la dimensión Doble presencia.

Para medir la variable **Calidad de atención recibida** se utilizará el Cuestionario de Calidad de Atención de Enfermería (CUCACE) versión en castellano del The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales (NSNS), la cual fue validada por Rosario Alonso, Manuel Ángel Blanco-Ramos y Pilar Gayoso en el año 2005 en España. Originalmente, en la versión en castellano, está dividido en tres partes, las cuales son las categorías estudiadas:

Experiencias con los cuidados de enfermería (primera parte), constituida por 26 preguntas, 15 formuladas en sentido positivo y 11 en sentido negativo. Las respuestas se recogen en una escala tipo Likert de 7 opciones en dirección favorable.

Satisfacción con los cuidados de enfermería (segunda parte), consta de 18 preguntas, con una respuesta tipo Likert de 5 opciones, también en sentido positivo.

El instrumento se modificó y adaptó al interés del investigador, en primer lugar, para que el cuestionario no sea demasiado extenso y así evitar sesgos en las respuestas dadas por los encuestados; y en segundo lugar para permitir obtener fehacientemente los datos requeridos para el estudio de la problemática. De esta manera quedará constituido por 25 preguntas en total.

La primera parte, titulada **Experiencia con los cuidados de enfermería**, de las 26 preguntas que contenía la versión original, se eligieron 14 preguntas más relevantes para el estudio, y las respuestas se recogerán en una escala tipo Likert de 7 opciones en dirección favorable.

1=Completamente en desacuerdo, 2=Muy en desacuerdo, 3=Un poco en desacuerdo, 4=Ni de acuerdo Ni en desacuerdo, 5=Un poco de acuerdo ,6=Muy de acuerdo, 7=Completamente de acuerdo.

La segunda parte, titulada **Satisfacción con los cuidados de enfermería**, del mismo modo, de las 19 preguntas que contenía la versión original, se eligieron 9 preguntas más relevantes para el estudio, con respuestas de tipo Likert de 5 opciones cada una en dirección favorable.

1=Nada satisfecho, 2=Poco satisfecho, 3=Bastante satisfecho, 4=Muy satisfecho, 5=Completamente satisfecho.

Con respecto a la tercera parte, se recogerán los datos edad y sexo como datos puros, también días de estadía en el hospital. Cada uno de los instrumentos tendrá una introducción donde se mostrarán los objetivos del estudio y la aclaración de la solicitud de participación voluntaria y de carácter anónimo, y se indicará cómo responder a las preguntas. En el Anexo II se podrán encontrar los instrumentos utilizados.

Cuidados éticos y controles de validez interna en la recolección de los datos

El rigor ético del estudio estará orientado por la ley 25.326 promulgada en el año 2000, la cual se encarga de regular todos los aspectos que conciernen a la protección de datos en investigaciones y por los siguientes principios bioéticos:

Autonomía/ Respeto a la dignidad humana: se contará con una participación totalmente voluntaria de los pacientes y se harán firmar los consentimientos informados necesarios para su participación, sin coerción o influencia indebida. De este modo se les brindará toda la información necesaria y pertinente sobre el estudio en el que participarán.

Beneficencia/ No maleficencia: los enunciados del cuestionario no producirán daños psicológicos y/o emocionales a los participantes del estudio; así mismo, la información será confidencial. De igual modo se establecerá un ambiente de total confianza y seguridad para que su participación sea óptima.

Justicia: se brindará un trato justo a cada paciente participante, no se hará discriminación alguna, y se les asegurará que los datos obtenidos serán totalmente confidenciales y utilizados solo con fines académicos e investigativos.

Se solicitará la aprobación y permiso de ejecución a la Dirección del hospital. Luego, se coordinará con la jefatura de enfermería para hacerle conocer la finalidad del estudio, las fechas de ejecución y pedir permiso para acceder a la identificación de los participantes al estudio.

Se visitará a ambas poblaciones seleccionadas para participar del estudio con la finalidad de informarles sobre el objetivo y propósito del proyecto. Se les entregará el consentimiento informado, confirmándoles su participación libre y voluntaria en el estudio, que sus respuestas serán de carácter anónimo y los resultados obtenidos serán totalmente confidenciales.

Se iniciará la recolección de los datos aplicando el cuestionario Suseso/Istas21 destinado a la población de enfermeros, se les otorgará un tiempo aproximado de 20 minutos, el mismo se aplicará durante un período de 7 a 10 días para asegurar que el cuestionario sea contestado por la dotación total de enfermeros. Luego, se comenzará con la aplicación del cuestionario CUCACE, destinado a la población de pacientes, del mismo modo, se les otorgará un tiempo aproximado de 30 minutos y se les brindará acompañamiento, por si surgieran dudas.

La aplicación de ambos instrumentos se llevará a cabo con privacidad asegurando un ambiente confiable y seguro, para de este modo, garantizar la concentración de los participantes al contestar las preguntas, despejando cualquier inquietud, considerando en todo momento los principios éticos, informándoles que pueden dejar de contestar o retirarse en cualquier momento si se sintieran incómodos o inseguros. Por último, con el fin de establecer la pertinencia de los instrumentos de recolección de datos, es decir, para verificar si todos los aspectos o ítems son claros, si pueden ser correctamente interpretados por los participantes, y si pueden aplicarse de manera óptima o deberían tener modificaciones, se aplicó una prueba piloto, tercer control de validez interna (Anexo IV) en poblaciones similares a la población en estudio, con mismas características, y en condiciones ambientales semejantes; las pruebas fueron equivalentes entre sí y confiables, sin arrojar sesgos en los resultados.

Personal a cargo de la recolección de datos

Para la tarea de recolección de datos no se requerirá de la colaboración de personas ajenas, será el investigador quien recolectará los mismos.

Plan de análisis:

Se realizará un análisis bivariado y se aplicará estadística descriptiva, representando los resultados en gráficos para una exposición más clara, una descripción cuantitativa de los mismos recabados de ambas poblaciones. Los datos se ordenarán y se agrupará según dimensiones correspondientes en tablas. Posteriormente se codificarán, estableciendo un índice para cada una en particular. El programa de análisis de datos cuantitativos, que se utilizará para el almacenamiento y análisis de los mismos, será el programa EPIDAT.

Para ambas variables se utilizarán escalas de medición, cada una con un valor numérico que permitirá su cuantificación y posterior análisis e interpretación.

Reconstrucción de las variables

Para la variable **Factores de Riesgos Psicosociales** el mínimo puntaje que se puede obtener es 0 y el máximo puntaje sumado el total es de 80, donde 0 equivale a riesgo psicosocial bajo y 80 equivale a riesgo psicosocial alto.

A la vez se analizarán los puntajes por dimensión realizando la sumatoria simple de los puntos totales, obteniendo así, el puntaje de cada dimensión y se pondrán en una escala donde **Exigencias psicológicas** de 0 a 8 indica riesgo bajo, de 9 a 11 riesgo medio y de 12 a 20 indica riesgo alto, de la misma manera con las dimensiones **Trabajo activo y desarrollo de habilidades** de 0 a 5, de 6 a 8 y de 9 a 20, en la dimensión **Apoyo social y Calidad de liderazgo** los niveles serán de 0 a 3, de 4 a 6 y de 7 a 20, las **Compensaciones** serán medidas de 0 a 2, de 3 a 5 y de 6 a 12, por último, la dimensión **Doble presencia** será de 0 a 1, de 2 a 3 y de 4 a 8, siempre manteniendo el orden de riesgo bajo, riesgo medio, riesgo alto.

Para la variable **Calidad de atención recibida** se analizará cada dimensión por separado:

Dimensión experiencia con los cuidados, se realizará una categorización, de 0 -6 en la que **0** es completamente en desacuerdo, **1** muy en desacuerdo, **2** un poco en desacuerdo, **3** ni de acuerdo ni en desacuerdo, **4** un poco en acuerdo, **5** muy de acuerdo y **6** completamente de acuerdo, y en base a esto se sub divide en tres categorías donde 0-1-2 es negativo, 3 neutro y 4-5-6 es positivo.

Dimensión **Satisfacción con los cuidados**, al igual que la dimensión anterior la puntuación de 0-4, en la que **0** es nada satisfecho, **1** poco satisfecho, **2** bastante satisfecho, **3** muy satisfecho y **4** completamente satisfecho, y se subdividió en tres categorías donde 0-1 es negativo, 2 neutro y 3-4 es positivo.

Para las variables cuantitativas sexo y edad, se aplicará como medida de tendencia central la media, se presentarán en tablas y gráficos de torta.

Plan de trabajo y Cronograma

Actividades	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero/Febr. 2023
Recolección de los datos							
Tabulación de los datos							
Análisis e interpretación de datos							
Definición de conclusiones							
Redacción del informe final							

Bibliografía

- Añez Hernández, C. (2016). Flexibilidad laboral: ¿fin del trabajo permanente? Talos: Rev. Estud. Interdisc. Cien. Soc. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5655392>
- Ariza C; Daza R. (2015). *Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado en un hospital de tercer nivel en Bogotá*. Actual. enferm. <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria8305-calidad.htm>
- Badillo Ortega, S.J.; Caravajal Cortés, P.F.; Rueda Samacá, K.D.S.; Sierra Escobar, V. (2018). *Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados en Bucaramanga*. Facultad de Enfermería de Bucaramanga. Universidad Cooperativa de Colombia. <https://drive.google.com/file/d/1oearsUMZZ7HEBS3eGvTNbQInQECLey0g/view?usp=drivesdk>
- Bandrés Moya, F. (2021). *Definición de Salud*. Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. Cátedra de Derecho y Genoma Humano, dirigida por Carlos María Romeo Casabona. <https://enciclopedia-bioderecho.com/voces/286>
- Barrera Méndez, J.A. (2021). *La agresividad, conceptos y teorías*. Revista Psicoactiva, Psicología, test y ocio inteligente. <https://www.psicoactiva.com/blog/la-agresividad/>
- Burgos, J.M. (2003). *Antropología: una guía para la existencia*. Ediciones Palabra, SA, Madrid.
- Candia, M.T.; Pérez Franco, J.M. (2020). *Manual del Método del Cuestionario SUSES/ISTAS21*. Versiones completa y breve. Superintendencia de Seguridad Social; Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo; Unidad de Prevención y Vigilancia. <https://docs.google.com/document/d/1-LE9auuJZuKUVtR66yVfz70x4uX0fJZDdgzvYN7138o/edit?usp=drivesdk>
- Canepa, C.D. (2010). *Actividad Laboral y Carga Mental de Trabajo*. Ciencia & Trabajo. https://www.u-cursos.cl/facso/2011/1/PSI-EC/1/material_docente/bajar?id_material=574205
- Cano Vindel, A. (2002). *La naturaleza del estrés*. SEAS, Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. Madrid. https://webs.ucm.es/info/seas/estres_lab/el_estres.htm
- Carrillo García, C.; Ríos Rísquez, M.I.; Escudero Fernández, L.; Martínez Roche, M.E. (2018). *Factores de estrés laboral en el personal de enfermería hospitalario del equipo volante según el modelo de demanda-control-apoyo*. Enfermería Global. Universidad de Murcia. <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/277251>

Cebey, Carolina M.; Ferrari, Liliana E. (2016). *Violencia laboral en organizaciones públicas y privadas: percepciones y significaciones*. Anuario de Investigaciones, XXIII, 55-65. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369152696005.pdf>

Cossio, S.; Monier, S.; Reyna, E. (2010). *Consecuencias del trabajo nocturno en las relaciones familiares, laborales, personales y de pareja en las enfermeras*. Informe de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Enfermería en la Universidad Nacional de Córdoba. http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/cossio_selva.pdf

De Roux G. (1994). La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables en el desarrollo de la salud. *Rev. Educación médica y salud*.

Díaz, A.; Feldman, L. (2010). *Validación Preliminar del Cuestionario de Estrés Laboral (Desbalance-Esfuerzo/Recompensa) en una muestra de Trabajadores de la Salud Venezolanos*. Cienc. Trab. Estructplan. <https://estructplan.com.ar/validacion-preliminar-del-cuestionario-de-estres-laboral-desbalance-esfuerzo-recompensa-en-una-muestra-de-trabajadores-de-la-salud-venezolanos/>

Díaz, J.M.; Duque, F. (2003). *La economía de la Doctrina Social de la Iglesia*. IITD. Madrid.

Discapnet. El Portal de las Personas con Discapacidad. *Definición de enfermedad según la OMS*. SALUD. <https://www.discalpnet.es/areas-tematicas/salud/enfermedades#:~:text=Seg%C3%BAn%20la%20OMS%2C%20la%20definici%C3%B3n,es%20m%C3%A1s%20o%20menos%20previsible%E2%80%9D>(Recuperado de la pág., 29/09/21).

Donabedian, A. (1993). *Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención*. Salud Pública de México.

Durán Rodríguez, R.; Rodríguez García, K.; Gomero Piti, R. (2016). *Calidad de atención recibida en el servicio de Cuidados Intensivos Adultos en el Hospital de Baracoa, Guantánamo*. Revista de información científica, vol. 95, núm. 1. Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo. <https://www.redalyc.org/journal/5517/551762874001/html/>

Echeverría Caicedo, K.; Romero Urréa, H.; Sellan Reinoso, G. & Mendez Sanchez, E. (2020). *Estilos de Vida del Profesional Enfermero y su relación en la calidad de atención*. Revista Salud

<https://revistasaludybienestarcolectivo.com/index.php/resbic/article/view/72/47>

Escobar Potes, M.; Mejía Uribe, Á.; & Betancur López, S. (2015). *Cambios en el autocuidado de estudiantes colombianos de Enfermería durante la formación profesional*. Hacia la Promoción de la Salud. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3091/309153664003/index.html>

Gil-Monte, P. (2009). *Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública*. Rev. Española de Salud Pública. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3101846&pid=S0123-4226201700010000400018&lng=en

Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6a edición. McGraw Hill Education. https://periodicooficial.jalisco.gob.mx/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION- ILO-. (2010). *Emerging risks and new patterns of prevention in a changing world of work*. http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/28abril_10_en.pdf (Recuperado de la pág., 29/09/21).

Jiménez, C.; Orozco, M. & Cáliz, N. (2017). *Factores de Riesgo Psicosociales en Auxiliares de Enfermería de un Hospital de la Red Pública en la Ciudad de Bogotá, Colombia*. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-42262017000100004

Kalish, R. A. (1977). *The psychology of human behavior*. 4th ed. Belmont, California. Wadsworth Publishing Co.

Labrague L.J.; McEnroe-Petitte D.M.; Leocadio M.C.; Van Bogart P.; Cummings G.G. (2018). *Stress and ways of coping among nurse managers: An integrative review*. *J Clin Nurs*. Apr; 27(7-8):1346-1359. doi: 10.1111/jocn.14165. Epub 2018 Jan 24. PMID: 29148110. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29148110>

Lain E. (1986) *Antropología médica para clínicos*. Barcelona: Salvat Editores S.A.; p. 179-202. <http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmcfv0f1>

Lenis-Victoria, C. A. & Manrique-Abril, F. G. (2015). *Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados*. Aquichan.

<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3925/3988>

Levi L. (1998). *Factores psicosociales y de organización*. En: Sauter L., Murphy L., Hurrell J., Levi L., editores. *Enciclopedia de la salud en el trabajo*. Vol. 3. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales.

<https://www.insst.es/documents/94886/162520/Cap%C3%ADtulo+34.+Factores+psicosociales+y+de+organizaci%C3%B3n>

López García, J.P.; Méndez Bautista, Z.S. (2021). *Factores relacionados al estrés laboral de enfermeros de emergencia*. Huaraz 2020. La Referencia.

<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/60297>

Maslow, A. H. (1968). *Toward a Psychology of being*. 2d ed. New York; Van Nostrand Reinhold Co.

Massip Pérez, C.; Ortiz Reyes, R.M.; Llantá Abreu, M.C.; Peña Fortes, M.; Infante Ochoa, I. (2008). *La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad*. Revista Cubana de Salud Pública. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400013

Mesa, L.; Romero, B.; María, N. (2010). *Profesionales de enfermería y cuidado en las condiciones laborales actuales*. Invest. Enferm.: Imagen y Desarrollo. (Colombia).

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3101278&pid=S0123-4226201700010000400025&lng=en

Mijama, J. (2012). *Riesgos psicosociales*. Versión istas 21. Slideshare.

<https://es.slideshare.net/jjmijama/riesgos-psicosociales-enfermeria-version-istas-21>

Moncada, S.; Llorens, C.; Andrés, R.; Moreno, N.; Molinero, E. (2014). *Manual del método CoPsoQistas21 (versión 2) para la evaluación y la prevención de los riesgos psicosociales en empresas con 25 o más trabajadores y trabajadoras versión media*.

<https://drive.google.com/file/d/1W4INmSOflxiSZYD2Z0OX0mObThK-ceAs/view?usp=drivesdk>

Moreno, B. (2011). *Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales*. *Medicina y seguridad del trabajo*. España. 57 (1): 4-19.
<https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57s1/especial.pdf>

Moreno, B.; Báez, C. (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3101155&pid=S0123-4226201700010000400032&lng=en

Müggenburg Rodríguez Vigil, M.C. & Riveros-Rosas, A. (2012). *Interacción enfermera-paciente y su repercusión en el cuidado hospitalario: Parte I*. Enfermería universitaria.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v9n1/v9n1a5.pdf>

OMS. (2004). *Definición de estrés. La organización del trabajo y el estrés*. Serie protección de la salud de los trabajadores, número 3. Instituto de trabajo, salud y organizaciones.
https://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf (Recuperado de la pág., 29/09/21).

OMS. (2018). *Definición de salud*. Preguntas frecuentes. www.who.int/es/about/frequently-asked-questions(Recuperado de la pág., 29/09/21).

OMS (2006). *Prevención del suicidio, un instrumento de trabajo*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Manejo de Trastornos Mentales y Cerebrales. Ginebra.
<https://drive.google.com/file/d/1ge00zvtvqLa5u7yej6KZ3PAsOtUjGmPi3/view?usp=sharing>
(Recuperado de la pág., 29/09/21).

Organización Internacional del Trabajo (2016). *Estrés en el trabajo: un reto colectivo*.
https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/genericdocument/wcms_475146.pdf (Recuperado de la pág., 29/09/21).

Organización Internacional del Trabajo (2006). *R162- Recomendación sobre los trabajadores de edad*. (núm. 162). Normas de trabajo.
https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R162(Recuperado de la pág., 29/09/21).

Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Enfermería*. OMS. <https://www.paho.org/es/temas/enfermeria#:~:text=La%20enfermer%C3%ADa%20abarca%20el%20cuidado,atenci%C3%B3n%20centrada%20en%20la%20persona> (Recuperado de la pág., 29/09/21).

Orozco Vásquez, M.M.; Zuluaga Ramírez, Y.C.; Pulido Bello, G. (2019). *Factores de riesgo psicosocial que afectan a los profesionales de enfermería*. University of Applied and Environmental Sciences. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6986237>

Ortega- Aldás, D. & Villarroel - Vargas, J. (2020). *Factores psicosociales asociados a la labor médica en atención primaria*. Dominio de las Ciencias. <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/viewFile/1627/3118>

Ortega, J. (2019). “Una cuestión de entrega”: desigualdades de género y factores de riesgo psicosocial en el trabajo de enfermería. Sociedade e Cultura. Revista de Pesquisa. Debates em Ciências Sociais, vol. 22, núm. 1. UFG - Universidade Federal de Goiás. <https://www.redalyc.org/journal/703/70361437005/movil/>

Palacio Betancourt, D. (2008). Definición de Trabajo. *Resolución número 002646*. Ministerio de Protección Social <http://www.saludcapital.gov.co/Documentos%20Salud%20Ocupacional/RESOL.%202646%20DE%202008%20RIESGO%20PSICOSOCIAL.pdf>

Perez Pimentel, S. (2009). *Enfermería transcultural como método para la gestión del cuidado en una comunidad urbana*. Camaguey 2008. Revista Cubana de Enfermería. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000200003#:~:text=La%20teor%C3%ADa%20de%20cuidados%20culturales,las%20pr%C3%A1cticas%20asistenciales%20de%20enfermer%C3%ADa

Quiñones, C.; Rodríguez, S. (2015). *La reforma laboral, la precarización del trabajo y el principio de estabilidad en el empleo*. Rev. Latinoam. Derecho Social. México. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3101163&pid=S0123-4226201700010000400036&lng=en

Raile Alligood, M.; Marriner Tomey, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. Séptima edición. Fareso. España. <https://drive.google.com/file/d/1MTAfXQX1Vw8g-iXgz1nx2ZIJkvrU8iDj/view?usp=drivesdk>

Rodríguez Enríquez, C.M. (2015). *Economía feminista y economía del cuidado: Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad*. Fundación Foro Nueva Sociedad; Nueva Sociedad; 256; 3-2015; 1-15. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/47084>

Rodríguez, M. (2009). *Factores psicosociales de riesgo laboral: ¿nuevos tiempos, nuevos riesgos?* Observatorio Laboral Rev. Venezolana, 2(3), 127-41. https://www.researchgate.net/publication/43529420_Factores_Psicosociales_de_Riesgo_Laboral_Nuevos_tiempos_nuevos_riesgos

Sora, B.; Caballer, A.; Peiró, J. 2011. *Consecuencias de la inseguridad laboral. El papel modulador del apoyo organizacional desde una perspectiva multinivel*. Psicothema. España. 23(3):394-400. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3900>

Suardíaz Pareras, J.H. (2009). *El trabajo humano. Ética y Sociedad*. Textos Cátedras. BIOÉTICA. (p.28). <http://www.cbioetica.org/revista/91/912800.pdf>

Villanueva Cañadas, E. (2021). *Definición de enfermedad*. Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. Cátedra de Derecho y Genoma Humano, dirigida por Carlos María Romeo Casabona. <https://enciclopedia-bioderecho.com/voces/138>

Anexos

Anexo I

Relevamiento de datos

¿El personal de la población en estudio asistió a programas de promoción de la salud y/o prevención de la enfermedad?

¿El personal asistió a charlas/capacitaciones acerca del manejo del estrés, o desarrollo de la inteligencia emocional?

¿El personal asistió a capacitaciones acerca de la calidad de atención brindada a los pacientes?

¿Cuál es la dotación total de enfermeros?

¿Cuál es el nivel de instrucción alcanzado por éstos?

¿Los horarios del personal varían según el tipo de contratación?

¿Por cuántos turnos rota el mismo personal durante un mes?

¿Cuál es el número total de hombres y mujeres en el servicio?

¿Cuál es la antigüedad de cada integrante del servicio?

¿Qué edad promedio tiene la población de estudio?

¿Actualmente algún integrante del personal de Enfermería se encuentra con licencia a causa de algún trastorno de salud mental?

¿El contexto de aislamiento social incide negativamente en los sujetos en estudio?

¿La institución permite que se realice la investigación?

¿La institución autoriza que se publiquen los resultados de la investigación?

¿La institución cuenta con algún programa de profilaxis para el personal de enfermería?

¿Qué cantidad de camas útiles hay en el servicio?

¿Cuál es el giro cama? ¿Y el promedio día de estada?

¿Cuál es el promedio de pacientes por año?

Actualmente, ¿todas las camas útiles están ocupadas?



CDII

HECA



Comité de Docencia e Investigación Interdisciplinario (CDII)
Hospital de Emergencias "Dr. Clemente Álvarez" (HECA)
(+54) 0341-4808111 (int 480)

17 Noviembre 2021, Rosario

Enf Valeria Ojeda

Por medio de la presente Informamos que el CDII aprueba la recolección de datos para regularizar la materia Tesina.

Saludos Cordiales

Dra. Silvia Lujan
Coordinadora de Docencia e Investigación
HECA, Rosario, Argentina

Anexo II

Consentimiento Informado

Mi nombre es Valeria Ojeda, estudiante de la Licenciatura en Enfermería y mediante el siguiente documento, lo invito a participar de mi investigación, donde el objetivo es determinar la relación que existe entre los factores de riesgos psicosociales en los enfermeros y la calidad de atención recibida por los pacientes hospitalizados.

Para la recolección de la información, se realizará la aplicación de un cuestionario auto administrado que no le tomará más de 20 minutos aproximadamente completar, en ninguna parte aparecerá su nombre, pues será reemplazado por un código de identificación, lo que garantizará su intimidad y anonimato.

La participación en el estudio es completamente voluntaria, por lo tanto, usted elegirá libremente cooperar en la recolección de los datos, como así también podrá dejar de hacerlo en cualquier momento, sin recibir ningún tipo de sanción por su decisión, no tendrá ningún beneficio económico. Se aclara, que si decide tomar parte no padecerá de ningún tipo de riesgo o lesión física, emocional o psicológica.

Todos los datos recolectados para esta investigación, se utilizarán con fines académicos e investigativos.

Si está de acuerdo con los objetivos y la finalidad del estudio, le invito a firmar este consentimiento.

Acepto voluntariamente participar sin más beneficios que los pactados anteriormente.

FIRMA: _____ FECHA: _____

Instrumentos de recolección de datos. Cuestionario:

A continuación, se solicita, complete los siguientes datos según corresponda:

Edad:

Sexo: F M

Cuestionario Suseso/Istas21 versión breve

Sección específica de riesgo psicosocial

Instrucciones: Lea con detenimiento las siguientes preguntas y marque con una cruz (x) la opción que más sea más acorde a su forma de pensar, actuar y sentir. El objetivo es conocer su opinión sobre los contenidos y exigencias de su trabajo.

	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Sólo unas pocas veces	Nunca
¿Puede hacer su trabajo con tranquilidad y tenerlo al día?					
En su trabajo, ¿tiene usted que tomar decisiones difíciles?					
En general, ¿considera usted que su trabajo le produce desgaste emocional?					
En su labor, ¿tiene usted que guardar sus emociones y no expresarlas?					
¿Su trabajo requiere atención constante?					
¿Tiene Ud. influencia sobre la cantidad de trabajo que se le asigna?					
¿Puede dejar su trabajo un momento para conversar con un compañero/a?					
¿Su trabajo le permite que aprenda cosas nuevas?					
Las tareas que hace, ¿le parecen importantes?					
¿Siente que la institución tiene una gran importancia para usted?					
¿Sabe exactamente qué tareas son de su responsabilidad?					
¿Tiene que hacer tareas que usted cree que deberían hacerse de otra manera?					
¿Recibe ayuda/apoyo de su superior inmediato?					
Entre compañeros ¿se ayudan en el trabajo?					

Sus jefes inmediatos, ¿resuelven bien los conflictos?					
---	--	--	--	--	--

¿Está preocupado por si lo despiden o no le renuevan el contrato?					
¿Está preocupado/a por si le cambian de tareas contra su voluntad?					
¿Sus superiores le dan el reconocimiento que merece?					
Cuando está en el trabajo, ¿piensa en las exigencias domésticas y familiares?					
¿Hay situaciones en las que siente que debería estar en la casa y no en el trabajo? (Cuidar un hijo enfermo, por accidente de algún familiar, cuidado de padres o abuelos, etc.)					

Cuestionario de Calidad de Atención de Enfermería recibida (CUCACE)

Presentación:

A continuación, se solicita que marque con una cruz (x) la respuesta que usted considere más adecuada, lea con detenimiento y marque la opción que sea más acorde a su forma de pensar y sentir, agradezco desde ya su gentil participación.

Experiencia con los cuidados de enfermería

Esta primera parte trata sobre su experiencia con los cuidados de enfermería que recibió durante su estadía en el hospital. Son catorce (14) afirmaciones, con siete opciones de respuesta cada una, marque sólo la opción que mejor describa su experiencia.

	Comple- tamente en desacuer do	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Completa- mente de acuerdo
¿Es fácil relacionarse con la enfermera?							
¿La enfermera le informa suficiente sobre su tratamiento?							
¿La enfermera tarda mucho tiempo en llegar cuando las llama?							
¿Piensa que no tiene interés en su persona?							
¿Siente que la enfermera no sabe lo que está padeciendo?							
A pesar de lo ocupada que está la enfermera, ¿busca tiempo para Ud.?							

¿Pasa tiempo apoyándolo?							
¿La enfermera lo visita regularmente para asegurarse de que esté bien?							
¿La enfermera le explica lo que le está pasando?							
¿La enfermera sabe qué hacer sin depender de los médicos?							
¿Se asegura que los pacientes tengan intimidad, dentro de las posibilidades?							

¿Tienen tiempo para sentarse y hablar con Ud.?							
¿Los médicos y las enfermeras trabajaban juntos como un equipo?							
Hay un buen ambiente en el servicio gracias a las enfermeras							

Satisfacción con los cuidados de enfermería

Esta segunda parte trata sobre su satisfacción con los cuidados de enfermería, son nueve (9) afirmaciones con cinco opciones de respuesta cada una, al igual que en la sección anterior, marque sólo la opción que sea más acorde a su modo de pensar.

	Nada satisfecho	Poco satisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho	Completamente satisfecho
¿Cómo se siente usted con respecto a la cantidad de tiempo que la enfermera pasa con usted?					
¿Qué piensa en relación a la cantidad de información que la enfermera le da acerca de su situación y tratamiento?					
¿Y con respecto a la rapidez con que acude cuando la llama?					
¿Qué piensa sobre la amabilidad de la enfermera para con Ud.?					
¿Comprende la manera en que la enfermera le explica las cosas que Ud. pregunta?					
¿Está conforme con la forma cómo la enfermera informa a su familia?					
¿Cómo percibe el trato que recibe de la enfermera hacia su persona?					
¿Cree que las enfermeras escuchan sus preocupaciones?					
¿Piensa que la enfermera tiene conciencia sobre sus necesidades?					

Anexo III

Resultados del estudio exploratorio

El sitio que se seleccionó responde a un relevamiento de datos. El cuál arrojó como resultado, que dentro del mismo, las patologías de más mayor frecuencia son: Fx por AVP, Heridas de arma de fuego y de arma blanca, Pie diabético, ACV, Apendicetomía, Colectomía, Lumbalgias, RTU, Salpingectomias etc., El sector B1 posee un total de 28 camas útiles (Informe segundo semestre del 2022); se antepone al sector B2 de 29 camas. Las habitaciones se encuentran lateralizadas a los costados del Office de enfermería, desde el cual se observan la mayoría de ellas, ya que el mismo está totalmente vidriado. Sólo quedan fuera de la vista las 2 habitaciones posteriores, debido a que en esa área se acopian insumos de stock, dificultando así la visión del personal enfermero. En cada habitación, los pacientes cuentan con dos camas, comparten baño, y un único panel de oxígeno y aspiración. En caso de tener dos pacientes que lo requieran, no pueden ser asignados a la misma habitación, o debe solicitarse un tubo portátil de oxígeno y verificar previamente que esté en condiciones. Continuada al Office se visualiza una mesa escritorio con 6 sillas, donde enfermería y el resto del equipo de salud llevan a cabo sus registros. El espacio también cuenta con un mueble para la mejor organización de las tablillas de la sala.

La clasificación de los pacientes durante los últimos 6 meses fue de prevalencia intermedia y compleja, sobrecargando el servicio en cantidad y calidad de atención, encontrándose parte del personal licenciado, actualmente uno, por trastornos de salud mental. El personal en actividad realiza turnos dobles para lograr completar la dotación diaria de Enfermería; además la mayoría posee doble empleo, hecho que hace que la población en estudio tenga poco margen de tiempo para asistir a programas de promoción de salud, prevención y manejo del estrés, desarrollo de inteligencia emocional, etc. En este sentido, cabe destacar que a pesar de las demandas laborales, hay un porcentaje que se encuentra cursando en estos momentos sus estudios para acreditar la Licenciatura.

La dotación total de enfermeros es de 21 asistenciales, 1 asistente de sala y 1 enfermero jefe; por el momento son 8 licenciados y 13 profesionales. La dotación diaria es de 4 enfermeros por turno, turno noche 3; esto, en circunstancias habituales, funciona para cubrir de forma efectiva la demanda. En la realización de la distribución diaria se cuenta con un licenciado por turno, hecho que resulta favorable a la hora de gestionar actividades, ya que, si bien no realizan actividades

diferenciadas, los mismos aportan orientación acorde a su grado de formación. El personal de nuevo ingreso es capacitado y orientado por el propio jefe de sector, y en algunos casos por un enfermero referente designado por éste. No existen auxiliares de enfermería, lo que se observa como una fortaleza del servicio, puesto que se considera necesario personal de mayor capacitación por el nivel de complejidad del efector.

Anexo IV

Resultado de Prueba piloto de los instrumentos

Se realizó la prueba piloto de ambos instrumentos en ambas poblaciones.

Los enfermeros fueron 10 que cumplían con los criterios de inclusión/exclusión establecidos en este estudio, ninguno de ellos formará parte de la población definitiva seleccionada para este proyecto de investigación, para evitar sensibilizarlos se seleccionaron enfermeros del sector B2 de iguales características a las del sector B1, se procedió de la misma manera con los pacientes hospitalizados y también fueron 10.

La aplicación de dichos instrumentos resultó de forma correcta, respondiendo a lo que se pretendía medir, los sujetos refirieron una buena comprensión de las preguntas, todos los participantes contestaron todas las preguntas, no hubo dificultades, por lo que se determina que no se deberán realizar modificaciones a los instrumentos utilizados en las pruebas piloto y se estima no surgirán sesgos por este motivo.