



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Aplicación del Modelo de las Características del Puesto a través del SNJCI (Índice de Características del Trabajo de Enfermería) y JDS (Cuestionario de Análisis y Rediseño de Puestos) en Profesionales de Enfermería

TESIS DOCTORAL



Presentada por:
Petra Rogero Anaya

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y FISIOTERAPIA

Dirigida por:
Dra. Dña. M^a Teresa Labajos Manzanares
Catedrática de Fisioterapia de la E. U. de CC. de la Salud
Universidad de Málaga

Málaga, Noviembre de 2005

*A Jose, Edurne y Ainhoa
A la memoria de mis padres*

*“Todo se reduce a aprender,
a preguntar, querer, osar, mirar, ver”*

E. Chillida

*A todos aquellos profesionales de enfermería:
«Si queréis disfrutar plenamente con vuestro trabajo,
buscad infatigables fórmulas de automotivación
pero cuando ya no las halléis,
pedid ayuda o dejad la profesión»*

Grupo de Investigación Enfermería



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud

D^a M^a TERESA LABAJOS MANZANARES, DOCTORA EN MEDICINA Y CIRUGÍA Y CATEDRÁTICA DE FISIOTERAPIA DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y FISIOTERAPIA DE LA ESCUELA UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

CERTIFICA: Que el presente trabajo de investigación titulado “APLICACIÓN DEL MODELO DE LA CARACTERÍSTICAS DEL PUESTO A TRAVÉS DEL SNJCI (ÍNDICE DE CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO DE ENFERMERÍA) Y JDS (CUESTIONARIO DE ANÁLISIS Y REDISEÑO DE PUESTOS) EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA), ha sido realizado bajo mi dirección por D^a PETRA ROGERO ANAYA, para optar al título de Doctor por la Universidad de Málaga.

Y para que conste se firma el presente certificado en Málaga, a 2 de noviembre de 2005



M^a Teresa Labajos Manzanares

Agradecimientos

A Ian Jhonstone y Lulú España, por su interés, profesionalidad y cariño, en la traducción del cuestionario original.

A las/os Adjuntas/os de los Centros de Salud, a las/os Supervisoras/es de los Hospitales, a sus equipos directivos y muy especialmente a todos los profesionales de enfermería del Servicio Andaluz de Salud de Málaga, por su sinceridad y tiempo dedicado, a todos ellos que han hecho posible realizar este trabajo.

Mi agradecimiento y cariño a mis compañeras/os de Departamento por su interés y estímulo.

Al Personal de Administración y Servicios del Centro por su ayuda y apoyo.

A Rorri, que gracias a su apoyo, entusiasmo, estímulo y orientación, he podido finalizar el presente trabajo.

A mis hermanos, que han seguido de cerca todo el desarrollo de la Tesis.

A Carpin, por su asesoramiento, sugerencias y aportaciones; por haberme “sufrido” en este periodo, gracias por seguir estando ahí.

A mis hijas, por estar conmigo en la distancia, por su reconocimiento, estímulo y cariño permanente. A ellos va dedicado este trabajo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
I. MARCO TEÓRICO	7
I.1 TEORÍAS DE LA MOTIVACIÓN-SATISFACCIÓN LABORAL	9
I.1.1 Los inicios del estudio de la conducta laboral	9
I.1.2 La teoría de las relaciones humanas	10
I.1.3 Clasificación de las teorías	12
I.1.4 Teorías de las Necesidades	18
1.4.1 Jerarquía de las necesidades de Maslow	18
1.4.2 Modelo de Necesidades de Alderfer	20
1.4.3 Teoría de los dos factores de Herzberg	21
1.4.4 Teoría de las necesidades adquiridas de McClelland	25
1.4.5 Teoría X e Y de McGregor	27
I.1.5 Las Teorías de la Motivación Intrínseca	29
1.5.1 Teoría de la evaluación cognitiva	29
1.5.2 Teoría de las características del puesto	31
1.5.3 Teorías de la justicia organizacional y de la equidad	36
1.5.3.1 Teoría de la consistencia cognitiva	36
1.5.3.2 Teoría de la equidad	37
1.5.4 Teorías de la elección cognitiva	39
1.5.4.1 Teorías de la atribución	39

1.5.4.2 Motivación por el logro	42
I.1.6 El enfoque cognitivo-intermitente	46
1.6.1 La teoría VIE de Vroom	46
1.6.2 Modelo de expectativas de Porter y Lawler	48
1.6.3 La teoría dinámica de la acción	51
I.1.7 Las teorías de la autoregulación-metacognición	52
1.7.1 Teoría de la fijación de objetivos	53
1.7.2 Teoría del aprendizaje social	55
1.7.3 Teorías de la autodeterminación	57
1.7.4 Teoría socio-cognitiva	59
1.7.5 Teoría del control	62
I.1.8 Modelos integrados de motivación laboral	66
1.8.1 Modelo de Katzell y Thompson	66
1.8.2 Modelo de Robbins	67
1.8.3 Modelo de Quijano y Navarro	69
1.8.4 Teoría del autoconcepto de la motivación laboral	70
I.2 ANÁLISIS DE LA MOTIVACIÓN SATISFACCIÓN	73
I.2.1 Efectos de la satisfacción/Insatisfacción	74
I.2.2 La medición de la satisfacción y motivación laboral	80
2.2.1. Índice Descriptivo del Trabajo (Job Diagnostic Index -JDI)	83
2.2.2. Minnesota Satisfaction Questionnaire	83

2.2.3. Job Satisfaction Survey (JSS)	84
2.2.4. Michigan Organizational Assessment Questionnaire (MOAQ)	85
2.2.5. Inventario de la Motivación Intrínseca (Intrinsic Motivation Inventory -IMI)	86
2.2.6 Cuestionarios de Satisfacción Laboral S4/82, S20/23, S10/12, y S21/26	86
2.2.7 Encuesta Diagnostica del Trabajo (Job Diagnostic Survey- JDS)	88
I.2.3 Cuestionarios específicos para satisfacción - motivación en enfermería	95
2.3.1 Index of Work satisfaction (IWS)	96
2.3.2 Price Mueller Job Satisfaction Scale	97
2.3.3 Mueller and McCloskey Satisfaction Scale	97
2.3.4 Staff Nurse Job Characteristics Index (SNJCI)	98
I.3 MOTIVACIÓN SATISFACCIÓN EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	104
I. 3.1 Enfermería y reconocimiento profesional	106
I.3.2 Características laborales de las Enfermeras	118
3.2.1 Funciones generales	119
3.2.2 Diferencias entre la Enfermera Hospitalaria y Enfermera Comunitaria	128

I.3.3	Autonomía	133
I.3.4	Trabajo en equipo y Liderazgo	139
I.3.5	Entorno y satisfacción	149
I.3.6	Satisfacción y tensión laboral	155
I.3.7	Enfermería e Incentivos	171
II.	JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	177
II.1	JUSTIFICACIÓN	179
II.2	OBJETIVOS	183
III.	MATERIAL Y MÉTODO	185
III.1	POBLACIÓN Y MUESTRA	187
III.2	INSTRUMENTOS Y VARIABLES DE ESTUDIO	188
III.2.1	SNJCI: Descripción. Variables de estudio	188
III.2.2	JDS: Descripción. Variables de estudio	191
III.2.3	VSDPE (VV Sociodemográficas-Profesionales de Enfermería): Descripción. Variables de estudio	195
III.3	PROCEDIMIENTO	
III.3.1	Enfermería Comunitaria	197
III.3.2	Enfermería Hospitalaria	198
III.3.3	Población no Respondiente	199
III.4	ANÁLISIS DE DATOS	200
III.4.1	Depuración de datos	200
III.4.2	Adaptación y validación del SNJCI	200
III.4.2.1	Estudios preliminares: Metodología cualitativa	200

A. Adaptación transcultural	200
B. Grupos Focales	200
III.4.2.2 Estudio y análisis de fiabilidad y validez factorial	201
III.4.2.3 Análisis de correlaciones	202
III.4.3 Estudio del JDS	202
III.4.4 Análisis descriptivo	202
III.4.5 Estudio comparativo entre Enfermería Comunitaria y Enfermería Hospitalaria	203
IV. RESULTADOS	205
IV.1 DEPURACIÓN DE DATOS	207
IV.2 ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DEL SNJCI	207
IV.2.1 Estudios preliminares: Metodología cualitativa	207
A. Adaptación transcultural	207
B. Grupos Focales	226
IV.2.2 Estudio y análisis de fiabilidad y validez factorial	235
IV.2.3 Análisis de correlaciones	247
IV.3 RESULTADOS DEL JDS	250
IV.3.1 Estudio de fiabilidad	250
IV.3.2 Análisis de correlaciones	251
IV.4 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA COMUNITARIA Y HOSPITALARIA	257
IV.4.1 Enfermería Comunitaria	258

IV.4.2 Enfermería Hospitalaria	309
IV.5 ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE ENFERMERÍA COMUNITARIA Y ENFERMERÍA HOSPITALARIA	367
IV.5.1 Análisis comparativo de las Dimensiones Centrales del Puesto, Potencial Motivador del Puesto, Estados Psicológicos Críticos, Variables Resultado y Variables Moduladoras.	367
IV.5.2 Análisis descriptivo de las Dimensiones Centrales del Puesto, Potencial Motivador del Puesto, Estados Psicológicos Críticos, Variables Resultado y Variables Moduladoras.	377
V. DISCUSIÓN	383
V.1 SOBRE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL SNJCI Y DEL JDS	385
V.2 SOBRE LOS GRUPOS FOCALES	395
V.3 SOBRE EL ESTUDIO DESCRIPTIVO Y ANALÍTICO DE ENFERMERÍA COMUNITARIA Y ENFERMERIA HOSPITALARIA	414
VI. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA	443
VI.1 CONCLUSIONES	445
VI.2 PROSPECTIVA	453
VII. BIBLIOGRAFÍA	457
VIII. ANEXOS	485
1. SNJCI	487
2. JDS	493

3. VV. Sociodemográficas y profesionales	499
4. VV. Formación-Investigación y de desarrollo profesional	502
5. Carta e instrucciones de cumplimentación de los cuestionarios a la población de estudio	505
6. Carta de autorización a Directores/as de Distrito, de Enfermería de Hospitales y Coordinadores de Enfermería de Distrito	509
7. Cuestionario de No Respuesta	513
8. Estudios preliminares	517
8.A Correspondencia con la Dra. Tonges	519
8.B Guía de observación de los grupos focales	523
9. Estudio y análisis de fiabilidad y validez	525
9.A Análisis de los ítems y estudio de fiabilidad del SNJCI	527
9.B Matrices correspondientes al análisis factorial de Componentes Principales del SNJCI	555
9.C Análisis de correlación de los ítems del SNJCI y Dimensiones Centrales del Puesto	561
9.D Análisis de los ítems y estudio de fiabilidad del JDS	571
10. Expresiones aplicadas en el SNJCI y en el JDS	583
11. Estudio comparativo ínter centros de las Dimensiones Centrales del Puesto, Estados Psicológicos Críticos, Variables Resultado y Variables Moduladoras	589

Índice

11.A Centros de Salud	591
11.B Hospitales	596
12. Descripción de la muestra no respondiente	599
12.A Enfermería Comunitaria	601
12.B. Enfermería Hospitalaria	607

INTRODUCCION

La mayoría de los seres humanos deben emplear una parte importante de su tiempo en trabajar y, frente a este hecho, el individuo va a desarrollar unas actitudes, originadas por la interacción entre su personalidad, experiencia, formación y sus preferencias personales junto con las características del puesto que desempeña, su entorno, compañeros, normativa,... en que se encuentra inmerso.

Como en toda actitud, podemos valorar en la actitud laboral diversos componentes:

- A. *Afectivos*: Sentimientos positivos o negativos (miedo, rabia, angustia,...) basados en las experiencias relacionadas con el trabajo, *-que se siente en el desempeño del empleo, con los compañeros y en el entorno laboral-*.
- B. *Cognitivos*: originados por las creencias, teorías, expectativas y percepciones relativas al trabajo, *-que se piensa del trabajo-*.
- C. *Conducta intencional*: constituida por las metas, aspiraciones, conductas previas del individuo que le motivan a adoptar una conducta particular, *-como se esta predispuesto a actuar basándose en las creencias sobre el trabajo-*.
- D. *Evaluación*: es posiblemente el componente central de las actitudes, de forma que en función de los componentes previos se imputa algún grado de satisfacción o insatisfacción, *-cómo se siente-*. Cuando hablamos de una actitud negativa o positiva hacia un objeto estamos refiriéndonos a su componente evaluativo.

Por tanto, todas las personas en función de sus experiencias emocionales y de su proceso perceptivo, experimentarán una reacción multidimensional ante la experiencia

Introducción

laboral, la cual va a marcar la capacidad de disfrutar o no con su trabajo y el grado en que considera que su actividad laboral le permite satisfacer sus necesidades personales.

La definición de la satisfacción y su medida han sido objeto de múltiples teorías, que en general la consideran como una reacción afectiva, resultado de la comparación entre los resultados deseados y los obtenidos por el trabajador.

Hoppock (1935) revisando 32 estudios sobre satisfacción profesional observó que la satisfacción profesional era una combinación de circunstancias psicológicas, fisiológicas y ambientales que permiten a la persona decir: "yo estoy satisfecho con mi trabajo".

Bullock (1952) consideraba la satisfacción en el trabajo como una actitud, balance de la agrupación de experiencias agradables y desagradables en relación con el trabajo. Sin embargo Smith (1955) establecía que la satisfacción en el trabajo, es el juicio del empleado sobre la capacidad del trabajo para satisfacerle diversas necesidades. Blum y Naylor (1968) definían la satisfacción laboral como la actitud general originada como resultado de factores específicos del trabajo, de las características del individuo y de sus relaciones interpersonales. Locke (1976) considera la satisfacción del trabajo como un estado emocional positivo resultante de la estimación de diversas experiencias laborales, que se origina por la percepción de que el trabajo permita o favorezca, la realización de importantes valores, congruentes con sus necesidades.

Estas definiciones nos permiten inferir unas características comunes en relación con la satisfacción como:

- a.- Responde a un estado emocional en el campo de lo placentero.
- b.- Es la resultante de diversas actitudes específicas.

c.- Es un concepto global, complejo.

En el presente estudio, utilizamos el término de satisfacción laboral como una actitud positiva hacia un trabajo, que es global en su naturaleza, y que resulta de diversas experiencias específicas relacionadas con el trabajo.

Los motivos, las fuerzas que impulsan a las personas a realizar esfuerzos en una tarea, a prestarle interés y presentar iniciativas, es lo que consideramos motivación, se refiere a disposiciones de conducta, es decir a la clase y a la selección de la conducta, así como a su fuerza e intensidad.

Simplificando, la motivación es un impulso para realizar un esfuerzo dirigido a satisfacer unos deseos, por medio de la consecución de unas metas u objetivos; es por ello una predisposición de conducta, y por tanto es anterior al resultado, mientras que la satisfacción en el trabajo es un sentimiento afectivo por el desempeño y resultado del trabajo, y es por tanto posterior al mismo.

Una de las mejores definiciones de motivación es la de Vallerand y Till (1993), que plantean que el concepto de motivación representa un constructo utilizado para describir las fuerzas internas y/o externas responsables del desencadenamiento, dirección, intensidad y persistencia del comportamiento.

Esta definición indica:

- 1) Que la motivación es un constructo y de ahí la imposibilidad de observarla directamente;

Introducción

- 2) Que se origina por una fuerza motivacional interna e intensa, estrechamente relacionada con las características personales (necesidades, creencias, personalidad, etc.), y
- 3) Que puede activarse por fuerzas externas dependientes del propio trabajo, entorno, relación con superiores, etc.

Los factores motivacionales tanto los internos o disposicionales, como los externos o situacionales, son personales y dinámicos, es decir propios de cada individuo y pueden cambiar en el tiempo.

El estudio de los factores motivacionales ha originado múltiples teorías que intentan analizar:

- 1) Qué determina el desencadenamiento de energías físicas, intelectuales o mentales orientadas a la realización de un determinado comportamiento;
- 2) Hacia que objetivos se orientan;
- 3)Cuál es su intensidad, y
- 4) Cuanto tiempo persisten.

La satisfacción y motivación laborales son un campo de interés creciente, tanto por *razones sociales*, en cuanto que los trabajadores aspiran y merecen estar satisfechos con su trabajo ya que el nivel de bienestar en el entorno laboral, especialmente la satisfacción, puede tener importantes consecuencias de tipo personal, pudiendo influir en otras actitudes e incluso en la salud física; como por *razones científicas* de estudio de estas actitudes; y *razones laborales*, ya que la satisfacción-motivación está en la base de la calidad del trabajo (factor esencial de la productividad). Podría ser de interés conocer:

Cómo se forma, con qué conductas se relaciona, cómo se puede evaluar, cómo se modifica. Esos conocimientos podrían utilizarse en la potenciación de los resultados laborales tanto individuales como colectivos.

La presente tesis doctoral se centra en los Profesionales de Enfermería de los Centros de Salud y Hospitales del Servicio Andaluz de Salud de Málaga capital; abordando en la primera parte el Marco Conceptual que incluye las diferentes Teorías Motivacionales y de Satisfacción Laboral, los Instrumentos de Medida de las mismas, para finalizar esta primera parte nos centraremos en las Características del Trabajo Enfermero. La Justificación y Objetivos del estudio empírico constituyen la segunda parte, seguido de Material y Método, Resultados, Discusión y Conclusiones de la investigación.

Resulta evidente la aplicación inmediata de un mayor conocimiento del campo motivacional y de la satisfacción laboral, tanto en el ámbito organizacional como en el social y muy especialmente en el individuo, que como persona aspira a satisfacer sus necesidades y conseguir con ello un mayor grado de realización y desarrollo personal.

Introducción

I. MARCO TEÓRICO

I. Marco Teórico

I.1 TEORÍAS DE LA MOTIVACIÓN – SATISFACCIÓN LABORAL

El deseo de conocer, predecir o influir la conducta laboral de los individuos, ha llevado a muchos científicos a estudiar las causas y consecuencias de la motivación y satisfacción en el trabajo, estudios que se han realizado bajo diferentes enfoques en el intento de explicar los factores que determinan las actitudes de los trabajadores.

I.1.1 Los inicios del estudio de la conducta laboral

A Taylor (1911) se le considera el precursor del análisis de las variables determinantes del comportamiento humano en el ámbito laboral, por realizar los primeros estudios sobre la dirección científica de la empresa orientados a como establecer un método de trabajo que lograse la mayor productividad y rendimiento del personal.

Para ello se deberían seguir los siguientes pasos:

a) Seleccionar científicamente al personal, de forma que exista concordancia entre el puesto de trabajo y las características del trabajador, los que no posean las condiciones requeridas deberían ser excluidos de la organización.

b) Instruir y adiestrar a los trabajadores, sobre la base de lograr una destreza en sus actividades cada vez mayor; esto implica una especialización en el trabajo y un establecimiento de métodos de trabajo basados en un estudio científico de los diversos modos de llevar a cabo cada tarea y los tiempos empleados, hasta conseguir el modo mejor.

c) Establecer unos estándares laborales, con los que podamos comparar el rendimiento del trabajador y consecuentemente relacionar su salario. Esto permitiría que los trabajadores deseados de aumentar su retribución aumenten su productividad mediante la aceptación de los métodos estandarizados que llevan a un mayor rendimiento.

El taylorismo se basó en la consideración del trabajador como apéndice ejecutor de tareas repetitivas, "mecánicas", cuyo único interés laboral viene dado por su retribución económica. Olvida las posibilidades de innovación de la persona, de involucrarse en "su" trabajo, de la satisfacción por logros de tareas o por la realización de trabajos interesantes, por ello se reveló inútil para cualquier trabajo intelectual o que precise una actividad mental; por otra parte no considera al hombre como sujeto de relaciones que influyen en su motivación laboral; la organización se orienta a la creación de dos sectores, uno directivo encargado de la concepción, programación y supervisión del trabajo que realiza el sector productivo, imposibilitando la evitación de conflictos entre ambos estamentos.

Taylor marco el inicio de una serie de teorías organizativas de la administración, que seguirán sus planteamientos mecanicistas en cuanto que no consideran al trabajador sino como un engranaje más del proceso de producción.

I.1.2 La teoría de las relaciones humanas

La prédica taylorista no fue sino una versión de la "teoría de la zanahoria y el palo", en el rendimiento laboral, que fue contestada por los trabajadores, lo que se puso de manifiesto por las investigaciones que en Hawthorne realizó la Harvard Business School sobre qué factores permitirían incrementar la productividad partiendo de un modelo taylorista.

Mayo (1945), uno de los fundadores del movimiento de relaciones humanas, advirtió que la motivación de los trabajadores no se produce por la retribución económica, sino por la satisfacción en la realización del trabajo, lo que a su vez está mediatizado por la participación en un colectivo informal que reconoce y aprueba su labor. Esta relación conocida como *efecto Hawthorne*, plantea que en todo trabajador, el deseo de llevarse bien con sus compañeros pesa más que el interés meramente individual, la explicación dada consiste en que para el trabajador la empresa no es solo un lugar de trabajo, sino también un modo de vida que debe de ser satisfactorio.

Como resultado de sus investigaciones indicaba:

- El trabajo es una actividad social
- La necesidad de reconocimiento, seguridad y sentido de pertenencia es más importante en la creación de la moral laboral y en su productividad, que las condiciones físicas bajo las que se trabaja.
- Una queja no se basa necesariamente en un hecho objetivo, muy frecuentemente es un síntoma que manifiesta una alteración del estatus individual.
- El trabajador es una persona cuyas actitudes y efectividad están condicionadas por demandas sociales tanto intrínsecas como extrínsecas al empleo; no actúa como individuo aislado, sino que está fuertemente influenciado por una serie de relaciones sociales, que le agrupa laboralmente en unos colectivos de trabajo.
- Los grupos marcan sus propias reglas de conducta, causantes a su vez de

pautas de rendimiento, que adquieren tal fuerza y grado de seguimiento, que pueden afectar en un alto grado al comportamiento y productividad de cada individuo, aunque con este comportamiento contraviniese lo establecido por la empresa.

- La colaboración en equipo no ocurre por accidente, debe ser planificada y desarrollada

A este conjunto de relaciones de los colectivos laborales, que crean sus propias normas, controles, recompensas y sanciones, se le denominó *organización informal*. Su estudio dio origen a la Teoría de las Relaciones Humanas que considera, que los aspectos organizativos formales de la empresa son menos importantes que las interrelaciones entre sus miembros, ya que estas son las que determinan su actitud, su conducta y su efectividad.

El estudio de la satisfacción-motivación laboral debería por tanto analizar al hombre desde un punto de vista global, como sujeto en relación con el ambiente físico y social, que le somete a tensiones internas o necesidades que le llevan a actuaciones o conductas en el intento de reducir esas tensiones.

I.1.3 Clasificación de las teorías

Ya hemos indicado que en el estudio de la motivación-satisfacción laboral se han utilizado diferentes enfoques, así unos focalizan la atención en qué se espera del trabajo y qué dispone a los individuos hacia el mismo; otros enfoques lo hacen en el conocimiento

de qué factores explican las variaciones en la conducta laboral; otros en cómo se puede cambiar la conducta laboral; etc.

Sobre la base del factor o factores estudiados, se han creado múltiples teorías, que desde un punto de vista de clasificación general se han agrupado en dos grandes órdenes: *Teorías del Contenido* y *Teorías del Proceso*. A esta clasificación se le añadió un tercer grupo denominado *Teorías del Refuerzo*.

Las Teorías del Contenido intentan explicar qué factores orientan la conducta humana, tratando de identificar qué fuerzas o deseos mueven a las personas a actuar y las necesidades que intentan satisfacer. Por ello se las conoce también como teorías de las necesidades.

Entre ellas figuran:

- 1) El modelo de la jerarquía de Maslow;
- 2) La teoría ERG de Alderfer;
- 3) La teoría de los dos factores de Herzberg; y
- 4) La teoría de las necesidades aprendidas de McClelland.

Las Teorías del Proceso hacen hincapié en cómo ciertos aspectos y factores específicos orientan al individuo para trabajar de una forma determinada, y por qué metas se dirige y determina su conducta en el trabajo. Estas teorías analizan qué parámetros pueden tratar de modificarse para promover cambios específicos de la conducta laboral, siendo muchas de ellas complementarias más que competitivas, básicamente se configuran en:

- 1) las teorías de la instrumentalidad o de las expectativas y

- 2) las teorías del equilibrio.

El tercer enfoque lo constituyen las Teorías de Refuerzo o de modificación de comportamiento, propuestas por Skinner y otros, que se centran en cómo una acción pasada influye en las acciones futuras, a través de un aprendizaje de las consecuencias de dicha acción.

Esta clasificación se ha considerado insuficiente y demasiado rígida para englobar nuevas teorías por lo que se han elaborado nuevas clasificaciones, a destacar principalmente las de Katzell y Thompson (1990) y Kanfer (1990)

Katzell y Thompson (1990) centraron su atención en la posibilidad de modificación de la conducta laboral del individuo, mediante la actuación sobre distintos factores unos dependientes del carácter del propio individuo y otros de las circunstancias laborales, por ello agrupan las diferentes teorías en *exógenas* o *endógenas*, según los factores a que presten especial atención.

Las Teorías exógenas estudian la motivación bajo el prisma de análisis de variables independientes relevantes, que pueden ser modificadas por agentes externos. Las variables exógenas (incentivos organizacionales, recompensas, factores sociales, etc.), representan mecanismos de acción que pueden utilizarse para cambiar la motivación de los trabajadores. En este grupo se incluyen las siguientes:

- 1) Teorías de las necesidades/motivos, que consideran que las necesidades son innatas o adquiridas y que influyen en la conducta siendo determinantes importantes en el rendimiento.
- 2) Teorías de los incentivos y recompensas, que consideran que las conductas

pueden ser dirigidas mediante la utilización de incentivos.

- 3) Teorías del refuerzo, donde predomina la consideración de que los individuos se motivan para el rendimiento laboral cuando obtienen consecuencias positivas de su labor.
- 4) Teorías de los objetivos, cuya proposición básica es que los trabajadores se motivan más si tienen unas metas definidas, específicas, atractivas y de cierta complejidad;
- 5) Teorías de los recursos materiales y personales, que estudian como las condiciones que dificultan a los empleados desarrollar sus capacidades y dificultan la obtención de sus metas laborales, les produce desmotivación.
- 6) Teorías de los factores grupales y sociales, que focalizan su atención en como las personas se motivan para el cumplimiento de su trabajo, cuando sus compañeros lo aprueban y facilitan.
- 7) Teorías del sistema socio-técnico, que plantean que la armonización de los efectivos personales (capacidad, autonomía, etc.), sociales y recursos tecnológicos, que faciliten que el trabajo sea agradable, interesante y diversificado, aumentan la motivación.

Las Teorías endógenas plantean la motivación como causada por procesos o variables complejas (expectativas, actitudes, etc.) que son susceptibles de modificación indirecta como respuesta a la variación de una o varias variables exógenas, dentro de este grupo se incluyen:

- 1) Teorías de la equidad, que valoran la motivación/desmotivación si el trabajador

percibe desequilibrio entre lo que el aporta/recibe frente a otro trabajador tomado como referente.

- 2) Teorías de las expectativas, que estudian como la gente se motiva cuando esperan que un esfuerzo laboral le permita obtener buenos rendimientos, que favorecerán la consecución de unas metas personales.
- 3) Teorías de las actitudes, que puntualizan como una favorable actitud para el trabajo (satisfacción y grado de consideración sobre la tarea a realizar), posibilitan alta motivación laboral.
- 4) Teorías de la atribución y de la auto-eficacia, que se basan en la asunción de que los hechos humanos tienen una necesidad fundamental de mantener o aumentar la consideración propia del individuo, facilitándose en los individuos con mejor autoconcepto actitudes favorables al trabajo.
- 5) Otras teorías cognitivas.

Kanfer (1990) en el objetivo de integrar las últimas corrientes de las teorías de la motivación, desarrolla su clasificación atendiendo a tres paradigmas:

- 1) Las *necesidades - motivos - valores*.
- 2) La *elección cognitiva*.
- 3) La *autoregulación - metacognición*.

1. Las teorías de las necesidades–motivos–valores, tratan de identificar los determinantes personales (internos) y situacionales (externos) del comportamiento, identificando los que actúan como estímulos motivadores. Kanfer las considera como las

teorías más *distales*, tomando como criterio la proximidad o cercanía a la conducta de los factores estudiados respecto a la acción o conducta.

Incluye tres grandes corrientes teóricas: Las teorías de las necesidades; las teorías de la motivación intrínseca; las teorías de la justicia organizacional y de la equidad.

2. Las teorías de la elección cognitiva, estarían compuestas por las teorías de expectativas por valencias; teorías de la atribución; y de la dinámica de la acción, ya que todas ellas tienen como principio básico, la consideración de que el comportamiento está determinado por el valor subjetivo de las metas que el individuo persigue, así como las esperanzas de que con dicho comportamiento se produzca el resultado deseado.

Kanfer aborda estas teorías bajo tres enfoques: el cognitivo-interaccional clásico; el cognitivo intermitente; y el de la dinámica de la acción.

3. Las teorías de la autorregulación-metacognición, son las teorías más *proximales*, al proponer constructos cercanos a la acción y relacionados directamente con la iniciación y ejecución de la conducta, estas teorías plantean que desde el momento en que un individuo realiza una elección, se ponen en marcha una serie de procesos cognitivos y afectivos, para dirigir su comportamiento al logro de sus objetivos.

En este apartado se incluirían la teoría de la fijación de objetivos, la teoría socio-cognitiva y la teoría del control o de la autorregulación.

Basándonos en el criterio clasificador de Kanfer revisaremos los principales constructos motivacionales, y su relación con la actividad laboral.

I.1.4 Teorías de las Necesidades

Plantean que los individuos presentan motivos o necesidades, (innatos o adquiridos), que influyen en su conducta laboral, diferenciándose las diferentes teorías, en el número y jerarquía de las necesidades propuestas.

1.4.1 Jerarquía de las necesidades de Maslow

Maslow (1943), propuso una estratificación de las necesidades en cinco niveles jerarquizados de forma que el individuo debe de satisfacer al menos relativamente cada nivel, para que las necesidades de un nivel superior le influyan en su comportamiento (Figura 1.1). El primer nivel corresponde a las necesidades primarias para la subsistencia del individuo o necesidades fisiológicas (comer, beber, dormir,...), laboralmente se consideraría un salario y condiciones laborales mínimas que permitiesen sobrevivir. El segundo nivel corresponde a la necesidad de protección y seguridad. En el aspecto laboral afectaría a las condiciones de seguridad laborales, estabilidad en el empleo, seguridad social, salario superior al mínimo, libertad sindical. Los siguientes niveles constituyen las necesidades superiores, que abarcan en orden creciente las necesidades sociales (vinculación, cariño, amistad, etc.), y en el ámbito del trabajo son las posibilidades de interactuar con otras personas, el compañerismo, la supervisión constructiva. El cuarto corresponde a las necesidades de consideración y mantenimiento de un estatus que en el ámbito del empleo sería el poder realizar tareas que permitan un sentimiento de logro y responsabilidad, recompensas, promociones, reconocimiento de la labor realizada y del estatus. El nivel más alto implica la autorrealización personal que laboralmente supone la posibilidad de utilizar plenamente las habilidades, capacidades y creatividad.

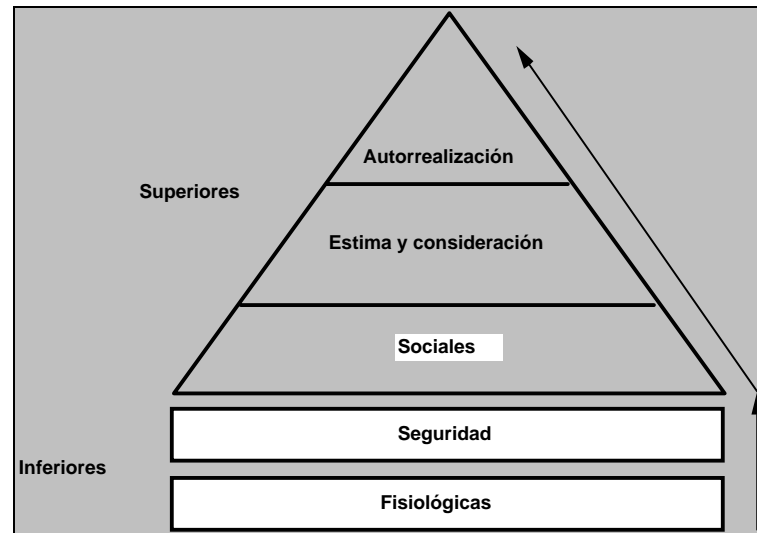


Figura 1.1 Jerarquía de necesidades de Maslow

Este modelo teórico nos señala que toda persona tiene unas necesidades que desea satisfacer, necesidades que son más motivadoras cuanto menos satisfechas están. Su seguimiento implica el desarrollo de una política motivacional que identifique las necesidades de los empleados, ofreciendo incentivos y recompensas que las satisficieran.

Se ha cuestionado que las necesidades humanas se agrupen en estas categorías, que se estructuren jerárquicamente y también se cuestiona, la focalización de los individuos en las necesidades no satisfechas y la dinámica propuesta (la satisfacción de necesidades de un nivel activa las necesidades del nivel inmediatamente superior).

1.4.2 Modelo de Necesidades de Alderfer

Alderfer (1969) cuestionó el número de niveles de necesidad y su superposición desarrollando una teoría de las necesidades en tres niveles, el modelo E-R-D (*ERG*), (Figura 1.2).

Alderfer considera que los trabajadores deben de cubrir:

- 1) Necesidades de Existencia (E), que incluyen junto a las necesidades fisiológicas y de seguridad de Maslow las condiciones de trabajo y las retribuciones.
- 2) Necesidades de Relación (R), agrupan las necesidades sociales y de consideración de Maslow. Según Alderfer, estas necesidades se satisfacen más con una interacción abierta, correcta y honesta que por mantener relaciones agradables eludiendo la crítica.
- 3) Necesidades de Desarrollo (D), que se refieren al deseo de autoestima y autorrealización, a través de una fuerte implicación en la dinámica laboral y por la completa utilización de las habilidades, capacidades y creatividad.

Mientras que el modelo de Maslow sigue un rígido orden jerárquico, que implica que no se activa una necesidad si antes no lo han hecho las necesidades inferiores a ella, el modelo de Alderfer es más flexible al plantear un doble proceso: por una parte no es necesario que estén cubiertas las necesidades inferiores para que el individuo pueda sentir necesidades superiores, junto a ello si no se lograsen satisfacer estas necesidades superiores (frustración), se activaría y potenciaría la necesidad inmediatamente inferior, que serviría así de elemento motivador sustitutorio de las necesidades no satisfechas todavía.

La teoría de Alderfer facilitó la investigación de las necesidades de los trabajadores, al plantear que la conducta laboral no depende exclusivamente de la satisfacción de necesidades superiores, ya que puede -caso de estar insatisfechas- centrarse en la satisfacción de las necesidades inferiores. Este fenómeno es conocido como el proceso de frustración-regresión.

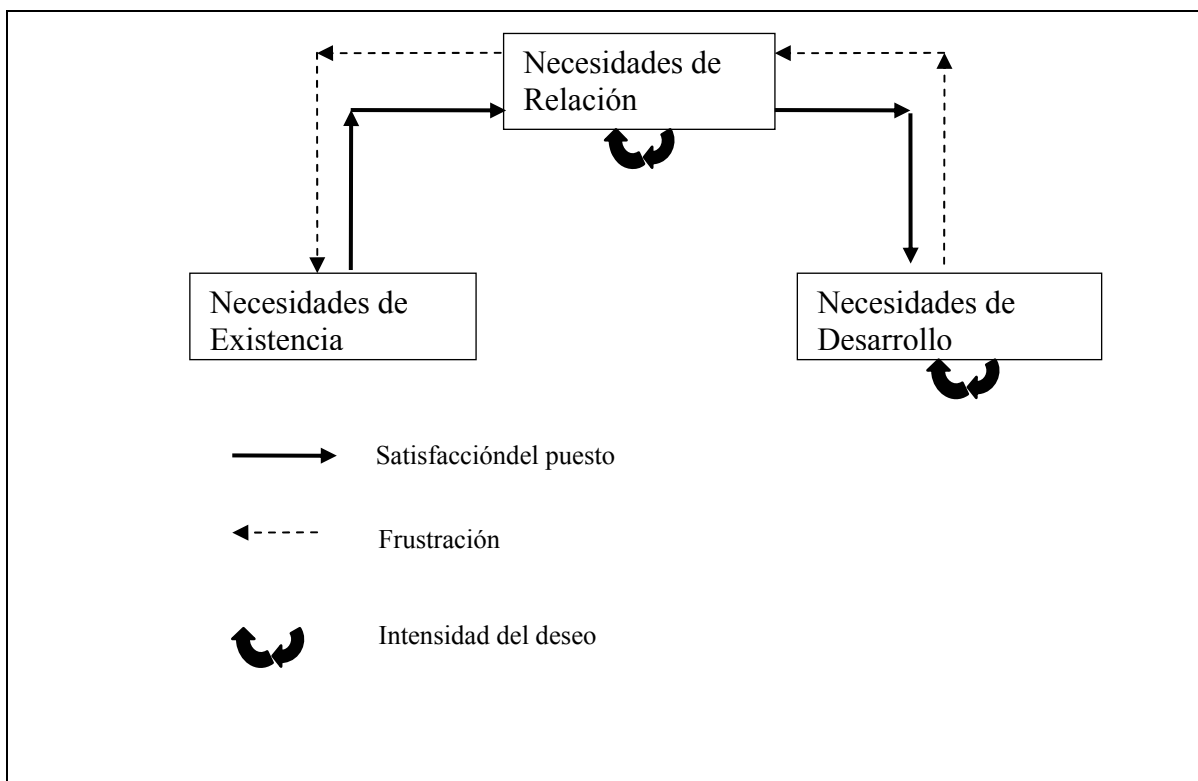


Figura 1.2 Componentes de la teoría de Alderfer: Satisfacción-progresión / Frustración-regresión.

1.4.3 Teoría de los dos factores de Herzberg

En una revisión de la literatura sobre satisfacción laboral, Herzberg, Mausner, Peterson, y Capwell, (1957) concluían que existen dos tipos de factores, unos producirían

satisfacción del individuo con el trabajo, mientras que otros no tendrían esa capacidad, oscilando el individuo desde la indiferencia a la insatisfacción. Posteriormente Herzberg (1966) concluirá de forma categórica en su teoría de la dualidad de factores en la satisfacción en el trabajo, que en la satisfacción laboral existen dos dimensiones, una referente a las características propias del trabajo y otra al entorno del puesto de trabajo. A priori la teoría dual no es una teoría motivacional, sino una teoría que se centra en las condiciones laborales precisas para que el trabajador este motivado y satisfecho.

Parte de que el trabajo afecta a la satisfacción de dos formas diferentes, la primera o *motivación intrínseca* se origina por las características del trabajo, está en relación con la presencia o ausencia de ciertos factores, a los que denominan factores motivadores, mientras que la segunda o *motivación extrínseca*, viene ocasionada por los denominados factores higiénicos, siendo estos últimos, una serie de condiciones laborales que posibilitan un entorno laboral atrayente.

Si los factores higiénicos están cubiertos, los empleados no presentarían insatisfacción, aunque podrían no estar motivados, por el contrario su falta ocasionaría insatisfacción.

Partiendo de esta conclusión Herzberg (1966) distingue dos tipos de necesidades: Las necesidades fisiológicas, asociadas a los factores de higiene y las necesidades psicológicas asociadas a los factores motivacionales.

Los factores motivacionales están en relación con el propio proceder y su aceptación social, los plantea como escala diferenciada de la insatisfacción, creando satisfacción-motivación laboral, por cubrir las necesidades individuales de crecimiento y

reconocimiento personal. Por tanto una vez controlados los factores higiénicos, los motivadores promoverían satisfacción y fomentarían la productividad.

Los factores que influyen en la insatisfacción son los relacionados con:

- Organización administrativa (normas laborales, guías/procedimientos de trabajo,...)
- Supervisión (capacidad de liderazgo de los superiores, información de objetivos,...)
- Salario (No motiva, pero produce insatisfacción si se considera inadecuado)
- Relaciones interpersonales (Compañerismo, espíritu de equipo,...)
- Condiciones laborales (Entorno agradable, seguridad, espacio personal propio,...)

La dimensión de estos factores se dirige según:

Insatisfacción \leftrightarrow *Falta de Insatisfacción*

Los que producen satisfacción/motivación directa son:

-Interés del trabajo por si mismo (Valoración del trabajo como importante, aceptación de las tareas,...)

-Logros (Metas estandarizadas y conseguibles, retroinformación del desempeño y resultados obtenidos,...)

-Reconocimiento (Apreciación de objetivos conseguidos, programas de reconocimiento y recompensas, prestigio,...)

-Responsabilidad (Autonomía, posibilidad de ampliar responsabilidades,...)

-Promoción (Ascensos, recompensas, facilitación de educación continuada y crecimiento personal,...)

La dimensión de estos factores se dirige según:

Falta de satisfacción \leftrightarrow *Satisfacción/motivación.*

La teoría de la dualidad de factores nos permite valorar el hecho de que insuficientes condiciones laborales producen insatisfacción, pero su corrección no implica que el individuo aumente su motivación, solo evita su disminución, el trabajador estaría en un estado de neutralidad; sin embargo el aumento de los factores motivadores, cuando el empleado obtiene un sentido de logro y responsabilidad por su trabajo se motiva, pero si no ocurre esto, no se siente insatisfecho. Esta teoría es de gran validez por el hecho de focalizar su atención en la influencia de los factores motivadores sobre las actitudes laborales, que anteriormente se centraba en los factores higiénicos, permitiendo poner las bases del concepto de enriquecimiento del trabajo.

En la Figura 1.3 se comparan las teorías de Maslow, Alderfer y Herzberg.

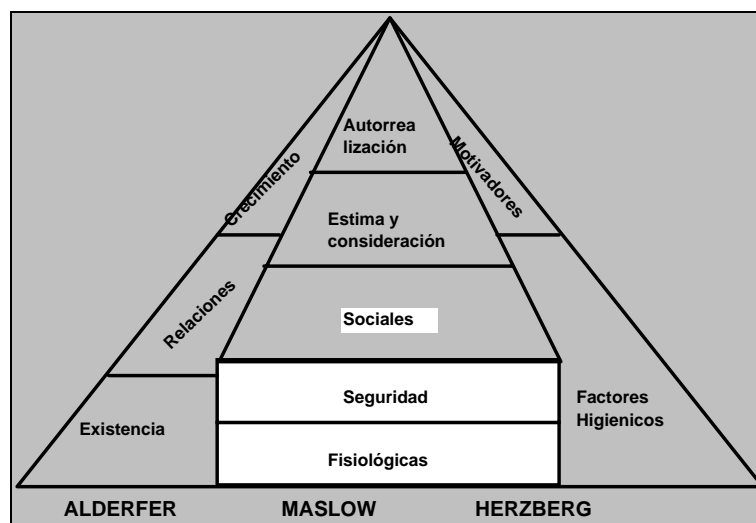


Figura 1.3 Comparación de los modelos de necesidades humanas

1.4.4 Teoría de las necesidades adquiridas de McClelland

McClelland (1961) considera que los impulsos motivacionales están en relación con necesidades de Logro, Afiliación y Poder

Las características que definen a los que se orientan hacia el logro son la búsqueda de responsabilidad personal y la superación de retos a fin de alcanzar metas alcanzables. El logro es importante en sí mismo y no por las recompensas que lo acompañen. Tienden a realizar un buen trabajo por la satisfacción interna que les produce, deseando recibir retroalimentación específica de su desempeño y reconocimiento de sus esfuerzos.

Las personas motivadas por el logro siempre quieren mejorar todo en su medio ambiente y mejorarse también. Tratan de encontrar maneras más eficaces para hacer una tarea, de dominar su actividad desarrollando habilidades e innovaciones para la solución de problemas.

De acuerdo con esta teoría el interés monetario es distinto de la necesidad de logro, de forma que las personas motivadas por el logro no trabajan únicamente por dinero, sino que se esfuerzan en su trabajo para satisfacer una fuerza interior del individuo para mejorar, ser reconocido en su trabajo y alcanzar las metas propuestas.

McClelland argumenta que esta característica puede desarrollarse si durante la infancia, se encuentra éxito en los esfuerzos para lograr las metas, sugiriendo que los padres que establecen metas difíciles para sus hijos, ayudarían al desarrollo del motivo de logro. Estas metas deben ser específicas y difíciles, ya que si son demasiado fáciles carecen de la capacidad para retar y motivar y si son demasiado difíciles abruman.

Entonces, según McClelland, la motivación es una cualidad que esta dentro de cada persona, que se fue desarrollando durante su socialización, y que puede desarrollarse mediante una serie de programas de aprendizaje y entrenamiento para lo que describió un proceso en seis etapas que parte de:

- 1) Conocimiento de la persona favoreciendo la seguridad y confianza en sus posibilidades y capacidad de autocontrol.
- 2) Generar posibles metas.
- 3) Seleccionar entre las diferentes opciones qué metas son las prioritarias a corto y largo plazo.
- 4) Planificar su puesta en marcha.
- 5) Verificar su cumplimiento.
- 6) Evaluar su logro.

Esta capacitación produciría confianza generando un compromiso con planes y metas concretos que permitirían el reconocimiento de que la ocupación elegida concuerda con las metas de la vida personal.

Además del motivo de logro, las necesidades de poder y afiliación son importantes, pero deben de estar subordinadas a la de logro, las personas con alta necesidad de poder desean poseerlo en su trabajo, e influir en las personas y en las situaciones, para lo que están dispuestos a correr riesgos. Suelen realizar acciones que afectan a la conducta de otros y despiertan en ellas fuertes emociones.

La necesidad de poder es aceptada si tiene una orientación social, mientras que es rechazada si se considera orientada de forma personalizada egoístamente.

Si un directivo está motivado principalmente por el poder, su deseo de controlar y dirigir todo, le puede imposibilitar el discernir en que momento debe "dar su brazo a torcer", entrando en una lucha de poderes que puede incluso impedir la consecución de metas. McClelland definió el "Síndrome de necesidad de liderazgo" como la conjunción en un individuo de una alta necesidad de controlar e influir en los demás (motivación por el poder) y una alta capacidad de autocontrol que evita agresividades inútiles y luchas estériles.

La motivación por afiliación, ocurre en las personas que se orientan a la creación de un clima de compañerismo y amistad que dé satisfacción en el trabajo. Su dedicación aumenta cuando se les felicita por sus actitudes favorables y su cooperación, más que por una evaluación detallada de su conducta en el trabajo, pero la predominancia de la afiliación sobre el logro facilita que los directivos elijan amigos en lugar de expertos, además en el afán de mantener un clima cordial se puede descuidar el logro de los objetivos si eso supone enfrentamientos.

El concepto de motivación por el logro se ha relacionado con la teoría de la motivación de Herzberg en cuanto que las personas con alto sentido de logro tienden a estar interesadas en los factores motivadores (el trabajo por sí mismo).

1. 4. 5 Teoría X e Y de McGregor

McGregor (1957), en su libro "El lado humano de la empresa" examinaba las teorías de la conducta laboral contraponiendo a la teoría tradicional de la organización de tipo mecanicista (teoría X) una nueva perspectiva de carácter humanista que resalta una concepción más positiva del ser humano (teoría Y).

Los presupuestos de la teoría X plantean:

- A todo individuo le desagradaba trabajar y lo evitaba en lo posible.
- La persona normal evita tomar responsabilidades, tiene poca ambición y desea seguridad principalmente.
- Para conseguir que rindan deben ser estrechamente supervisadas, controladas y presionadas con castigos.

Por el contrario la teoría Y establece:

- El trabajo es tan natural como el juego.
- Las personas ejercitarán la autodirección y autocontrol hacia el logro de metas y objetivos organizacionales en los que estén implicados. Su imaginación y creatividad pueden utilizarse para resolver problemas del empleo.
- Las personas tienen el potencial de contribuir creativamente y si se les da control y responsabilidad en su trabajo, estarán satisfechos por su mismo cumplimiento, no es preciso utilizar castigos para que la gente trabaje intensamente.

McGregor ve estas teorías como dos actitudes bastante diferentes, considera que la teoría Y es difícil de poner en práctica para la totalidad de los empleados, pero debe ser utilizada en la relación con profesionales y directivos. Según McGregor los gerentes que se identifican con la teoría X consideran que su papel debe basarse en un estricto control y supervisión de sus empleados, son líderes autocráticos que centralizan el poder y la toma de decisiones en ellos mismos, mientras que los partidarios de la teoría Y son líderes

participativos que descentralizan el poder con el objetivo de desarrollar la motivación, responsabilidad y potencial creativo de sus empleados permitiendo el solapamiento entre las metas de los individuos y la organización.

I.1.5 Las Teorías de la Motivación Intrínseca

Tradicionalmente se ha asumido que unas personas se motivan laboralmente por la consecución de unos beneficios (motivación extrínseca), de forma que el trabajo es un medio para obtener un fin, mientras que otras lo hacen por un disfrute interno, sin esperar ninguna recompensa (motivación intrínseca).

Los investigadores que postulan que la motivación se origina principalmente por la voluntad de satisfacer necesidades psicológicas o de orden superior, van a tratar de identificar cuales son las fuerzas internas y externas que afectan a esta actitud.

1.5.1 Teoría de la evaluación cognitiva

Se debe a los trabajos de Deci (1971), Deci y Ryan (1985), su hipótesis fundamental es que una conducta motivada intrínsecamente es aquella que es espontáneamente iniciada por la persona sin perseguir otro objetivo que la actividad por si misma. Mientras que la motivación extrínseca esta en relación con aspectos relacionados con el contexto del trabajo (paga, compañeros, etc.), la motivación intrínseca estaría suscitada por la necesidad del individuo de desarrollar su capacidad de competencia que le permita interactuar eficazmente con su entorno (laboral, relacional, etc.) y su capacidad de autonomía, que le permita elegir a el mismo entre el mayor número de situaciones posibles. Se activa por necesidades, valores, metas, y cogniciones desarrolladas a partir de

aspectos motivacionales del propio trabajo, y de los cuales la persona experimenta un control interno.

De esta forma si el individuo percibe que su trabajo favorece su autonomía, crece su sentimiento de autodeterminación y se refuerza la motivación intrínseca. Si el entorno laboral permite que el individuo se sienta responsable de su comportamiento, de realizar elecciones sobre como proseguir una actividad, de desarrollar un sentimiento de autonomía en sus acciones, esta favoreciendo su sentido de autodeterminación. Además si el contexto de trabajo le reenvía una retroinformación (feed-back) positiva sobre sus realizaciones y logros, se esta reforzando su sentido de competencia, lo que consecuentemente aumenta su motivación intrínseca.

Ryan y Deci (2000) han analizado las relaciones entre ambos tipos de motivaciones considerando que los eventos que debilitan el sentimiento de autodeterminación o competencia (incentivos por cumplimiento de tareas, retroinformación negativa y determinadas formas de control) socavan la motivación intrínseca.

Los incentivos según Deci (1971) afectan a la motivación intrínseca a través de dos procesos: El control del trabajo y la retroinformación. El control para adjudicar los incentivos disminuye la motivación, ya que el individuo percibe la posible recompensa como un sistema para controlar su conducta personal, lo que produce un conflicto con su necesidad de autonomía.

La información sobre el desempeño (retroinformación), puede aumentar su motivación si provee una información positiva sobre la competencia del individuo, pero si el individuo se estaba esforzando por una recompensa que no recibe, considera negativa la

información, disminuyendo sus sentimientos de competencia y consecuentemente su motivación intrínseca.

El planteamiento de que los incentivos tangibles en función del rendimiento, minan la motivación intrínseca, ha sido muy controvertido; los conductistas Cameron y Pierce (1994) indicaban en un meta-análisis que esto no ocurría, afirmación que fue contestada planteando que dicho estudio contenía una serie de errores y procedimientos inadecuados que lo invalidaban, consecuentemente Deci, Koestner y Ryan (1999), realizaron un meta-análisis de 128 experimentos, examinando los efectos de las recompensas extrínsecas sobre la motivación, que mostró que los incentivos tangibles significativa y sustancialmente socavaban la motivación intrínseca.

Por tanto la motivación intrínseca asociada a una tarea disminuirá si los sujetos la realizan para obtener un beneficio, sin embargo cuando se aplica un refuerzo en una actividad con altos niveles de motivación intrínseca, considerando un refuerzo como un reconocimiento del desempeño, mantiene e incluso mejora la motivación intrínseca, siempre y cuando no sea considerado como una conducta de control, en cuyo caso lesionaría el sentimiento de autocompetencia y por ende disminuiría la motivación intrínseca.

1.5.2 Teoría de las características del puesto

Hackman y Lawler (1971) iniciaron esta teoría basándose en cinco proposiciones generales:

- 1) Las personas se implican principalmente en conductas que consideran que les producirán un resultado valorable.

- 2) Los resultados tienen valor porque satisfacen necesidades del individuo, tanto psicológicas como fisiológicas.
- 3) Los empleados se esforzaran en alcanzar objetivos organizacionales cuando el logro de dichos objetivos implica la satisfacción de necesidades personales.
- 4) Las necesidades de alto nivel (necesidades de crecimiento personal o de logro) sirven como incentivos motivacionales, pero no las de bajo nivel (necesidades físicas).
- 5) No todas las personas se implican en satisfacer necesidades de alto nivel, pero las que lo hacen, la mayor satisfacción se produce por la obtención de resultados deseados, mediante su propio esfuerzo.

Para que un trabajo sea motivante debe de poseer tres atributos generales:

- 1) Los resultados deben de ser conocidos o evaluables por el empleado;
- 2) Deben de permitir que el sujeto se sienta responsable del logro obtenido;
- 3) El trabajador debe de recibir información sobre su desempeño.

Hackman y Oldham (1975, 1976), partiendo de estas proposiciones y atributos han formulado un modelo sobre qué características del trabajo influirían en la motivación interna del individuo, (Figura 1.4).

Las características o “dimensiones centrales del puesto”, que determinan la motivación según este modelo son: variedad de competencias, identificación de la tarea, sentido de la tarea, autonomía y retroinformación sobre el desempeño.

La variedad de competencias o de destreza, es el grado en el que el empleo requiere diferentes actividades que precisan de diferentes habilidades.

La identificación o identidad de la tarea expresa el grado en que el empleo permite la realización de un completo e identificable producto.

El sentido o importancia de la tarea es el grado en el que el empleo tiene un reconocimiento por otros.

La autonomía indica el grado en el que el empleado actúa libre e independientemente en la realización de las tareas.

La retroinformación (feedback) es la extensión en que el empleo facilita al trabajador, información sobre la efectividad de su desempeño.

Estas cinco dimensiones se resumen en un concepto global denominado Potencial Motivacional del Puesto.

Según esta teoría, para que un trabajador posea un alto grado de motivación interna, debe tener satisfechas tres tipos de necesidades de desarrollo personal, lo que denominan “estados psicológicos críticos”:

1) Debe percibir su puesto como significativo, importante, útil; lo que obtiene mediante las tres primeras dimensiones, de forma que considere que posee variedad de competencias, que identifique las tareas que realiza, y que encuentre un sentido a dichas tareas.

2) Debe sentirse responsable del logro obtenido, percibiendo que este está en función de su esfuerzo o iniciativa, lo que consigue por disponer de autonomía (cuarta dimensión).

3) Debe conocer los resultados de su trabajo y si su desempeño ha sido correcto. Esto depende de la quinta dimensión del empleo: la cualidad de la retroinformación recibida.

En revisiones posteriores del Modelo Hackman y Oldham (1980) incluyen unas variables moderadoras a los estados psicológicos críticos, que explican por qué trabajadores en puestos similares pueden presentar diferencias individuales muy acusadas, pudiendo influir en las dimensiones centrales del puesto y en los resultados personales y organizacionales. Estos son: el conocimiento y destreza; la satisfacción con el contexto laboral y la necesidad de autorrealización.

El conocimiento y destreza de la persona nos expresa el grado en que el empleado tiene el apropiado conocimiento y habilidad para llevar a cabo exitosamente el trabajo.

La satisfacción con el contexto laboral, es la satisfacción del individuo con una serie de elementos del entorno laboral (paga, seguridad, compañeros, supervisión, etc.)

Los trabajadores son capaces de valorar y responder a la riqueza inherente al trabajo cuando estén satisfechos los factores moderadores del contexto, por el contrario, el potencial motivador del puesto para originar motivación intrínseca puede verse influenciado ya que los trabajadores centrarán su atención en los problemas que les plantean los factores del contexto.

Solo los trabajadores que tengan alta necesidad de crecimiento responderán de forma positiva a los estados psicológicos críticos.

En consecuencia, el grado de satisfacción con los factores del contexto y la necesidad de autorrealización modulan las relaciones entre las características básicas de las tareas y los resultados deseados del trabajo.

El avance experimentado por un trabajador en sus estados psicológicos críticos, actuaría de factor multiplicador en su motivación intrínseca, su satisfacción laboral, la cualidad del trabajo realizado, en la disminución del absentismo y deseo de cambio de empleo, como resultados individuales y organizacionales.

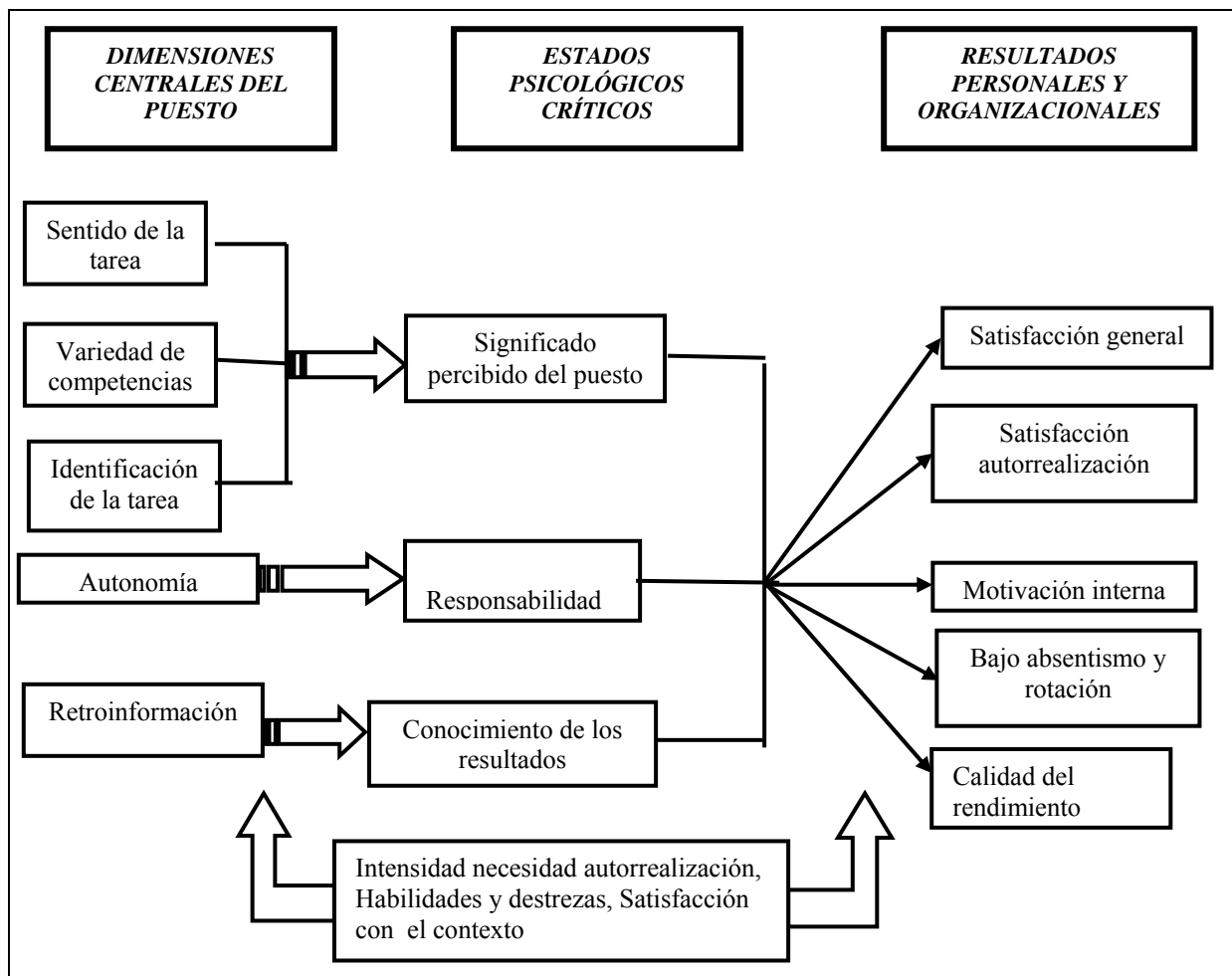


Figura 1.4 Relación entre las dimensiones centrales del puesto, estados psicológicos críticos y resultados sobre el puesto de Hackman y Oldham

1.5.3 Teorías de la justicia organizacional y de la equidad

1.5.3.1 Teoría de la consistencia cognitiva

Esta teoría inicialmente conocida como “teoría de la disonancia cognitiva” fue elaborada por Festinger (1957), planteando que todas las personas poseen inherentemente sentimientos de equidad que se activan a través de un proceso de comparación social con su entorno; en caso de obtener una evaluación subjetiva o discrepancia cognitiva, se produce una situación de duda que ocasiona una tensión psicológica desagradable o disonancia cognitiva, que puede interferir con su capacidad de actuar, intentándolo resolver o reducir mediante un examen de los pros y contras de cada factor . La resolución de la disonancia ocurre cuando un factor es visto como más atractivo que otro, procediendo a una recalificación de sus creencias, valores y percepciones de forma que estén de acuerdo con la conducta a seguir.

La disonancia se activa en el individuo cuando confronta dos elementos cognitivos (información) sobre el mismo o sobre su entorno que son opuestos, procede a una valoración de la motivación y deseo de cada elemento apreciando la magnitud de la disonancia, que va a intentar reducir o eliminar mediante un cambio de conducta o mediante su justificación, para lo cual cambia su actitud ante un acto o distorsionar la información.

El individuo puede presentar resistencias a la reducción de la disonancia, por no reducir o eliminar mediante el cambio alguno de los elementos, no existiendo siempre esta reducción.

1.5.3.2 Teoría de la equidad

Adams (1963, 1965) basándose en la teoría anterior, afirma que los trabajadores de una empresa establecen juicios comparativos entre sus contribuciones laborales cuantitativas y cualitativas, (rendimiento, nivel de formación, de competencia, aportaciones, antigüedad, etc.) y lo que reciben por su empleo (salario, condiciones de trabajo, reconocimiento, promociones, etc.).

Cada individuo obtiene una ratio de esta comparación, que a su vez va a comparar con la obtenida por su percepción de las aportaciones y retribuciones de uno de sus compañeros de trabajo al que toman como referencia.

Este es un proceso subjetivo, en el cual cada persona atribuye un valor diferente a las contribuciones laborales y a las ventajas obtenidas, y de la comparación entre las respectivas ratio esfuerzo/recompensa, incluyéndose dentro de las recompensas todo lo que recibe el individuo considerado como valioso, tanto monetario como de valor social, surgiría caso de considerarlo relevante, una consideración de igualdad o de desigualdad.

Los sentimientos de desigualdad e injusticia crean una tensión en el individuo, que es proporcional a su magnitud, que motiva al individuo en su reducción de acuerdo al tamaño percibido de la desigualdad.

Este modelo ofrece la posibilidad de explicar que si un individuo se considera mal pagado o discriminado negativamente, difícilmente podrá mejorar su rendimiento, posiblemente intentara reestructurar el equilibrio a través de un menor esfuerzo o racionalizarlo mediante un cambio de las comparaciones sociales.

Según Adams, un individuo puede elegir entre varias estrategias para reducir los sentimientos de desigualdad, y elegirá la que le resulta más fácil:

1. Cambiar su rendimiento: aumentar o disminuir producción
2. Cambiar sus recompensas: buscar un mejor sueldo u otros beneficios
3. Cambiar sus pensamientos o percepciones para disminuir las desigualdades percibidas
4. Cambiar el entorno laboral: obtener una transferencia, absentismo, etc.
5. Involucrar a otras personas, pudiendo influir sobre los otros para cambiar su rendimiento
6. Cambiar la base de comparación.

Greenberg (1987, 1990) desarrolla el concepto de justicia organizacional, planteando que la teoría de Adams se centra en el sentimiento de justicia distributiva, en donde el individuo se compara, bien con otros individuos que ocupan la misma posición en la empresa (equidad en el empleo), con trabajadores de distinto puesto (equidad de la compañía), con trabajadores de empleo similar de otras empresas (equidad ocupacional), con grupos de trabajadores que compartan alguna característica similar (equidad de cohortes), o se compare con el mismo tomando como referente su situación en algún momento (auto-equidad).

Sin embargo, Greenberg considera que el individuo también evalúa el sistema de evaluación de rendimiento, la participación en el proceso y la forma en que se toman en consideración las atribuciones de recompensas laborales. Es decir junto al sentimiento de justicia distributivo existe un sentimiento de justicia en el procedimiento, de forma que el

trabajador que recibe información, que participa en la toma de decisiones, que puede dar opiniones, hacer reclamaciones, etc., influenciará positivamente su sentimiento de equidad.

1.5.4 Teorías de la elección cognitiva

1.5.4.1 Teorías de la atribución

Todas tienen en común que las personas atribuyen conductas tanto a otras personas (atribución disposicional), como a la situación (atribución situacional)

Heider (1958) inició esta teoría en el ámbito de la psicología social al estudiar la percepción social. Definió la atribución como la inferencia que realizan las personas sobre causas, eventos, otras conductas o su propia conducta, que pueden ser o no ciertas, pero que al actuar los individuos basándose en sus creencias, son poderosas explicaciones de su conducta. Mediante esta teoría planteó la explicación de los procesos por el que las personas justifican: su conducta; el porqué les ocurren determinadas cosas; el porqué los demás presentan un peculiar comportamiento; y las consecuencias emocionales y en la conducta de estas justificaciones.

Distinguió entre atribuciones internas (disposición personal, rasgos de personalidad, capacidad, sentimientos) y externas (situación y factores ambientales), arguyendo que tanto fuerzas personales como factores del entorno actúan sobre la persona, y el balance de estas determina la atribución de la responsabilidad.

Kelley (1973) desarrollo esta teoría añadiendo hipótesis sobre como los individuos establecen la validez de las impresiones propias o de otras personas ante una situación dada.

Para ello plantea tres factores que afectan a la formación de las atribuciones: consistencia, distintividad, y consensus. La consistencia es el grado en que una persona presenta la misma conducta en situaciones similares a lo largo del tiempo, la distintividad es el grado en que una persona presenta diferentes conductas en diferentes situaciones, y el consensus es el grado en que otras personas tienen la misma conducta en la misma situación.

Para establecer la validez de su atribución, evalúa la conducta de otras personas (consensus), si responden de diferente forma ante diferentes estímulos (distintividad), y si presentan siempre la misma respuesta a ese estímulo (consistencia).

Weiner (1972) plantea en las atribuciones tres factores, (Figura 1.5):

1. Locus de control, que definió como la percepción sobre la contingencia de los eventos de la vida de una persona con su propia conducta y características personales. Una persona con locus de control interno atribuye los cambios a él mismo y a sus acciones, en la consideración de que tiene control sobre su propio futuro y se ve a si mismo como un efectivo agente para la realización de acciones en ese fin.

Una persona con locus de control externo atribuye el cambio a una fuente externa (suerte, destino, acciones de otros, fuerzas sociales, etc.), considera que no tiene control sobre ello.

2. Estabilidad de la causa, planteando que las causas pueden ser estables, es decir relativamente permanentes e inmutables, o inestables en que están sujetas a cambios. Diferencia entre tareas de destreza y tareas de suerte, de forma que si alguien tiene éxito en tareas de destreza, atribuirá los resultados a una causa estable (capacidad), esperando similares resultados en el futuro, si ocurriese en tareas consideradas de suerte, la atribución es a una causa inestable (suerte) y no considera que pueda obtener resultados similares en el futuro.

3. Controlabilidad de la causa, según esté sujeta (controlable) o no (incontrolable) a nuestra voluntad.

La capacidad y la dificultad de la tarea se consideran constantes o estables, suelen ser las más difíciles de las cuatro atribuciones de cambiar, mientras que el esfuerzo y suerte son inestables, de forma que pueden cambiar fácilmente. La combinación permite explicar los resultados obtenidos en su trabajo sobre la base de su autopercepción de capacitación personal, esfuerzo empleado, dificultad de la tarea o suerte.

Un problema de esta teoría consiste en la diferencia de percepción según las tareas o comportamientos sean propios o ajenos, tendiéndose a valorar los resultados positivos propios como debidos a su capacitación y esfuerzo mientras que en los ajenos primarían los factores circunstanciales, esto se invierte en caso de resultados adversos.

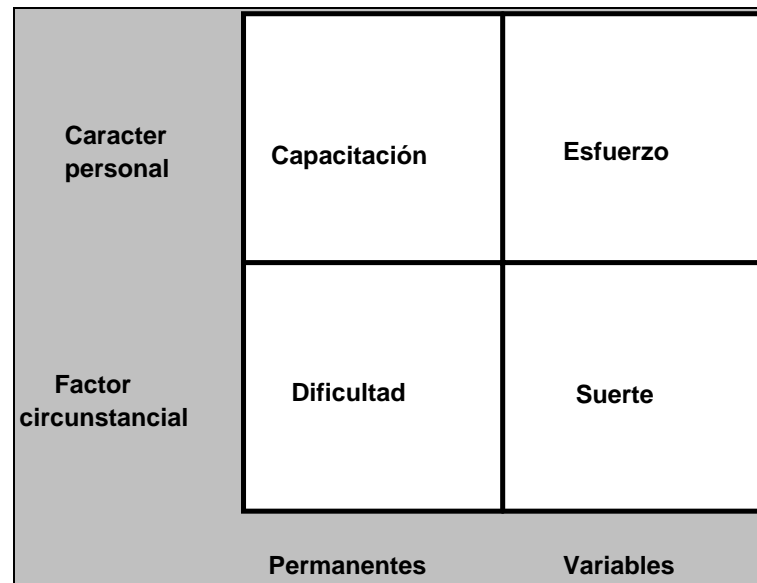


Figura 1.5 Atribución de resultados según Weiner

El modelo atribucional plantea que los individuos con autopercepciones altas de eficacia y capacitación presentan una superior motivación, con mayor capacidad de esfuerzo y deseos de responsabilización de tareas. Por otra parte la diferencia de atribución entre el empleado y la dirección, podría ocasionar disminuciones de la motivación si el empleado no considera valorado su esfuerzo.

1.5.4.2 Motivación por el logro

Atkinson (1966) plantea en su teoría de la motivación por el logro, que los individuos se sienten inclinados a orientar su comportamiento para conseguir metas que él valora. Laboralmente el individuo elige sus actuaciones en función de un arbitraje entre logros positivos en caso de éxito y efectos negativos caso de fracasar. Según el modelo

teórico de Atkinson la motivación se produce como consecuencia de la actuación de seis factores:

- 1) Móvil para lograr el éxito;
- 2) Móvil para evitar el fracaso, que actúa como moderador de la intensidad del primero, y está unido a la propensión del individuo a experimentar ansiedad en caso de no lograr realizar sus deseos (se mide mediante un test de ansiedad);
- 3) Expectativas de éxito;
- 4) Expectativas de fracaso, tanto este como el anterior son las probabilidades que el individuo valora de obtener o fracasar en el resultado deseado;
- 5) Beneficios en caso de éxito;
- 6) Perjuicios en caso de fracaso.

Este modelo plantea que la motivación va a depender de tres condiciones, estar motivado para realizar las tareas con éxito (móvil de logro), percibir una probabilidad de éxito (expectativa) y tener una valoración de los beneficios a obtener en caso de éxito.

La tendencia de una persona a realizar o evitar una determinada conducta puede ser calculada según Atkinson mediante la siguiente fórmula:

$$TA = (MS \times PS \times IS) - (MAF \times PF \times IF)$$

Donde:

MS = Necesidad de logro o esfuerzo para el éxito

PS = Probabilidad de éxito (0 a 1)

IS = Valor Incentivador del éxito (IS = 1 - PS)

y

MAF= Miedo de fracaso (medida por test de ansiedad)

PF= Probabilidad de fracaso ($PF= 1 - PS$)

IF = Valor desincentivador del fracaso ($IF= 1 - PF= PS$)

Atkinson concluía que las tareas de dificultad intermedia son las que producen mayor motivación.

Weiner (1974), a partir de su desarrollo de la teoría de la atribución, plantea que la motivación para el logro, es el resultado de la percepción por el individuo, de que puede llevar a cabo una tarea compleja. La motivación estará fuertemente influenciada por las atribuciones que haya realizado el individuo anteriormente, en tanto que la conducta se influencia por las percepciones anteriores del individuo sobre la dificultad de las tareas; posibilidad de obtención de los logros deseados; y por las posibles consecuencias derivadas de ellos.

Las expectativas determinan la acción, pero están relacionadas con la estabilidad no con el locus, de forma que:

Fracaso + causa estable (incluso interna) = baja expectativa de éxito

Fracaso + causa inestable (incluso externa) = alta expectativa de éxito

Los resultados son también percibidos como positivos o negativos, pudiendo ocasionarle diferentes reacciones emocionales, que van desde sentimientos de enorgullecimiento, confianza, aumento de su autoestima y seguridad o por el contrario embarazo, pena, ira o resignación. Si un individuo atribuye el éxito a su propio esfuerzo, estará motivado para aumentar sus esfuerzos en tareas futuras, mientras que si atribuye un

fracaso a una causa estable, reduce las expectativas de lograr un éxito en las siguientes ocasiones, reduciendo su motivación hacia ellas.

El proceso de atribución se inicia si el resultado de una acción es inesperado, negativo y lo considera importante, existiendo dos fases. En la primera inmediatamente tras la obtención del resultado se experimenta una emoción, emoción que no depende de la acción sino del resultado, tras lo que se pone en marcha una evaluación cognitiva que elabora la atribución.

Weiner (1992) planteaba que una persona motivada por el logro se caracterizaría por:

- 1- Estar interesado en tareas que relacione con éxito, en cuanto considera que el éxito es debido a su capacidad y esfuerzo, en los que confía. El fracaso lo considera causado por mala suerte o causas no predecibles, por lo que no afectan a su autoestima.
- 2- Aplica gran energía y persiste en la tarea, aunque se complique debido a que asume que el fracaso puede ser causado por falta de esfuerzo, pudiendo superar los problemas con mayor esfuerzo.
- 3- Selecciona tareas de moderada dificultad (50% probabilidades de éxito), por que en ellas la retroinformación de su cumplimiento le permite una autovaloración de su capacidad y efectividad, que le motiva más que otras más difíciles o fáciles.

I.1.6 El enfoque cognitivo-intermitente

Bajo esta denominación Kanfer (1990), clasificó a las denominadas teorías de la Instrumentalidad o de las Expectativas, en cuanto se centran en las expectativas y valencias del individuo en relación con sus comportamientos particulares, en situaciones particulares o intermitentes. Estas teorías parten de la consideración de que los individuos actúan con base en lograr algo que tiene valor para ellos, la acción se considera un instrumento para la consecución de un resultado, en este objetivo, modulan su comportamiento escogiendo las alternativas de conducta que considera que mejor puede favorecer dicho logro.

1.6.1 La teoría VIE de Vroom

Vroom (1964) describió la denominada teoría VIE (Valencia, Instrumentalidad, Expectativa), basándose en esos tres conceptos y representada en la Figura 1.6.

La Valencia es el sentimiento del empleado con respecto a un particular resultado del trabajo. Podrá ser positiva como el salario, promoción; o negativa como el riesgo. La valencia puede ser considerada como la fuerza de atracción frente a los resultados que puede lograr.

La Instrumentalidad es la percepción de la asociación entre desempeño y resultado.

Las Expectativa es la probabilidad que asigna el trabajador a su capacidad de que mediante un determinado esfuerzo produzca el resultado deseado.

El individuo estaría motivado para adoptar un determinado comportamiento en su trabajo atendiendo a un proceso psicológico de elecciones razonadas. Estas elecciones dependen por una parte de sus percepciones y por otra parte de las posibles consecuencias

de las diferentes alternativas que el evalúa. Su motivación laboral estaría determinada por las esperanzas de poder alcanzar unos objetivos de rendimiento gracias a unos esfuerzos que el considera capaz de llevar a cabo, junto a ello debe de considerar que tiene posibilidades de obtener ciertas recompensas en función del rendimiento que logre.

Es importante notar que tanto la expectativa como la valencia y la instrumentalidad están basadas en las percepciones del empleado.

El trabajador estará más motivado y por tanto dedicará un mayor esfuerzo, si percibe que con su desempeño obtiene un elevado rendimiento laboral, que le permitiese una consecución de objetivos que son positivos y atractivos para él.

Vroom define la motivación como “un proceso gobernando elecciones... entre diferentes alternativas de conducta voluntaria”, no es un simple proceso de tareas, logros, recompensas sino que también depende del conocimiento por cada individuo de sus metas personales.

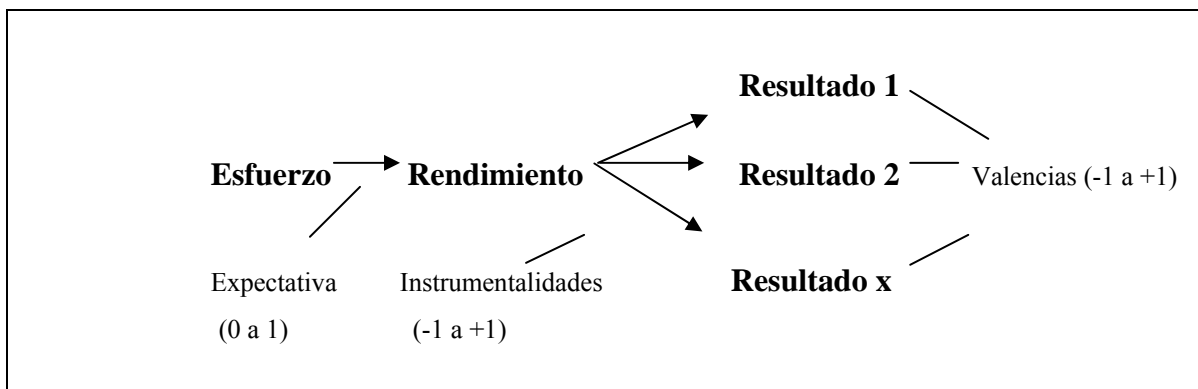


Figura 1.6 Modelo de la Instrumentalidad de Vroom

1.6.2 Modelo de expectativas de Porter y Lawler

Porter y Lawler (1968) describieron un modelo bastante afín al de Vroom, en el que plantean tres dimensiones en la escala motivacional:

1- Expectativa de Esfuerzo - Rendimiento ($E \rightarrow R$): Estimación subjetiva de la persona con respecto a la probabilidad de obtener un determinado rendimiento, mediante un determinado esfuerzo.

2- Expectativa de Rendimiento - Recompensa ($R \rightarrow R_s$): Percepción subjetiva del individuo con respecto a la probabilidad de obtener mayores beneficios si logra un rendimiento determinado.

3- Valencia (V): Valor subjetivo que el individuo da a los beneficios o recompensas.

La Motivación vendría dada por el producto de las tres dimensiones:

Motivación = [(E \rightarrow R) x Σ ((R \rightarrow R_s) x Valencia)], lo que postula que si un individuo no considera posible tener alguna expectativa en su ámbito laboral (valor cero) la motivación será nula.

Las expectativas de esfuerzo – rendimiento se suelen sustentar en las experiencias previas, confianza en uno mismo y en el grado de dificultad percibida de obtener el rendimiento deseado, por tanto van a afectar a esta percepción de forma acusada: la confianza de la persona en sus capacidades y habilidades para lograr llevar adelante las tareas que se propone; la percepción de mayor o menor dificultad de la tarea; la consideración de poseer algún grado de control sobre el resultado esperado.

Sin embargo no todos los individuos tienen la misma concepción de éxito realización eficaz del trabajo, las diferentes percepciones del rol pueden influir sobre la

relación entre el esfuerzo realizado y la calidad del rendimiento del trabajo.

Las expectativas de rendimiento – recompensa, se verán afectadas por dos componentes de la recompensa, una *intrínseca*, de satisfacción del individuo consigo mismo por considerar que ha logrado una tarea difícil y otra *externa* que se refiere a la magnitud del beneficio que espera recibir de la organización por haber realizado el trabajo; esta magnitud externa esta en estrecha relación con la confianza del individuo de que sus superiores valorarán y premiarán sus logros. También influye marcadamente la existencia o no, de un sistema formal que permita algún genero de evaluación y control sobre el cómo; cuándo; y que beneficios se distribuirían sobre la base de los logros obtenidos.

La valencia va a estar en función de los valores, necesidades, metas y preferencias del individuo, que podrá preferir unos tipos de beneficios sobre otros, (incrementos salariales, promociones, tiempo libre, tareas interesantes, reconocimiento, etc.).

La satisfacción se produce como resultado de la comparación entre la recompensa obtenida realmente de la organización y la que el individuo considera adecuada. Cuanto mayor sea la diferencia entre estos dos valores, tanto más elevado será el grado de satisfacción o de insatisfacción. Basándose en esto Porter y Lawler consideran que la satisfacción no esta relacionada con la productividad, ya que un trabajador contento no es necesariamente un trabajador productivo.

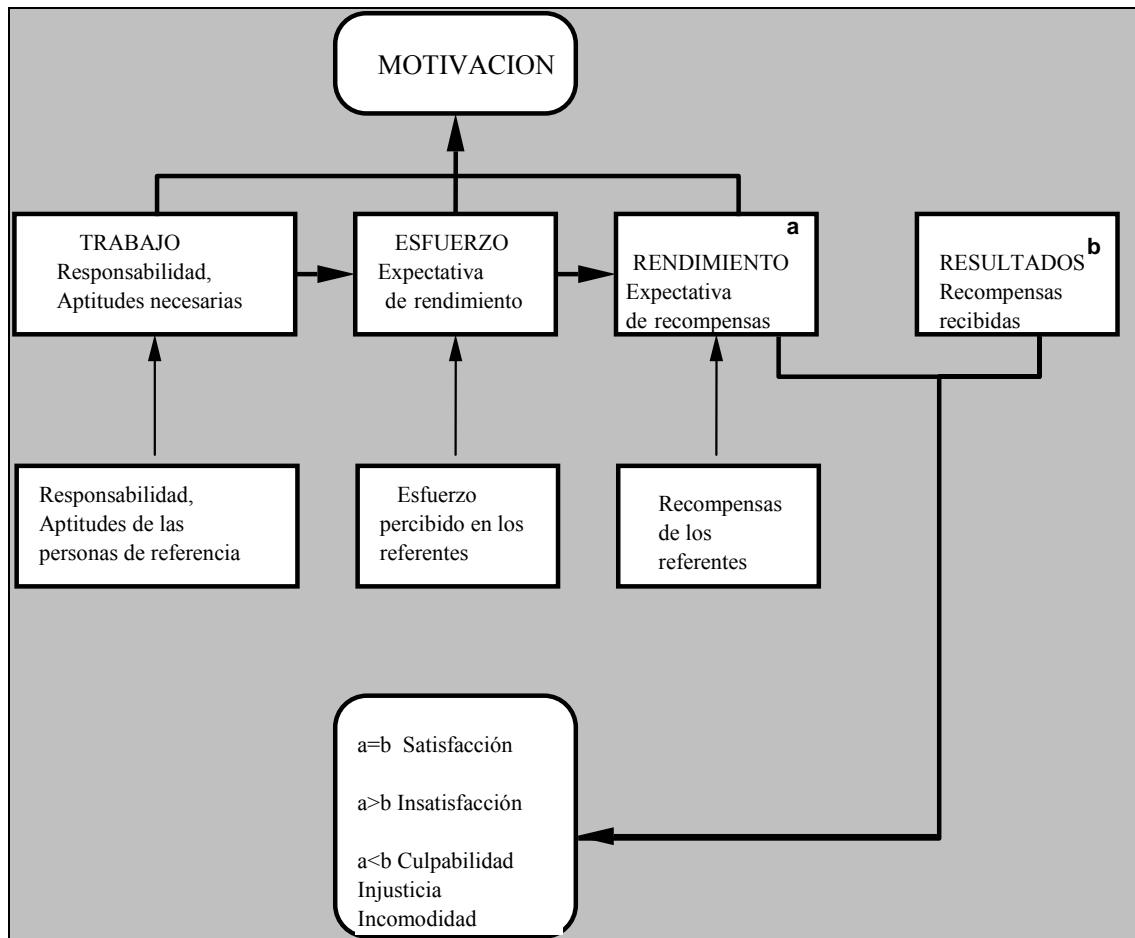


Figura 1.7 Modelo de los determinantes de Motivación y Satisfacción (modificado de Lawler 1973)

Lawler (1973) perfeccionó el modelo de satisfacción, planteando que el individuo realiza una autovaloración sobre su aportación personal (capacidad, experiencia, esfuerzo, antigüedad, formación,...), y sobre las diferentes facetas y aspectos del trabajo (grado de dificultad, responsabilidad, autonomía, etc.), que compara con los de otros tomados como referentes, a partir de la cual se plantea su expectativa, que compara con las recompensas obtenidas, de cuyo resultado obtendrá si es similar un sentimiento de satisfacción; de

insatisfacción caso de ser menores las recompensas obtenidas que las deseadas; y sentimientos de culpabilidad y desazón caso de considerar menores sus aportaciones (Figura 1.7).

El sistema de las expectativas plantea como se puede crear un sistema motivacional mediante la valoración de las posibles recompensas a los trabajadores dentro de un clima organizacional que posibilite la consecución de recompensas a través de la consecución de unos desempeños exitosos.

1.6.3 La teoría dinámica de la acción

Esta teoría también denominada teoría del control de la acción, considera que en el individuo coexisten tendencias motivacionales múltiples, lo que ocasiona que su comportamiento, en un momento dado estaría ocasionado por el impulso motivacional predominante.

Cambios en la tendencia motivacional dominante ocasionarían cambios de comportamiento, permitiéndonos explicar porque las personas no siempre actúan congruentemente con su intención.

Atkinson y Birch (1970), plantean que dos fuerzas opuestas determinarían el comportamiento de la persona, por una parte las denominadas “fuerzas incitadoras” orientarían la conducta hacia una actividad particular en cada momento, a las que seguirían las “fuerzas consumidoras” que contrarrestan la motivación para esta actividad, de su conjunción surge la fuerza motivacional.

Si una actividad ejerce una atracción superior a la de otras, orienta en este sentido la fuerza motivacional del individuo, pero como estas fuerzas son fluctuantes en el tiempo,

pueden otras tareas, atraer hacia ellas la fuerza motivacional de la persona., de esta forma, se puede conservar la motivación global por un empleo, debido a que la motivación se orienta periódicamente hacia diferentes actividades, hipótesis que nos permite explicar porque las personas pueden trabajar en tareas a las que valoran poco (baja valencia), y la estabilidad en la conducta laboral de una persona a lo largo de su historia. Si las fuerzas consumidoras actuaran sobre la mayor parte de las actividades del empleo, el individuo se desmotivaría.

Kuhl y Atkinson (1984) consideran que en el control de sus acciones, las personas tienen una clara distinción entre sus expectativas y las de los demás, lo que las permite una autodirección y autocontrol del comportamiento. Este autocontrol esta muy influido por su percepción de eficacia personal (autoeficacia), ya que facilita la iniciación y mantenimiento de las intenciones conductuales, y también tiene gran importancia el grado de autoestima. Los individuos que poseen una marcada orientación hacia la acción dirigen su interés hacia la consecución de objetivos, prestando poca atención al componente emocional desarrollado en el cumplimiento de la tarea. Por el contrario, los individuos poco implicados hacia la acción focalizarían su orientación hacia sus estados emocionales internos y hacia su entorno, lo que influye en la eficiencia de su autorregulación en el cumplimiento de sus tareas.

I.1.7 Las teorías de la autoregulación-metacognición

Plantean que el individuo una vez que ha realizado una elección de objetivos, pone en marcha una serie de procesos cognitivos y afectivos, que guían su conducta para poder

lograr su meta. Estas teorías se centran principalmente en qué procesos determinan el efecto de los objetivos sobre el comportamiento, atendiendo menos a que procesos actúan en la elección de los objetivos.

1.7.1 Teoría de la fijación de objetivos

Esta teoría intenta responder al interrogante de ¿Cómo motivar a la gente?, proponiendo como solución la fijación de objetivos. Fue desarrollada inicialmente por Locke (1968), planteando como hipótesis principal que los objetivos serían determinados y elegidos de manera racional y consciente mediante procesos cognitivos, lo que daría al individuo un control sobre sus estímulos, pero ciertas metas no serían tomadas por una elección cognitiva sino por procesos y reacciones afectivas.

Locke (1968) considera que la motivación para la consecución de los objetivos está determinada por factores externos (autoridad, influencia del entorno y beneficios), factores interactivos (participación y espíritu competitivo) y factores internos (expectativas, motivación intrínseca).

Locke, Shaw, Saari y Latham (1981) demostraron que la productividad de los empleados es favorecida por el conocimiento de los resultados obtenidos en la obtención de metas en las que ellos habían participado. Los trabajadores al participar en la fijación de objetivos se interesan, y aprecian la forma en que su esfuerzo permite la consecución del objetivo; se aumenta con ello:

- 1) la motivación y satisfacción del personal,
- 2) se favorece una mayor avenencia y menor resistencia a la autoridad formal y
- 3) se logra una mayor armonía en la organización que aumenta su rendimiento.

Los elementos principales que debe tener este modelo son:

- Participación con voz y voto en la fijación de objetivos, de esta forma el personal las acepta y se siente involucrado en su realización.

-Metas factibles, claras y específicas, de forma que el empleado sienta que se pueden realizar.

-Que pueda valorar el proceso de realización y el grado de consecución de las metas.

-Que supongan un estímulo. Las metas con cierta dificultad son más motivadoras principalmente para el personal de mayor preparación.

-Que exista información válida y comprobable sobre la forma en que se están llevando a cabo y cumplimiento de los plazos marcados.

La evaluación del proceso y de la obtención de resultados es tan importante como fijar las metas, la confianza en el sistema calificador y sobre todo la estimulación de la autoevaluación permitirá aumentar el efecto motivacional y facilitar el cambio de comportamientos para adoptar otros más productivos.

La participación en la fijación de metas favorece por una parte al proceso productivo, pues permite mejorar la toma de decisiones y control y aumenta la productividad por favorecer el autocontrol y autodirección de los empleados, que se sienten motivados para un mejor desempeño de sus funciones, es de gran importancia el que los empleados consideren que poseen las capacidades necesarias para el logro de las metas, que sean informados sobre su desempeño de forma que puedan ajustar el nivel de esfuerzo, y que se den recompensas cuando un objetivo se logra.

1.7.2 Teoría del aprendizaje social

Mientras que en el conductismo la conducta humana es una simple reacción a estímulos externos, esta teoría expone que existe un mediador (el conocimiento humano) entre el estímulo y la respuesta, de forma que el individuo posee un control sobre su conducta en respuesta a estímulos.

Los principios básicos de esta corriente son:

- 1) Las consecuencias a una acción (beneficio o castigo), influyen en la probabilidad de que una persona tenga la misma conducta particular caso de repetirse la situación;
- 2) Las personas pueden aprender observando a otros (aprendizaje indirecto);
- 3) Los individuos están más dispuestos a imitar conductas de otros, si se identifican con ellos.

Rotter (1954) combinó el conductismo con el estudio de la personalidad, y si bien consideraba que el principio que motiva a los individuos es la ley del efecto, de forma que buscan los estímulos positivos o refuerzos y evitan los desagradables, plantea que la personalidad representa una interacción del individuo (sus antecedentes y experiencias) con su entorno (características situacionales), de forma que la conducta en una situación particular, resulta de una combinación de expectativas de que esa conducta, en esa situación, le produzca un particular resultado (refuerzo), y de cómo valora esos resultados.

Para él la conducta es variable, tanto por poder variar las expectativas del individuo, como por cambios del entorno en que se encuentra inmerso. El individuo se comporta teniendo en cuenta sus expectativas o probabilidad subjetiva de que una conducta dada le

lleve a un particular resultado, expectativas basadas en sus anteriores experiencias y en el valor o deseabilidad de esos resultados (refuerzo).

Rotter plantea que la conducta potencial de un individuo se podría expresar como una fórmula matemática, al ser función de la expectativa y del refuerzo $CP = f(E \& R)$. Si la expectativa y refuerzo son altos, la probabilidad de que esa conducta se lleve a cabo es alta y viceversa.

Dicho autor acuñó el término “Locus de control” para designar las creencias del individuo sobre que determina el logro o no de unos resultados deseados atendiendo a la dimensión de control interno – externo “I-E”. Los individuos presentan diferentes grados en las expectativas de lograr refuerzos mediante sus conductas; para Rotter presentan un fuerte locus de control interno, aquellos que consideran que la responsabilidad de los resultados depende de sus propios esfuerzos, contrariamente los individuos con fuerte locus externo consideran que los resultados no se deben a sus esfuerzos, sino que están principalmente causados por fuerzas ajenas a él. No debe considerarse el locus como una tipología, ya que pueden existir situaciones específicas donde personas que son generalmente de carácter interno actúen como externos, lo que es debido a sus experiencias previas en situaciones similares.

Las siguientes teorías fundan su análisis a partir del autoconcepto. El autoconcepto es el conocimiento que tiene el individuo de él mismo. Está compuesto de imágenes, esquemas, teorías, concepciones sobre el mundo y sobre los otros, que le permiten a la persona mantener una cierta estabilidad interna y protegerla contra los cambios, junto a

una flexibilidad suficiente para poder adaptarse cuando se confronta con su entorno social o cuando tiene que tomar decisiones.

El autoconcepto es el origen del mecanismo de autoregulación y el principal regulador de los comportamientos

1.7.3 Teorías de la autodeterminación

Considera que el comportamiento individual esta motivado por la necesidad de sentirse competente y ser el origen de sus propios comportamientos. Deci y Ryan (1991) la desarrollaron basándose en su propia teoría de la evaluación cognitiva (la motivación esta suscitada por un sentimiento de autocompetencia y autoeficacia), añadiéndole elementos de la teoría de la orientación a la causa (la motivación sería también suscitada por el deseo del individuo de desarrollar su propio comportamiento cuando busca satisfacer sus necesidades) y de la autointegración (el individuo interiorizaría una serie de pautas de comportamiento de forma que adoptaría como propios, comportamientos anteriormente sujetos a factores de control externos).

La articulación de estas teorías lleva a Ryan y Deci (2000) a plantear que se debe diferenciar en los comportamientos intencionales el grado en que son autónomos (es decir, determinados por el propio sujeto) frente a controlados por otros. Las actividades controladas pueden llegar a ser más autónomas en función de un proceso de integración por la que los individuos internalizan valores extrínsecos de forma que se integran con sus valores propios.

Distinguen cuatro clases distintas de comportamientos intencionales, que se diferencian en el grado en que reflejan la integración de valores dentro de uno mismo. Los

comportamientos controlados son obligados o ejercidos por presiones o influencias externas al individuo. Las presiones externas pueden ser integradas eventualmente, dando lugar a la autorregulación introyectiva. Los comportamientos introyectivos son dirigidos por las fuerzas internas, pero estas fuerzas consisten en presiones tales como ansiedad o culpabilidad, o un deseo de favorecer a otros. Estos comportamientos son menos controlados que los dirigidos por fuerzas externas, pero siguen siendo relativamente controlados. La diferencia es que el aspecto de la autorregulación se ha movido dentro de la persona. Dos clases adicionales de comportamientos intencionales se caracterizan como autónomas; los comportamientos identificados y los intrínsecos. Los comportamientos identificados se interiorizan y se integran en el autoconcepto del individuo porque la persona los considera en gran parte como valores propios, por ello es relativamente autónomo o determinado por uno mismo. Finalmente, un comportamiento es dirigido por razones intrínsecas cuando las actividades son de interés propio.

Existiría así un continuum en la motivación que iría desde la motivación intrínseca que caracteriza a los individuos motivados por necesidades de competencia y autodeterminación, a la desmotivación de los individuos que realizan un trabajo de manera mecánica, sin percibir relación entre sus esfuerzos, su desempeño y los resultados obtenidos, en estos individuos se produce un estado de alienación con un sentimiento de autodeterminación muy bajo, que determina su desmotivación. En situación intermedia se situaría la motivación extrínseca de los sujetos que consideran que el trabajo es un medio para la consecución de bienes instrumentales.

1.7.4 Teoría socio-cognitiva

El enfoque sociocognitivo se desgajó de la teoría de aprendizaje social por los trabajos de Bandura (1986) en el objetivo de conocer y predecir las conductas del individuo y de los grupos, e identificar métodos por los que la conducta pueda modificarse o cambiarse.

Bandura centra el estudio de la motivación en la interacción recíproca existente entre los comportamientos de la persona; sus características individuales y el entorno o situación específica en el que ella se sitúa (Figura 1.8). La interacción se realiza de una forma peculiar que denominó determinismo recíproco, de forma que:

- 1) El individuo percibe o interpreta una situación de una determinada forma;
- 2) esa percepción dirige al individuo a actuar de una cierta forma;
- 3) esa acción cambia por una parte la situación y por otra la percepción de ella.

En la interacción no todos los factores tienen el mismo peso, pudiendo diferir por el propio individuo (conocimientos, afectos, eventos biológicos), por la conducta en concreto y por el entorno específico en que ocurre la conducta.

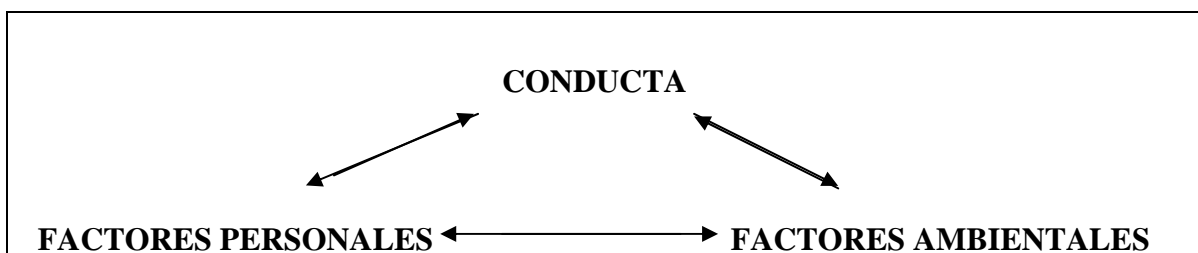


Figura 1.8 Teoría Socio-Cognitiva

Bandura plantea que todas las personas, en grados diferentes, tienen:

-Capacidad de representarse su entorno, construyendo símbolos que le sirven de mecanismo cognitivo de interpretación. Estos símbolos pueden ser almacenados en la memoria y ser utilizados para evaluar el pasado y prever futuras conductas. A través de la previsión puede plantearse las consecuencias de una conducta antes de llevarla a cabo.

-Capacidad de aprendizaje observacional o Modelado, de forma que no solo aprenden por la experiencia, sino también de la observación de otros. Este aprendizaje indirecto permite a las personas formarse patrones de conducta de una manera rápida, y esta gobernado por cuatro procesos: atención, retención, reproducción y motivación.

-la atención es la capacidad de observar selectivamente acciones y conductas en su entorno;

-la retención es la capacidad de guardar en la memoria los símbolos creados,

- la reproducción es el proceso por el que convertimos en acciones los modelos almacenados en la memoria,

-la motivación es el grado en el que plantea adoptar un modelo de conducta, para lo que el individuo tiene en cuenta los beneficios o perjuicios pasados, prometidos o referidos a otras personas.

-Capacidad de premeditación o de planificar las acciones, anticipar las posibles consecuencias y determinar los objetivos que motivan, guían y regulan las actividades.

-Capacidad de autorregulación, o de control interno que permite la autodirección de su conducta. Para ello, el individuo presta atención a aspectos específicos de la propia conducta (autoobservación), que le permiten comparar su desempeño con su objetivo (autoevaluación).

Estos procesos le permitirán una regulación de la conducta basándose en la motivación que presenta, la cual a su vez depende de tres factores: sentimiento de autoeficacia, retroinformación y tiempo esperado en alcanzar las metas.

La autoeficacia es un juicio sobre las propias capacidades y habilidades, para organizar y ejecutar las acciones requeridas para obtener unos resultados previamente determinados. Es la base de la motivación humana, autoestima y bienestar. La autoeficacia es una valoración subjetiva, lo que permite explicar porque la conducta de los individuos esta en ocasiones disociada de sus capacidades y, porque pueden diferir importantemente las conductas de individuos con similares conocimientos y habilidades.

La autoeficacia puede influir tanto en decisión de iniciar una acción, como en el nivel de esfuerzo y persistencia de la conducta ante obstáculos o situaciones adversas. El sentimiento de autoeficacia influencia los patrones de pensamiento y reacciones emocionales del individuo. Un alto nivel de autoeficacia crea sentimientos de serenidad ante situaciones dificultosas, mientras que un bajo nivel puede ocasionar ansiedad, estrés, depresión y una estrecha visión de cómo resolver el problema, que le puede llevar a reducir sus objetivos. Como consecuencia el sentimiento de autoeficacia puede influenciar el nivel de cumplimiento, pues a mayor percepción de autoeficacia, serán más altos los objetivos autoasignados y mayor la implicación en ellos.

Plantea tres aspectos relevantes en el campo organizacional:

1. Desarrollo de competencias cognitivas, sociales y conductuales a través del modelado, de ser guiados mediante una retroinformación y facilitar la transferencia de nuevas habilidades a la práctica diaria.

2. Estimular las creencias de los individuos en sus capacidades de forma que se estimule su talento efectivamente.
3. Aumentar la motivación a través de sistemas de objetivos.

1.7. 5 Teoría del control

Este modelo relaciona los objetivos y la autorregulación de la acción, basándose en una continua retroinformación y su comparación con un referente estándar, de esta forma los individuos realizan cambios en su conducta para reducir cualquier discrepancia entre los resultados observados y los resultados deseados.

Powers (1973) planteó que los organismos realizan un esfuerzo para controlar ciertas variables, significando el control su mantenimiento frente a perturbaciones o disturbios, para ello una vez que el organismo inicia una acción, pone en marcha un sistema sensor que recoge y mide toda la información que le llega sobre cumplimiento de dicha acción, estableciendo una comparación con el objetivo referente, caso de existir discrepancia se genera una señal de error y se pone en marcha un mecanismo de respuesta o sistema efector, para reducir la discrepancia, (Figura 1.9).

Carver y Scheier (1981), aplicaron esta teoría a la conducta humana, planteando en la teoría del control, -o de la autorregulación-, dos elementos primarios, uno cognitivo y otro afectivo. El componente cognitivo abarca las metas internas del individuo, el proceso de información sobre la situación en que se encuentra y la comparación de ese estado con sus metas. El componente afectivo se origina en las discrepancias percibidas entre la situación presente y la deseada, iniciándose un comportamiento con el objetivo de resolver esa discrepancia.

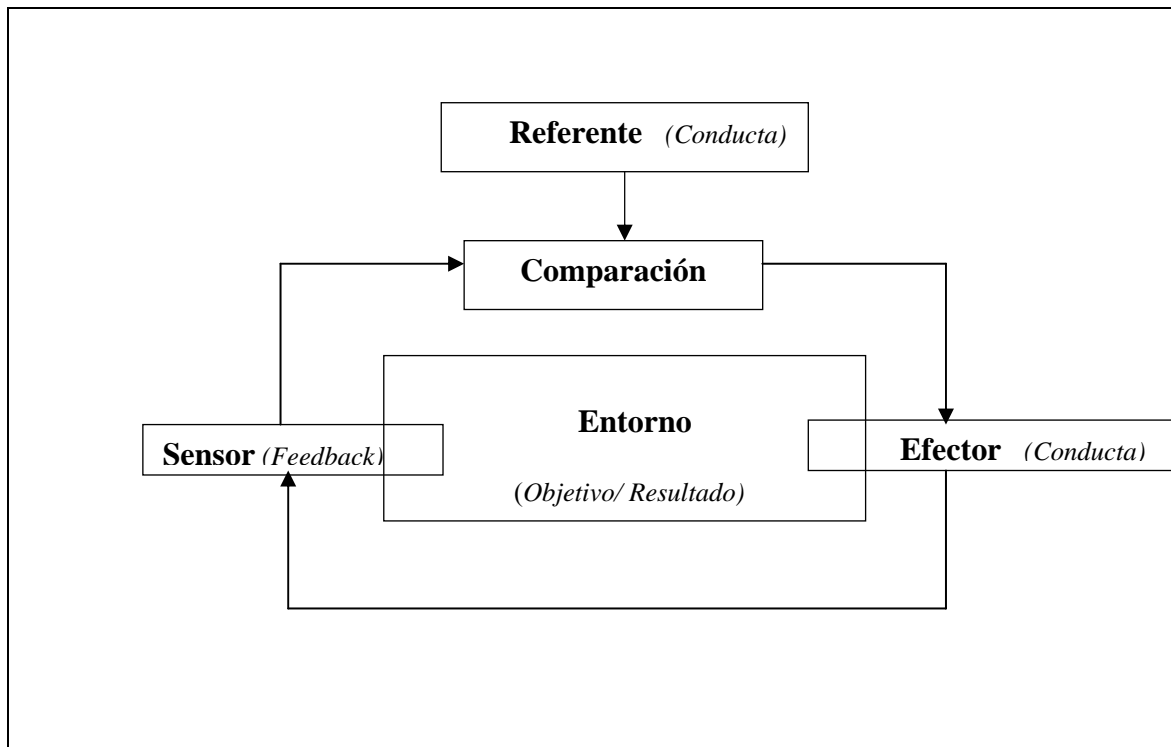


Figura 1.9 Modelo simple de teoría del control aplicado a la conducta (modificado de Powers)

De esta manera los procesos de autorregulación están relacionados con las características personales del individuo, consideran estos autores que los estándares de conducta, como cualquier otra información, son almacenados en la memoria en forma de esquemas cognitivos, y ordenados según una jerarquía de valores. Cuando el individuo compara su conducta para obtener unos objetivos, la dirección y forma de atención que emplea, siguen un patrón de preferencias con respecto a los estándares almacenados, es lo que definen como autofocalización. Las personas con una elevada autofocalización se caracterizan por atender a las fuentes de información generadas por ellas mismas, mientras que las que poseen una baja autofocalización van a centrarse en fuentes ambientales de información y estándares de conducta de otras personas.

Klein (1989), planteo un modelo integrado de la teoría del control de la motivación laboral, (Figura 1.10) que se diferencia del de Powers, en la inclusión de diversos procesos cognitivos entre el comparador y el efector. Estos procesos reflejan que en los sistemas humanos ni el sensor, ni los estándares ni el efector son cantidades fijas.

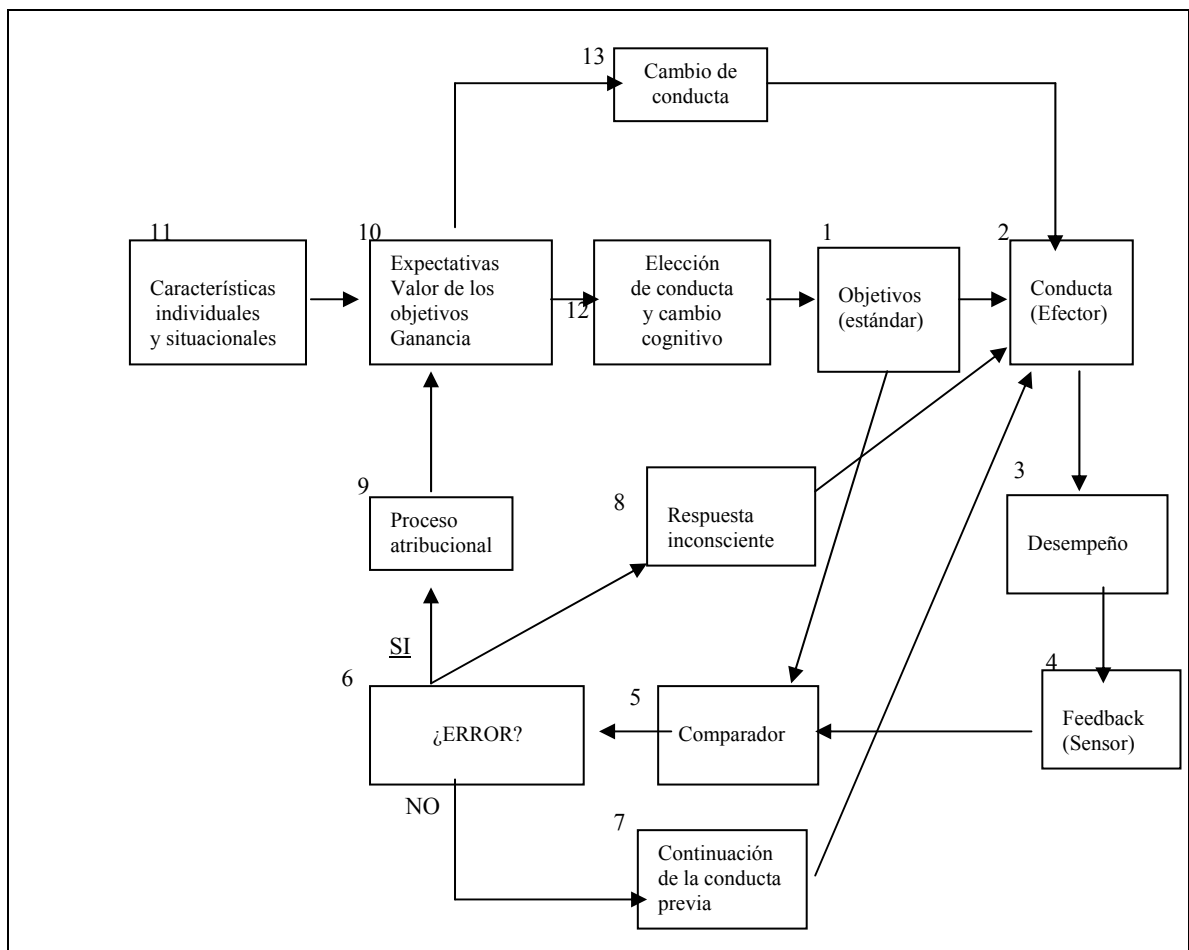


Figura 1.10 Modelo integrado del control de la motivación laboral de Klein

Según este modelo, todas las personas tienen unos objetivos, que utiliza como estándares referenciales, en el intento de alcanzarlos a través de determinadas conductas

mediante la información que obtiene en su realización, que va comparando con el referente, continua o cambia la conducta sobre la base de la existencia de discrepancias. En caso de objetivar desviaciones significativas, inicia una respuesta para corregirlas, que bien puede ser inconsciente mediante una serie de conductas rutinarias o, conscientemente si considera que existe un error en la actuación, que puede ser corregida y así lograr la meta propuesta. Para la corrección de errores realiza una búsqueda atribucional, búsqueda influenciada por sus desempeños anteriores; locus de control; influencias sociales; y atribuciones. Tras ello reevalúa la utilidad que atribuye a sus expectativas, que ha construido mediante una función multiplicativa de la atracción que siente en conseguir la meta y la probabilidad de lograrla. Tras esta evaluación se plantea si abandona las actuaciones en el logro de los objetivos marcados, renueva los esfuerzos, o cambia los objetivos.

La teoría del control de Klein integra explícitamente las teorías de elaboración de objetivos, expectativas, retroinformación y atribución, integrando implícitamente otros constructos como la teoría de aprendizaje social, teoría de las necesidades y procesos de información, para de esta forma focalizar su atención en el proceso cognitivo de la motivación.

Klein plantea a partir de este modelo numerosas proposiciones que afectan a:

- La naturaleza de las metas e información obtenida sobre su desempeño, (Metas difíciles y específicas pueden llevar a altos niveles de desempeño; Moderadas pero frecuentes informaciones y metas a corto plazo moderadas producirán el mayor aumento en el desempeño,...).

- Las respuestas cognitivas, conductistas y afectivas sobre la percepción de las metas, desempeño y retroinformación.

- El papel de las atribuciones, expectativas y jerarquías de metas en determinar esas reacciones.

I.1.8 Modelos integrados de motivación laboral

Debido a la complejidad del proceso motivacional, que hace imposible explicar la conducta mediante un único constructo teórico, se han elaborado diversos modelos integradores. Kanfer (1990), al clasificar las teorías motivacionales como proximales o distales a la conducta laboral, indicaba que para explicar adecuadamente la motivación, se deberían combinar teorías de ambos enfoques, ya que proporcionan un conocimiento distinto pero complementario del proceso motivacional.

Aparte del modelo de Klein enunciado anteriormente, debemos de recordar los siguientes:

1.8.1 Modelo de Katzell y Thompson

Katzell y Thommpson (1988) propusieron un modelo para explicar los mecanismos de la conducta laboral, que recoge los catorce constructos siguientes: ambiente de trabajo, disposiciones personales, normas, actitudes, equidad, instrumentalidad, refuerzo, metas, esfuerzo, desempeño, recursos, expectativas y compromiso.

Mediante una serie de influencias recíprocas, que se recogen en la siguiente Figura 1.11, consideran ellos que se pueden integrar las diferentes teorías de la conducta laboral:

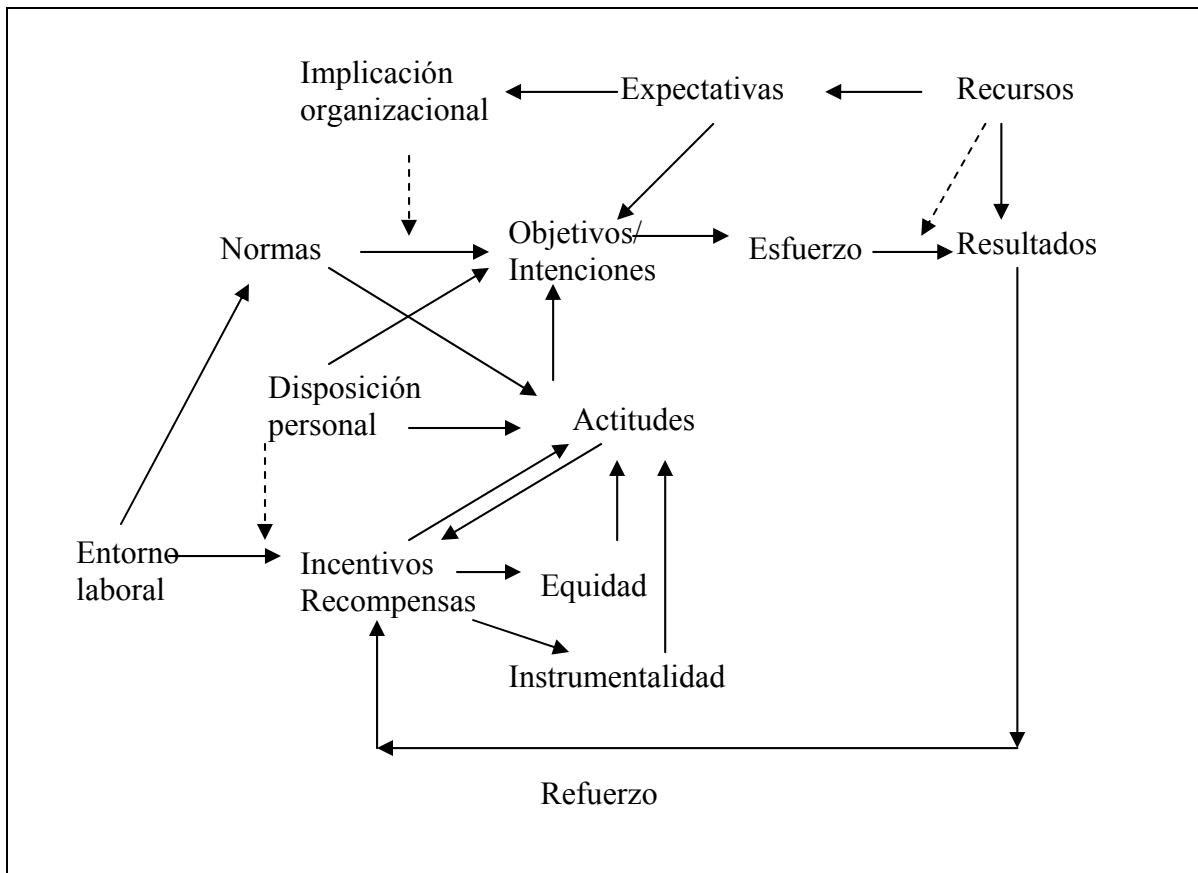


Figura 1.11 Modelo de Katzell y Thompson

Como indica Kanfer, este modelo no se vertebra bajo una fundamentación teórica lo que le hace transmitir una sensación de amalgama de constructos.

1.8.2 Modelo de Robbins

El modelo integrador de Robbins (1996) toma como sistema vertebrador de su constructo la teoría VIE de Vroom, teniendo en cuenta el modelo de expectativas de Porter y Lawler, al que enriquece mediante la incorporación de otras construcciones teóricas que la complementan como la oportunidad y habilidad, el sistema de evaluación del desempeño y sus criterios, los refuerzos, las necesidades de la persona, la equidad y la alta

necesidad de realización o logro. En este modelo se relacionan las metas y el esfuerzo individual, de forma que al dirigir las metas el comportamiento se teoriza un carácter de retroalimentación, lo que permite considerar a la motivación como un proceso dinámico (Figura 1.12).

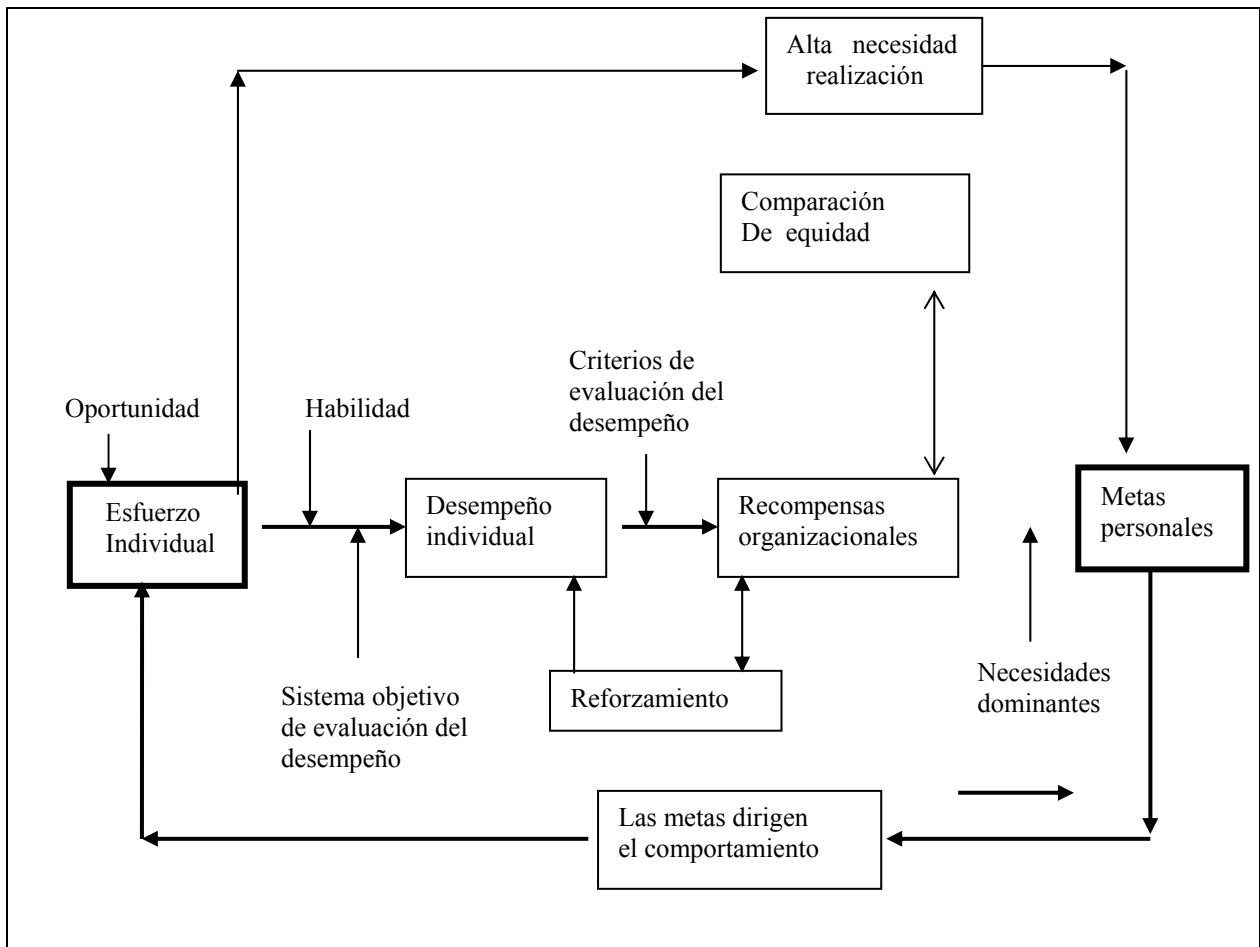


Figura 1.12 Modelo integrado de motivación laboral de Robbins

1.8.3 Modelo de Quijano y Navarro

En nuestro país, Quijano y Navarro (1998) elaboraron un modelo de motivación laboral con la pretensión de integrar las principales teorías del contenido y de procesos, (Figura 1.13). Este modelo parte de que las personas tienen un conjunto de necesidades que orientan su conducta para su satisfacción, surgen así unas metas, que se instrumentan con base en la expectativa de logro, es decir a la percepción subjetiva de que determinados niveles de ejecución permitirán el logro de los resultados esperados.

Este modelo a partir de las necesidades activadas y la posibilidad de logro del resultado deseado, obtiene el que denomina Índice de Motivación Esperada (IME), que se pondera por diferentes procesos motivacionales, principalmente el criterio de autoeficacia de Bandura, o creencia personal en la capacidad propia de conseguir el resultado apetecido, lo que a su vez se modula por el criterio de equidad, al comparar los esfuerzos / recompensas con otros miembros que le sirven de referencia, la consideración de inequidad actuaría como elemento desmotivante ponderando negativamente el IME. Otro ponderador son los estados psicológicos críticos del modelo de características del puesto de Hackman y Oldham.

A partir del proceso de ponderación se obtiene la medida final de motivación laboral o IMEf.

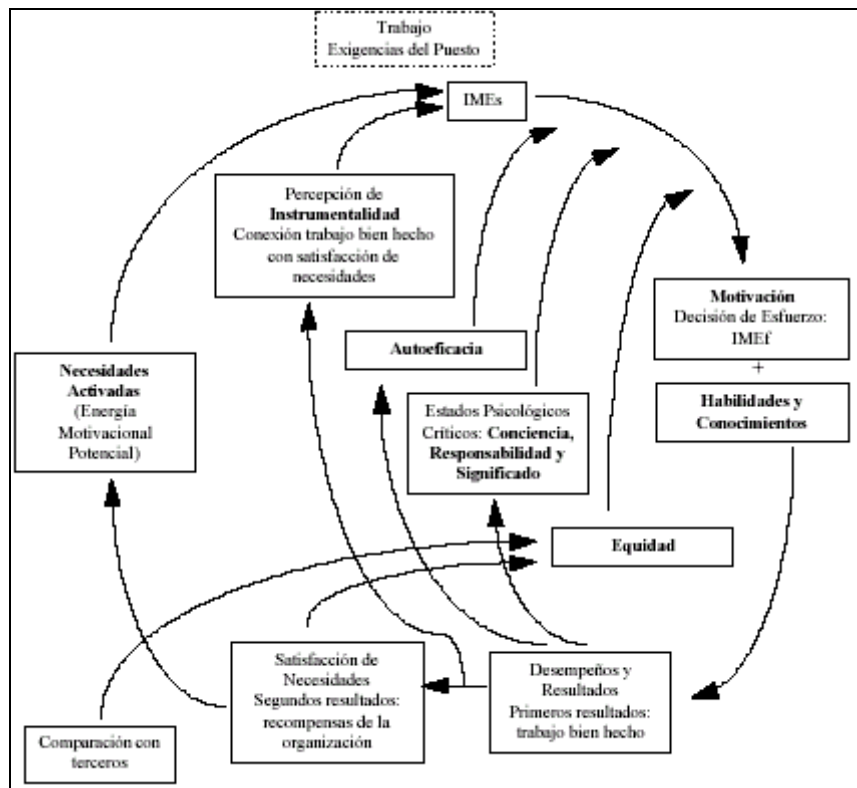


Figura 1.13 Modelo integrado de motivación laboral de Quijano y Navarro

1.8.4 Teoría del autoconcepto de la motivación laboral

Leonard, Beauvais y Scholl (1995) considerando que los tradicionales modelos de motivación son insuficientes, elaboraron un modelo integrativo en el que identifican cinco fuentes de motivación: Intrínseca; instrumental; por la internalización de metas; y basadas en el autoconcepto externo; o interno.

La motivación mediante un proceso intrínseco, se produce porque el propio trabajo actúa como incentivo al disfrutar el trabajador con lo que esta haciendo. No existen controles externos regulando el comportamiento. El modelo de características del trabajo de Hackman y Oldham es representativo de la motivación intrínseca.

La motivación instrumental, es la inducida por fuerzas extrínsecas, las teorías que se focalizan en la motivación extrínseca asumen que los individuos buscan maximizar racionalmente la obtención de beneficios y minimizar los perjuicios, considerando que la relación entre individuos y organizaciones constituye un intercambio. La teoría de las expectativas y equidad son modelos clásicos de este tipo.

La motivación por internalización de metas ocurre cuando los individuos adoptan actitudes y conductas basándose en que el contenido de las metas es congruente con su sistema personal de valores, siendo similar a lo que las teorías de las necesidades describen como necesidad de autoactualización.

La motivación basada en un autoconcepto externo, se origina cuando el individuo esta orientado fuertemente hacia otros, buscando afirmación de rasgos, competencias y valores.

Su concepción ideal es derivada de las concepciones del grupo que toma como referente. El sujeto intenta satisfacer al grupo de referencia, para primeramente ganar aceptación y posteriormente estatus, necesidades que son similares a las necesidades de afiliación y poder de McClelland.

La motivación esta basada internamente cuando el individuo intenta satisfacer sus competencias y valores, de forma que su conducta se orienta a reforzar estos estándares internos y alcanzar altos niveles de competencia. La fuerza motivante para estos individuos es la información sobre el desempeño que confirma o aumenta su autopercepción. Sus esfuerzos están directamente relacionados con el logro de resultados y en la realización de un buen trabajo.

A partir de estas fuentes de motivación analizan como se potencia la motivación por la actuación de las organizaciones, considerando que los sistemas de recompensas sirven para los individuos motivados extrínsecamente por beneficios y también para aquellos con autoconcepto externo, en cuanto que las recompensas sirven como retroinformación social que refuerza su percepción de competencia y constituyen una fuente de estatus.

El rediseño de tareas, aumenta la motivación de los individuos con motivación intrínseca, basada en autoconcepto interno y en los que presentan una internalización de metas.

El estilo directivo tiene un efecto sobre la motivación también diferente según la fuente de motivación, motivando el estilo transaccional a los motivados extrínsecamente, que perciben que este estilo permite un incremento de recompensas si se incrementan los esfuerzos. En los motivados por autoconcepto externo un liderazgo socio-emocional, que utilice valores e intereses de la organización internalizados por los empleados es el preferido, mientras que en los sujetos con motivación por autoconcepto interno el estilo preferido es participativo.

I. 2 ANÁLISIS DE LA MOTIVACIÓN – SATISFACCIÓN

La satisfacción laboral ha sido definida de forma diferente en múltiples investigaciones sobre este tema, ya en la introducción mencionábamos algunas de ellas (Hoppock, 1935; Bullock ,1952; Smith,1955; Blum y Naylor,1968; Locke,1976), de las que podemos deducir que la satisfacción/ insatisfacción en el trabajo es una actitud global positiva o negativa, originada por la evaluación de diversas circunstancias psicológicas, fisiológicas y ambientales que resultan de lograr unas expectativas y validar la propia identidad (rasgos, valores y competencias), mientras que la motivación laboral es la predisposición que la desencadena. La satisfacción dirige y modela la intensidad y persistencia de la conducta del individuo en el contexto laboral.

Es importante tener en cuenta que la conducta laboral es estudiada por los investigadores, como aquella centrada particularmente en los procesos que condicionan el desempeño de las tareas requeridas en el empleo, y en la consecución de las metas laborales. Por tanto la investigación en este tema se centra en cómo la personalidad del individuo, sus valores y el entorno organizacional en el que se mueve, influyen en las acciones que se consideran de interés en el desarrollo y éxito organizacional, a través de la realización de unas tareas y obtención de resultados marcados por la organización.

Puede ocurrir por tanto, que los objetivos de la organización sean considerados de escaso valor por el trabajador; en este sentido debe de tenerse en cuenta que, para que la motivación del trabajador se dirija a los intereses de la empresa debe de existir una interacción entre ambos, de forma que el empleado perciba un emparejamiento entre sus propias metas y las de la organización, ocasionándose la coincidencia entre su conducta y la deseada por la organización.

Otra cuestión a tener en cuenta es que la motivación laboral se refiere a un conjunto de procesos psicológicos no observables y que los instrumentos de medida que se utilizan permiten valorar factores determinantes de la motivación y las consecuencias de la misma, pero no permiten obtener la medida de dichos procesos.

Ninguna teoría abarca la totalidad de los procesos que determinan la motivación y satisfacción laboral, ambas fuerzas conductuales aunque relacionadas, son distintas, y como hemos analizado en el capítulo anterior se han teorizado de forma muy diferente.

La multiplicidad de teorías origina multiplicidad de instrumentos de evaluación, por lo que en un contexto determinado, la elección de la/las herramienta/s de evaluación, estará en función de la conceptualización del problema, con el objetivo de que la perspectiva teórica elegida se adapte a la situación concreta.

I.2.1 Efectos de la satisfacción/Insatisfacción

Un trabajador satisfecho, feliz con su trabajo: ¿Trabaja más?, ¿Trabaja mejor?, ¿Es más productivo?.

Estas preguntas, son el eje sobre el cual pivotan múltiples estudios y teorías de la conducta laboral, desde que los investigadores del movimiento de relaciones humanas, considerasen que la satisfacción en el trabajo tenía efectos beneficiosos sobre su realización, incluyendo un superior rendimiento.

Brayfield y Crockett (1955), revisando los 26 estudios publicados hasta entonces encontraron una correlación media muy débil (+.15), corroborado posteriormente en un meta-análisis de Iaffaldano y Muchinsky (1985).

Cranny, Smith, y Stone (1992), han planteado que las débiles correlaciones entre satisfacción y desempeño del trabajo pueden estar condicionados por los instrumentos de medida utilizados, sugieren que los estudios experimentales o cuasi-experimentales, que determinan los efectos de una variable independiente manipulada (tales como cambios en la paga, beneficios, o tipo de supervisión), son más apropiados para valorar la variación en la productividad, que los estudios que correlacionan varios factores (tales como fijación de metas, recompensas extrínsecas e intrínsecas, o equidad percibida).

Consideran que en circunstancias especiales, en donde la satisfacción se produce por la concurrencia entre las expectativas del trabajador y los resultados obtenidos, lo que ocurre cuando las metas propias de los trabajadores coinciden con los objetivos de la organización, si se puede objetivar una fuerte relación entre satisfacción y productividad.

Otro aspecto relevante es que la existencia de una alta productividad influye positivamente en los sentimientos de satisfacción, pero no ocurre lo contrario ante una baja productividad.

Otra razón por la que explican la escasa relación obtenida en los estudios, se debe a que la medida de la productividad se realiza bajo el punto de vista de la empresa, un trabajador que desee aumentar su productividad, no podría llevarlo a cabo en la gran mayoría de las ocasiones, ya que la productividad depende, y por tanto esta limitada, por múltiples factores ajenos al trabajador, por otra parte un trabajador insatisfecho no puede disminuir su productividad por debajo de determinados niveles, bien por sanciones o por su propia autoestima.

La insatisfacción laboral se correlaciona con el absentismo o incumplimiento por parte del empleado de sus obligaciones laborales, faltando al trabajo de forma imprevista cuando debería acudir al mismo.

Mientras que algunas causas de absentismo son involuntarias, como los problemas de salud, las obligaciones legales o familiares, otras por el contrario son voluntarias.

Tett y Meyer (1993), indican que el absentismo voluntario se da en empleados con baja satisfacción laboral o faltos de compromiso con la organización, simbolizando la expresión de sentimientos de hostilidad, de falta de equidad o de injusticia en la situación de trabajo, que encuentran su válvula de escape en el absentismo, utilizado como una estrategia para reducir su estrés laboral, o de disponer de más tiempo para el desempeño de sus roles familiares, o para la práctica de sus aficiones favoritas.

El absentista, habitualmente, disfraza las razones auténticas de su ausencia bajo diversos ropajes para hacerlo socialmente deseable, lo que enmascara el fenómeno y dificulta enormemente su estudio.

Dichos autores han objetivado una correlación inversa entre la satisfacción y la rotación laboral, o cambios frecuentes de puesto o de empresa por el empleado con el objeto de desarrollar su carrera profesional bien mediante procesos de promoción o por adquisición de nuevas experiencias que le permitan enriquecer sus conocimientos, habilidades y potencial profesional, para mejorar su nivel retributivo.

Los individuos altamente satisfechos, tienden a permanecer en la misma organización, lo que es de interés para la empresa, ya que una baja tasa de rotación de los empleados, facilita una mayor eficacia organizacional, al disminuir los costes de formación y adaptación a la cultura interna.

Aunque la insatisfacción es un componente del proceso de rotación, otros factores como la edad, experiencia, grado de satisfacción con la tarea, oferta de trabajos existente, y posesión de una plaza en propiedad están consistentemente y negativamente asociados a la rotación.

Organ y Ryan (1995) han encontrado una estrecha relación entre la satisfacción en el trabajo y el compromiso con el trabajo y compromiso con la organización por parte del empleado.

El compromiso con el trabajo lo definen como el grado en el cual una persona se identifica con su trabajo, participa activamente en él y considera su desempeño importante para la valoración propia; y el compromiso organizacional es el grado en el cual un empleado se identifica con una organización en particular, con sus metas y desea mantenerse en ella como uno de sus miembros.

La investigación sobre el compromiso ha identificado tres formas de manifestarse:

- Compromiso como condescendencia, cuando en orden de obtener ciertos beneficios o evitar específicos perjuicios, el individuo adopta ciertas actitudes y desarrolla determinadas conductas;

- Identificación, cuando adopta actitudes y conductas para estar asociado en una determinada forma con otra persona o grupo;

- Internalización, si adopta actitudes y conductas porque su contenido es congruente con el sistema de valores de la organización.

También estos autores demuestran una significativa correlación de la satisfacción con la “conducta ciudadana organizacional” (OCB), que son las contribuciones que se realizan en el puesto de trabajo no incluidas en sus obligaciones laborales, ni retribuidas.

Estos comportamientos incluyen conductas como ayudar a otros en su trabajo, realizar actividades extraordinarias, o apoyar actuaciones o normativas laborales a pesar de ser inconvenientes para el individuo, representando un valor añadido por el individuo a sus obligaciones laborales.

Diversos autores como Shirom (1989), Maslach y Jackson (1981), han descrito una fuerte relación inversa entre la satisfacción laboral y la denominada fatiga profesional o síndrome del quemado laboral - “burnout”.

Maslach y Jackson (1981) caracterizan este síndrome como:

- Agotamiento emocional, o sentimiento de fatiga y falta de entusiasmo hacia el trabajo;

- Despersonalización, o distanciamiento emocional de las personas que se atienden en el trabajo lo que ocasiona actitudes cínicas, agrias y cortantes; y

- Sentimiento de incumplimiento personal, de no realizar nada valorable en el trabajo.

Según estos autores, situaciones de estrés y sobrecarga emocional en el entorno de trabajo, llevan a la persona hacia un estado permanente de tensión, irritabilidad y fatiga abrumándose fuertemente ante cualquier demanda emocional que se le imponga, lo que le lleva a su agotamiento emocional, y a la adopción de posturas defensivas ante el trabajo como apatía, cinismo o rigidez.

Los síntomas más habituales que presentan los sujetos quemados profesionalmente son:

Físicos: Cansancio permanente, depresión, dolores de cabeza, hipertensión, problemas gástricos, sexuales, del sueño, de alimentación, etc.

Psicológicos: Insatisfacción, agotamiento emocional, rigidez y falta de flexibilidad ante cambios, irritabilidad, pérdida del control, aburrimiento en el trabajo, pérdida de autoestima, etc.

Conductuales: Cinismo, negativismo, aislamiento, apatía y pérdida de entusiasmo por el trabajo, alto absentismo, baja productividad, conflictividad, drogadicciones, etc.

Se producen laboralmente una serie de alteraciones como la disminución de la productividad y de la calidad de los servicios prestados, alteración de la atmósfera laboral, absentismo y abandono del trabajo.

I.2.2 La medición de la satisfacción y motivación laboral

La selección del método a emplear depende de la consideración del investigador, ningún método es perfecto, cada uno tiene debilidades que pueden obligar en función de los resultados buscados, a utilizar más de un método en cada estudio.

El investigador en función de los conocimientos existentes sobre el tema, de las peculiaridades de la población a estudiar, de la fiabilidad y validez que han mostrado en estudios anteriores los instrumentos a utilizar, y también de las disponibilidades financieras y de tiempo, elegirá la/s vía/s de aproximación a la población: Cuestionarios, entrevistas, métodos observacionales, datos objetivos laborales como el absentismo, cambio de empleo, etc.

Los cuestionarios (solos o junto a otros métodos), son el método más utilizado en estos estudios, ello es debido:

- 1) A su bajo costo;
- 2) Proveen datos en una forma cuantitativa y por tanto codificables que pueden ser tratados de múltiples formas para su análisis, presentación e interpretación;
- 3) Aseguran de una forma fácil el anonimato;
- 4) Facilidad de aplicación.

La recogida de opiniones mediante cuestionarios se puede realizar de diversas formas:

- a) Eligiendo entre diferentes respuestas alternativas (método de evaluación simple);

- b) Valorando diferentes aspectos que contrastan la realidad que percibe de lo que desearía (método evaluativo), estas cuestiones son del tipo: ¿Como está de satisfecho con...?, utilizándose en la respuesta diferentes escalas que pueden ir desde “muy satisfecho” a “muy insatisfecho”;
- c) Identificando en un listado de descripciones el grado en que una serie de características están presentes en su trabajo (método descriptivo).

Defectos de los cuestionarios son: la validez de las respuestas que pueden depender de la claridad de las cuestiones y del conocimiento lingüístico de los individuos que lo contestan, lo que puede ocasionar que no se refleje la situación real de dichos individuos, y finalmente, que las respuestas pueden ser inadvertidamente erróneas o distorsionadas de forma intencional.

La valoración de la satisfacción en el trabajo podemos realizarla de una forma global, o por el contrario considerar que la satisfacción global es el componente de la satisfacción frente a diversos componentes o facetas laborales.

Hoppock (1935) fue el primero en valorar la satisfacción, lo que realizó mediante una única pregunta evaluativa sobre el grado en que le agradaba el trabajo, método seguido por una serie de investigadores que con una simple pregunta o un número reducido de ellas evalúan globalmente la satisfacción, en la consideración de que las reacciones del individuo frente al trabajo son algo más que la suma de la satisfacción por diferentes aspectos del trabajo.

Sin embargo una mayoría de investigadores, ante el hecho de que con este tipo de cuestiones, se obtienen porcentajes de trabajadores satisfechos especialmente elevados, preconizan la utilización de cuestionarios más elaborados, que además permiten su utilización en el rediseño de los puestos de trabajo.

Estos investigadores consideran que la satisfacción y motivación laborales no se originan por un único factor homogéneo, sino que se basan en múltiples tareas, roles, responsabilidades y sistemas de recompensa, que interaccionan recíprocamente y que el individuo integra en una actitud global que es función de las actitudes ante las diferentes facetas o dimensiones esenciales del trabajo.

Sin embargo, la consideración por los investigadores de distintos elementos esenciales, independientes unos de otros, que determinan en el individuo actitudes diferenciadas, pudiendo estar satisfecho con unos aspectos laborales e insatisfecho con otras, es la razón de que exista un gran número de instrumentos de medición.

A ello se le añaden diferentes definiciones operacionales de los valores obtenidos de los aspectos del trabajo estudiados, que se polarizan principalmente en dos grupos: unos que postulan que la satisfacción es una función de la suma de la satisfacción en las diferentes facetas y/o la satisfacción de las necesidades (teniendo en cuenta la realidad y sus expectativas; y otros que consideran que la satisfacción sigue diferentes funciones multiplicativas.

Analizaremos seguidamente algunos de los más utilizados:

2.2.1 Índice Descriptivo del Trabajo (Job Diagnostic Index -JDI)

Smith, Kendall y Hulin (1969) diseñaron este cuestionario multidimensional en el objetivo de medir los sentimientos que tiene un trabajador sobre su empleo.

Para ello toman en consideración cinco aspectos del trabajo: el trabajo mismo, el salario, las posibilidades de promoción, la supervisión (los superiores y su estilo de dirección) y los compañeros, mediante 72 preguntas descriptivas y evaluadas mediante la utilización de “sí”, “no” o “?”.

Ironson, Smith, Brannick, Gibson y Paul, (1989) desarrollaron una escala suplementaria para medición de satisfacción global, el Índice General del Trabajo (Job in General scale -JIG) de 18 ítems que se puede administrar conjuntamente con el JDI.

2.2.2 Minnesota Satisfaction Questionnaire

Desarrollado por Weiss, Dawis, England y Lofquist (1967), es utilizado en la medición de satisfacción, facilitando gran información específica sobre los aspectos gratificadores en el empleo de los individuos estudiados. En consecuencia principalmente es utilizado en la generación de información sobre los aspectos reforzadores de los trabajos, seguimiento de la satisfacción de los individuos tras la utilización de medidas correctoras y en el estudio de las necesidades vocacionales.

Existe una forma amplia, que valora 20 aspectos laborales, mediante una escala tipo Likert de cinco respuestas alternativas que van desde “Nada satisfecho” (peso 1) a “Muy satisfecho” (peso 5), a los que se añade una escala de satisfacción general de 20 ítems.

También dispone de una versión reducida de 20 ítems, de cuyo análisis se obtiene la evaluación de la satisfacción por causas extrínsecas e intrínsecas, a las que puede añadirse la satisfacción general, presentando una consistencia interna de 0,82, 0,91 y 0,92 respectivamente (α de Cronbach).

Percentiles superiores a 50 indican satisfacción, y superior a 75 alto nivel de satisfacción, mientras que por debajo de 25 indica bajo nivel de satisfacción.

2.2.3 Job Satisfaction Survey (JSS)

Construido por Spector (1985), dispone de 36 preguntas para valorar nueve dimensiones del trabajo, presentadas a continuación con su consistencia interna correspondiente (Coeficiente alfa): Salario 0,75; promoción 0,73; supervisión 0,82; beneficios complementarios 0,73; recompensas contingentes (recompensas basadas en el funcionamiento), 0,76; procedimientos de funcionamiento (las reglas y los procedimientos requeridos), 0,62; los compañeros de trabajo 0,60; naturaleza del trabajo 0,78; comunicación 0,71 y 0,91 correspondiente a toda la escala.

Aunque el JSS fue desarrollado originalmente para su uso en organizaciones de servicios, es aplicable a todas las organizaciones. Se orienta en la valoración de las actitudes de los empleados, sobre el trabajo y su entorno.

Cada dimensión dispone de cuatro ítems, valorados en una escala tipo Likert de seis elecciones entre “fuertemente de acuerdo” a “fuertemente en desacuerdo”.

2.2.4 Michigan Organizational Assessment Questionnaire (MOAQ)

Camman, Fichman, Jenkins y Klesh (1982) diseñaron este cuestionario multidimensional con el fin de diagnosticar los problemas motivacionales, mediante la utilización de la teoría de las expectativas.

En su versión ampliada, se dispone en seis módulos (α de Cronbach = 0,78):

1. El módulo 1 o módulo de actitudes generales, contiene diversas escalas dirigidas a medir estados psicológicos y actitudes, entre ellos la satisfacción global.
2. Módulo de facetas del trabajo, que se dirige a estudiar las actitudes ante recompensas laborales potenciales.
3. Módulo de características de las tareas, del trabajo y del rol.
4. Módulo del funcionamiento en equipo.
5. Módulo de la supervisión.
6. Módulo salarial.

La versión reducida de Lawler III (1986) mide la motivación laboral a través de la formulación matemática de las puntuaciones obtenidas por la respuesta a diversos ítems de posibles eventos percibidos por el individuo ante tres preguntas, (α de Cronbach = 0,86).

2.2.5 Inventario de la Motivación Intrínseca (Intrinsic Motivation Inventory -IMI)

Ryan (1982), elaboró este dispositivo multidimensional de medida, que es principalmente utilizado en estudios relacionados con la motivación y la autoregulación intrínsecas.

Analiza la percepción que se obtiene al realizar una actividad en los siguientes aspectos: interés/disfrute, capacidad percibida, esfuerzo, valor/utilidad, presión/tensión sentida, y posibilidad de elección percibida.

Recientemente, se ha agregado una séptima sub-escala sobre el entorno, aunque su validez todavía tiene que ser establecida.

La medida de la motivación intrínseca se realiza mediante la sub-escala de interés/disfrute.

2.2.6 Cuestionarios de Satisfacción Laboral S4/82, S20/23, S10/12, y S21/26

Meliá y Peiró (1989, 1989a) desarrollaron esta familia de cuestionarios para la medición de la satisfacción laboral, teniendo en cuenta los aspectos tanto culturales como organizacionales de las empresas y trabajadores españoles, existiendo una interrelacionados entre ellos, que permita su utilización con diversos propósitos específicos.

El S4/82 permite evaluar seis factores:

1. Satisfacción con la supervisión y la participación en la organización;
2. Satisfacción con el entorno físico;

3. Satisfacción con las recompensas;
4. Satisfacción intrínseca;
5. Satisfacción con el salario;
6. Satisfacción con las relaciones interpersonales.

Para ello dispone de 82 ítems con siete alternativas (desde 1 Muy insatisfecho, hasta 7 Muy satisfecho). Su consistencia interna (α de Cronbach), en la escala global es de 0,95.

Con el objetivo de simplificarlo elaboraron el S20/23 que consta de 23 ítems extraídos a partir de los 82 ítems del S4/82, con una estructura de cinco factores, mostrando los mismos un α entre 0,76 y 0,89 y para la escala global 0,92, considerando los autores su excelente fiabilidad.

A partir de las dos versiones anteriores y con el objetivo de poder conseguir de forma rápida y poco costosa, una medida global de satisfacción desarrollaron el S10/12 que selecciona 12 ítems destinados a medir la satisfacción valorando la supervisión, el ambiente físico y las prestaciones recibidas, con un α de 0,89; 0,72 y 0,74 respectivamente, siendo para la escala total 0,88.

Las tres versiones anteriores presentan una escala de respuesta tipo Lickert de siete puntos, donde 1 es “Muy insatisfecho” y 7 “Muy satisfecho”. En el deseo de la mayor sencillez posible, Meliá, Pradilla, Martí, Sancerni, Oliver, y Tomás, (1990), construyeron el S21/26 que consta de 26 ítems, distribuidos en seis factores, con respuestas dicotómicas y con una consistencia interna en la escala global de 0.90, oscilando entre 0,65 y 0,89 para los factores sexto y primero respectivamente, pasando por 0,73 para el segundo y quinto factor; 0,76 para el tercer factor y 0,75 para el cuarto factor.

2.2.7 Encuesta Diagnostica del Trabajo (Job Diagnostic Survey- JDS)

Está basado en el Modelo de las Características del Puesto, el cual se considera actualmente el más influyente de los paradigmas, en las investigaciones sobre diseño de puestos de trabajo, (Fried y Ferris, 1987).

Este cuestionario multidimensional, fue desarrollado en la Universidad de Yale por Hackman y Oldham (1974), en una relación indisoluble con el modelo motivacional de dichos autores (ver Teoría de las características del puesto en el capítulo I) y se diseñó para evaluar: 1) Las características de los trabajos en las organizaciones, 2) las reacciones de los empleados frente a sus trabajos y 3) su disposición a realizar un trabajo más exigente y motivante.

Desde su creación este cuestionario es utilizado en el análisis de la satisfacción laboral y del diseño del puesto de trabajo, pues permite la medición de: elementos específicos de la experiencia laboral (tanto objetivos como subjetivos), de sentimientos sobre el trabajo en general y de su trabajo en particular.

Inicialmente Hackman y Oldham (1974), identificaron y determinaron siete características primarias en cada trabajo o Dimensiones Centrales del Trabajo: variedad de competencias, identificación de la tarea, sentido de la tarea, autonomía del trabajador, retroinformación del trabajo, retroinformación de agentes, y relaciones con otros, en versiones posteriores del JDS (Hackman y Oldham, 1976) se han reducido a cinco.

DIMENSIONES CENTRALES DEL TRABAJO

- Variedad de competencias o de destrezas, es el grado en el que el empleo requiere diferentes actividades que precisan de diferentes habilidades.

- Identificación o identidad de la tarea, expresa el grado en que el empleo permite la realización de un producto completo e identificable.
- Sentido o importancia de la tarea, es el grado en el que el empleo es reconocido por otros.
- Autonomía, o grado en el que el empleado actúa libre e independientemente en la realización de las tareas.
- Retroinformación (feedback), es la extensión en que las actividades que requiere el empleo, ofrecen por sí mismas, una información directa sobre la efectividad de su desempeño.

El JDS mide cada una de las cinco Dimensiones Centrales del Trabajo individualmente, para después obtener el denominado “Potencial Motivacional del Puesto” (Motivational Potential Score – MPS). El MPS se interpreta como el valor total del trabajo percibido por los trabajadores en términos de su contenido motivacional.

La fórmula para la obtención del MPS es:

$$\text{MPS} = (\text{IMTT} + \text{VDD} + \text{ITT} / 3) \times \text{A} \times \text{RP}$$

(El promedio de la variedad, de la identidad y de la significación de la tarea; multiplicado por la Autonomía; y nuevamente multiplicado por la retroinformación del desempeño).

Además, el JDS mide dos dimensiones suplementarias que son útiles en el conocimiento del trabajo y de las reacciones del empleado, estas son:

-Retroinformación de otros: El grado en que el empleado recibe información clara de su supervisor o compañeros de trabajo, sobre su funcionamiento.

-El trato con otros: El grado en que el trabajo requiere a un empleado trabajar en equipo para realizar sus actividades laborales.

Mientras que las Dimensiones Centrales del trabajo proporcionan medidas objetivas de eficacia del trabajo, los Estados Psicológicos Críticos proporcionan una medida subjetiva de componentes similares:

ESTADOS PSICOLÓGICOS

- Significación del trabajo, grado en que el empleado experimenta el trabajo significativo, valioso y de mérito.
- Responsabilidad por resultados del trabajo, grado en que el empleado se siente personalmente responsable de los resultados obtenidos en el trabajo.
- Conocimiento de resultados: El grado en que el empleado conoce y valora la eficacia en el desempeño de su trabajo.

El JDS también mide un número de reacciones personales, o sentimientos afectivos que una persona obtiene de su desempeño laboral.

RESULTADOS PERSONALES

- Satisfacción General: Una medida global del grado en que el empleado está satisfecho con su trabajo.
- Motivación Interna del trabajo: El grado en que el empleado es automotivado para realizar eficazmente el trabajo; evaluando las sensaciones internas positivas que experimenta el empleado al trabajar con eficacia y las sensaciones internas negativas al hacerlo mal.

- Satisfacción por crecimiento personal: La oportunidad percibida por el empleado para su crecimiento y desarrollo personal en el trabajo.

MODERADORES

Van a modular los efectos de las Dimensiones centrales sobre los Estados Psicológicos y los efectos de los Estados Psicológicos sobre los Resultados personales.

Satisfacción con el contexto, nos proporciona información de la satisfacción del empleado con: la paga y otras remuneraciones; la seguridad o estabilidad en el empleo; los compañeros de trabajo y la supervisión.

Intensidad de la Necesidad de Autorrealización: Esta medida final proporcionada por el JDS, evalúa la intensidad de los deseos de los individuos en lograr un crecimiento y desarrollo personal mediante su trabajo, y en que grado es estimulado por su trabajo. Esta medida es considerada como un predictor del grado en que se implicarían los trabajadores en un trabajo con alto potencial motivante. También indica el grado de preparación para cambios en el contenido del trabajo que mejoren las dimensiones centrales del trabajo.

La necesidad de autorrealización no mide el deseo de ser ascendido, sino la necesidad de un empleado de ganar en desarrollo y autoestima personal en su trabajo actual.

La motivación es una función de lo que el trabajo le ofrece y de lo que el empleado requiere de él. MPS altos con necesidades bajas de crecimiento, o al revés, son muestras de problemas.

INTERPRETACIÓN DE LOS INDICADORES DEL JDS

El JDS proporciona medidas de cada trabajo, y datos sobre la gente que hace esos trabajos. Los datos del JDS permiten analizar preguntas básicas como:

- ¿Contribuye significativamente al desempeño la naturaleza propia del trabajo?
- ¿Si es así qué aspectos del trabajo precisan atención?
- ¿Qué otros factores pueden tener un impacto significativo en el sistema de trabajo?

Para ello los valores obtenidos se presentan como porcentaje, que se analizan mediante su situación en el Gráfico 2.1, que se reseña seguidamente, donde podemos apreciar que los umbrales para el MPS son aproximadamente entre el 36% y el 58%, para la intensidad de la necesidad individual de crecimiento son 29% y 71%, y para los demás 33% y los 67%.

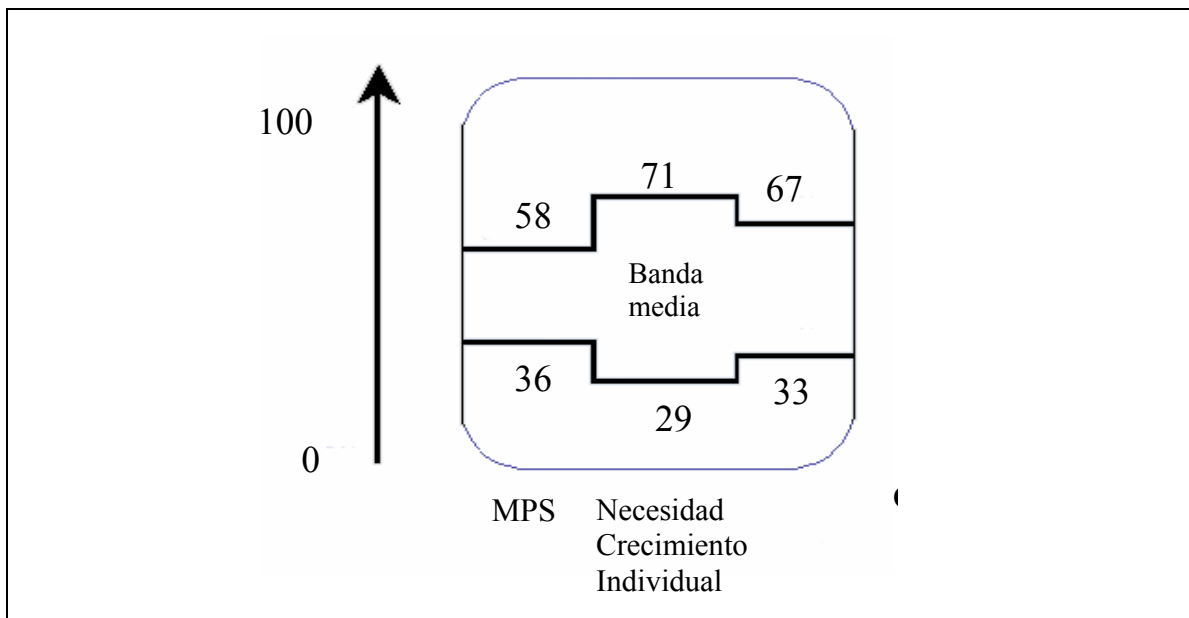


Gráfico 2.1

En general, valores en la banda superior indican un trabajo bien estructurado con alto desempeño de los empleados; valores en la banda más baja indican que existen factores en el sistema de trabajo que inhiben altos rendimientos; y valores en la banda media indican que el rendimiento laboral se puede beneficiar de la atención a ciertos elementos tácticos.

Hay que tener presente que solo deben valorarse puntuaciones de un grupo de trabajadores, nunca debe utilizarse como sistema individual, y es condición sine qua non que las respuestas al cuestionario reflejen realmente lo que piensan los trabajadores, por lo que es de gran importancia que los encuestados consideren que sus respuestas no pueden ser utilizadas en su contra, lo que implica un total anonimato de las respuestas.

Los datos del JDS se interpretan en cuatro pasos:

1. Análisis del nivel de MPS: El MPS es una función no lineal de las cinco características centrales del trabajo.

Aplicando la experiencia del JDS, un valor del MPS superior al 58% indica generalmente un trabajo bien diseñado. Valores por debajo del 36% expresan que el sistema de trabajo puede estar causando alteraciones en su funcionamiento. Los valores que se extienden entre el 36% y el 58% indican que el sistema de trabajo es probablemente conveniente pero que la atención a algunos elementos tácticos podría beneficiarlo.

2. Revisar los indicadores individuales para determinar qué dimensiones centrales del trabajo se beneficiarían de una revisión, de manera similar los estados psicológicos experimentados y las respuestas afectivas.

3. La Intensidad de la Necesidad de Autorrealización, es una medida de la intensidad con que los trabajadores están estimulados por su trabajo, también es una indicación de cuan preparados están para cambios previstos en el contenido del trabajo, mediante mejoras en las Dimensiones Centrales del trabajo.

Puntuaciones en la banda superior (71% a 100%) indican fuertes necesidades de crecimiento personal en el trabajo; puntuaciones en la banda media (29% a 71%) indican una población laboral inclinada a estar satisfecha con un trabajo que no presente desafíos o estímulos; mientras que valores en la banda más baja (debajo del 29%) indican que debe prestarse una atención significativa al sistema de trabajo.

4. Los valores obtenidos en el MPS deben de valorarse en relación con los de la Necesidad de Autorrealización, debiendo de estar alineados. La motivación es una función compuesta por: qué tiene que ofrecer un trabajo y qué requiere el trabajador de ese trabajo. Altos MPS con bajas Necesidades de Autorrealización, o viceversa, nos indican que debe rediseñarse el empleo.

Existe una traducción y validación española de este instrumento, realizada por Fuertes, Munduate y Fortea (1996). La consistencia interna obtenida en las Características del Puesto han sido las siguientes: Variedad de destreza .22; Identidad de tareas .30; Importancia de la tarea .44; Autonomía .31; Retroalimentación del puesto .46; Retroalimentación social .49 y Contacto social .38. Con respecto a los Estados

Psicológicos Críticos, el Significado percibido del puesto presenta un α de Cronbach de .58; en Responsabilidad .51 y en Conocimiento de resultados .38. En cuanto a lo que los autores denominan Resultados Afectivos encontraron que la Satisfacción general presentaba una consistencia interna de .76; la Motivación interna con .49 y Satisfacción de autorrealización .77. Haciendo referencia a la Satisfacción Contextual: la Satisfacción con la paga presenta un α de .79; en Satisfacción con la seguridad .62; Satisfacción social .45 y Satisfacción con la supervisión .68. La fiabilidad de la escala es inferior a la obtenida por Oldham, Hackman y Stepina (1978), excepto en Satisfacción general que es similar a la escala original.

I.2.3 Cuestionarios específicos para satisfacción - motivación en enfermería

Los cuestionarios que se utilizan en la medida de la satisfacción- motivación están creados a través de la evaluación de diversos factores del trabajo, tanto extrínsecos como intrínsecos, estudiados en diferentes investigaciones, lo que plantea la cuestión de que puedan reflejar inadecuadamente la situación real de sectores laborales específicos.

Sanzotta (1977) encontró importantes diferencias entre trabajadores manuales y profesionales cualificados en cuanto a la importancia que atribuían a los factores motivacionales.

Los profesionales priorizaban los factores motivacionales en el siguiente orden: Trabajo interesante por si mismo, oportunidades de desarrollar especiales capacidades, suficiente información, suficiente autoridad, suficiente equipamiento y ayuda, compañeros, oportunidad de ver resultados del trabajo. Supervisión competente, responsabilidades claramente definidas, buena paga.

Mientras que la prioridad en los trabajadores manuales era: Buena paga, suficiente equipamiento, seguridad en el empleo, suficiente información, trabajo interesante, compañeros, responsabilidades claramente definidas, oportunidad de ver resultados del trabajo, suficiente autoridad, supervisión competente.

En el intento de que las mediciones sean lo más adecuadas, se han elaborado diferentes instrumentos, destinados al estudio de la satisfacción de colectivos específicos, revisando a continuación los más comúnmente usados en enfermería:

2.3.1 Index of Work satisfaction (IWS)

Stamps y Piedmonte (1986), basándose en la teoría de las necesidades de Maslow y en la teoría de la dualidad de factores de Herzberg, lo diseñaron como un instrumento en dos partes con el objetivo de identificar los componentes laborales que ocasionan insatisfacción laboral del colectivo de enfermería y la relativa importancia de estos componentes para las enfermeras. Las seis dimensiones que evalúa fueron: Salario con un rango en el α de Cronbach = 0,83 a .89; estatus profesional 0,29 a .63; autonomía 0,70 a .76; normas organizativas 0,65 a .74; requerimiento del empleo 0,64 a .78 e interacción 0,82 a .89.

Ha sido muy utilizado por los investigadores en enfermería, aunque por la dificultad de utilización de la escala que emplea como por el hecho de que recoge dos tipos de información, se ha modificado en diferentes estudios tanto la escala empleada, como el número de ítems que se han reducido.

Existe una versión abreviada a la que se le ha cuestionado su validez, habiéndose eliminado y remodelado numerosos ítems en el deseo de aumentar su validez, (α de Cronbach = 0,7).

2.3.2 Price Mueller Job Satisfaction Scale,

Desarrollada por Price y Mueller (1986), como un cuestionario multidimensional que estudia cinco dimensiones: Rutinización, integración, justicia distributiva, autonomía y posibilidad de promoción.

El instrumento presenta 30 ítems a los que aplica una escala tipo Likert de 5 puntos.

2.3.3 Mueller and McCloskey Satisfaction Scale

Fue creada por Mueller y McCloskey (1990), con el objetivo de conseguir un instrumento de medición de la satisfacción en enfermería que fuese fiable, válido y sencillo de usar, basándose en la teoría de las necesidades de Maslow.

Evalúa tres dimensiones: recompensas de seguridad; recompensas sociales; y recompensas psicológicas; mediante 31 ítems con una escala de Likert de cinco puntos, aunque los autores tras un análisis exploratorio de factores aíslan ocho: Recompensas extrínsecas, satisfacción con la organización, balance familia/trabajo, compañeros, interacción social, oportunidades profesionales, reconocimiento, responsabilidad.

Los autores lo han correlacionado con el Job Diagnostic Survey de Hackman y Oldham encontrando una buena correlación, sin embargo se ha cuestionado su validación en algunos estudios.

2.3.4 Staff Nurse Job Characteristics Index (SNJCI)

Tonges, Rothstein y Carter (1998), en su estudio sobre la satisfacción de las enfermeras, aplicando el Modelo Motivacional de las Características del Puesto de Hackman y Oldham, indicaban que las investigaciones realizadas a estos profesionales y con dicho modelo, ponían de manifiesto, que las enfermeras presentan niveles más altos en las dimensiones laborales “Importancia de la tarea” y “Variedad de competencias, mientras que son menores en “Identidad de la tarea”, al ser comparados -en igualdad de autonomía y retroinformación laborales-, con otros técnicos profesionales y laborales.

Plantean que:

- El JDS ha sido aplicado principalmente en empresas de producción, no de servicios, no incluyendo características de trabajo interpersonal, habiéndose constatado su importancia en los trabajos de prestación de servicios a seres humanos.
- El JDS, si bien permite valorar las percepciones sobre las características del empleo, no indica los aspectos específicos del empleo que dan lugar a dichas percepciones, *“el JDS es probablemente demasiado general para poder identificar causas específicas de disfunción personal en el trabajo”* (pag 48).
- La restricción de las Dimensiones Centrales del Puesto del referido modelo motivacional, a cinco características, repercute en los resultados obtenidos.

“Existen evidencias que sugieren que al menos dos dimensiones interpersonales del trabajo, tienen consecuencias motivacionales: La relación con otros y el feedback de agentes” (pag 48).

Tonges y colaboradores, consideran que el Contacto social y la Retroinformación son muy importantes para la enfermería, ya que los enfermeros, en su quehacer profesional, están en constante contacto e interacción con otros profesionales y con los sujetos a los que prestan cuidados, debiendo por ello considerarse como una característica adicional del trabajo. Acerca del feedback, consideran que la retroinformación sobre el desempeño y eficacia en su trabajo, por parte tanto de superiores como de compañeros, juega un papel importante como elemento motivador en el enfermero.

Atendiendo a estas premisas, se plantearon *“identificar las conexiones entre las actividades del empleo y las características que se perciben para crear un instrumento diagnóstico específico, y en segundo lugar extender el modelo de características del puesto añadiéndole dimensiones interpersonales, que parecen ser centrales a todos los trabajos intensivos interpersonales”* (pag 48), elaborando así un cuestionario específico para enfermería, el “Staff Nurse Job Characteristics Index” (SNJCI), (Índice de Características del Trabajo de Enfermería), que toma como base el Modelo Motivacional de las Características del Puesto de Hackman y Oldham, al que realizan las siguientes aportaciones (Ver Figura2.1):

1. Reintroducen el *contacto social* o interacción con otros y la *retroinformación por agentes* (retroinformación social), dada la naturaleza altamente interpersonal del trabajo de dichos profesionales.

2. Incluyen la *identificación con el trabajo por relaciones interpersonales*: En los trabajos de servicios como en enfermería, la relación con la persona a la que se atiende forma parte del proceso, lo que ocasiona una fuente adicional de identificación con la tarea, que es distinta de la que se obtiene con la conseguida por el trabajo en si mismo.
3. Basándose en que la autonomía está más estrechamente relacionada con el significado de la tarea que con la responsabilidad, proponen incluir una nueva dimensión laboral denominada *Atribución de resultados* definiéndola como el grado en el cual los individuos pueden distinguir los efectos de su propio esfuerzo individual (por ejemplo, atribuir los resultados a su esfuerzo personal).

Atendiendo a estas premisas teóricas elaboraron el Staff Nurse Job Characteristics Index (SNCJI), como cuestionario específico de enfermería, centrándose en el Modelo de las Características del Puesto, en las Dimensiones Centrales del Puesto; consta de cien ítems, en una escala tipo Likert de 1 a 5, donde 1 es “nunca”, y 5 “siempre”, los cuales están distribuidos en las siguientes escalas (Tabla 2.1):

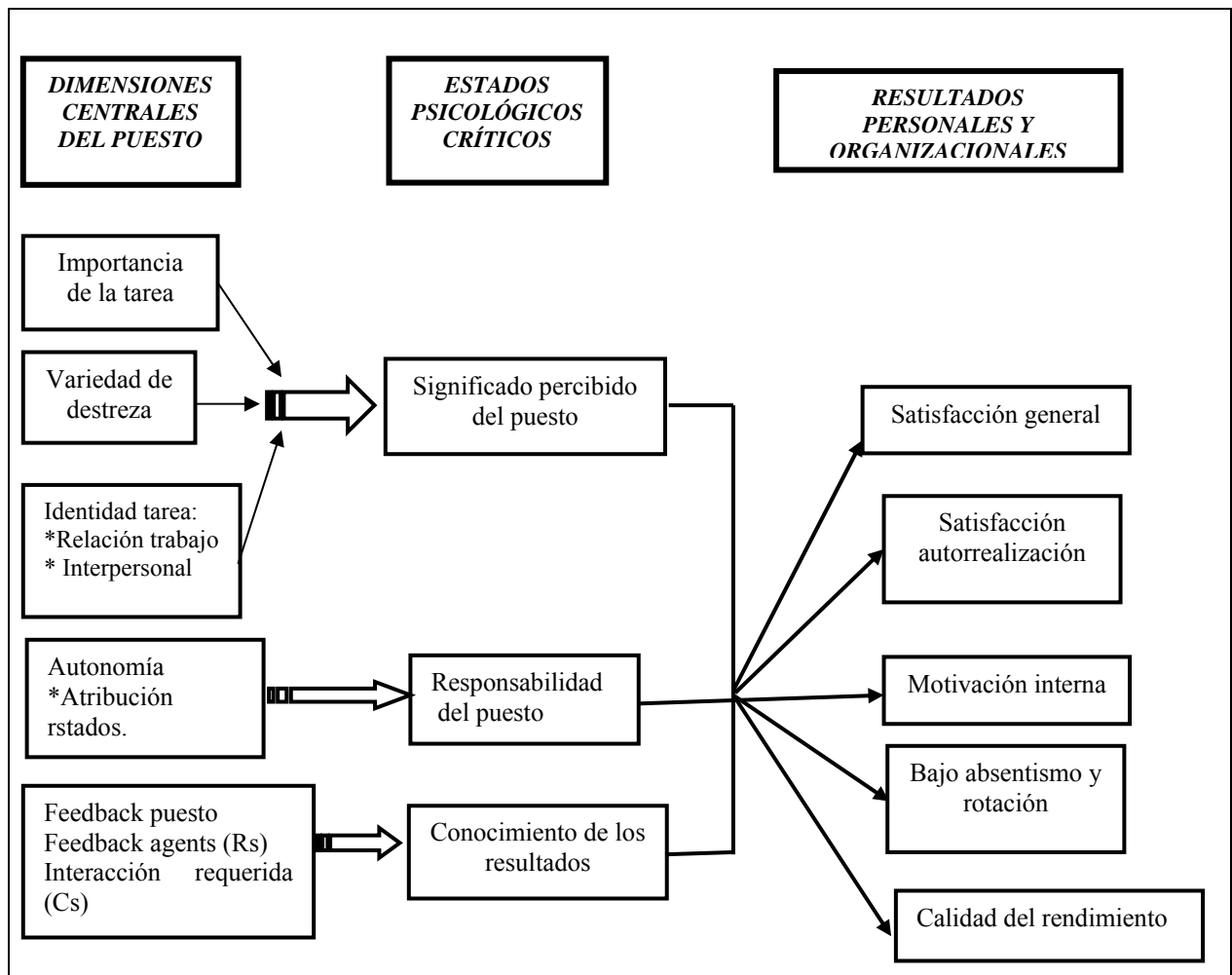


Figura 2.1 Modelo Motivacional de las Características del Puesto de Tonges, Rothstein y Carter.

Variabilidad de destrezas: 5, 8*, 22, 25*, 28, 41, 47, 61.

Identidad de tarea *Relacionado con el trabajo*: 2, 6, 9, 11*, 19, 26, 30, 36, 45, 68, 70, 74*, 92, 94, 98, 100.

Identidad de la tarea *Interpersonales*: 4*, 13, 21*, 24, 51*, 58.

Importancia de la tarea: 1, 10*, 12, 38*, 44, 50, 53, 55, 59, 62, 65, 67, 76, 80, 82, 84, 86, 90, 93, 95, 97.

Autonomía: 3, 16*, 20, 32, 34, 43, 46, 56, 63*, 69, 72, 75, 78, 83, 85, 87*, 89, 91.

Atribución de resultados: 18, 23, 31, 40*, 64.

Retroalimentación del puesto: 15, 37, 42, 49, 54, 81*.

Retroalimentación agentes: 7, 14, 29, 35, 39, 52, 60, 66, 73*, 77, 79, 88, 96.

Interacción Requeridos: 17, 27, 33*, 48, 57, 71*, 99.

*** Ítems inversos**

La consistencia interna del SNJCI en cada una de las escalas fue en: Variedad de destreza $\alpha = 0.36$, Identidad de tarea relacionado con el trabajo $\alpha = 0.81$, Identidad de la tarea interpersonal $\alpha = 0.72$, Importancia de la tarea $\alpha = 0.84$, Autonomía $\alpha = 0.77$, Atribución de resultados $\alpha = 0.60$, Retroalimentación del puesto $\alpha = 0.65$, Retroalimentación agentes $\alpha = 0.85$ e Interacción requerida $\alpha = 0.58$. La fiabilidad en las escalas del JDS fue la siguiente: Variedad de destreza $\alpha = 0.38$, Identidad de tarea $\alpha = 0.54$, Importancia de la tarea $\alpha = 0.52$, Autonomía $\alpha = 0.63$, Retroalimentación del puesto $\alpha = 0.47$, Retroalimentación agentes $\alpha = 0.77$ e Interacción requerida $\alpha = 0.48$.

1. Variedad de competencias o de destrezas, grado en el que el empleo requiere realizar diferentes actividades que precisan de diferentes habilidades. *
2. Identificación o identidad de la tarea, grado en que el trabajador percibe que realiza un producto completo e identificable.*
3. Importancia de la tarea: grado en el que el empleo es reconocido por otros, tanto a nivel intra como extraorganizacional.*
4. Autonomía: grado de independencia del trabajador para poder planificar y desarrollar su trabajo.*
5. Retroinformación (feedback), extensión en que las actividades que requiere el empleo, ofrecen por si mismas una información directa sobre la efectividad de su desempeño.*
6. Atribución de resultados: Grado en el que los individuos pueden discernir en el trabajo final, el resultado de sus esfuerzos individuales propios.
7. Requerimientos de interacción: Contactos con otras personas que precisa el desempeño del trabajo. *
8. Retroinformación de agentes: Grado de información que recibe el trabajador sobre el desempeño de su trabajo por parte de compañeros y supervisores. *

Tabla 2.1 Definiciones

* Variables definidas en el Modelo Motivacional de Hackman y Oldham y contempladas en el JDS.

I.3 MOTIVACIÓN-SATISFACCIÓN EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

**"Las profesiones, como las naciones, sólo pueden prosperar
con un sentido individual de la responsabilidad colectiva".**

Florence Nightingale

La palabra cuidados, tiene diferentes acepciones, los cuidados de una esposa, madre, familiar o amigo, son distintos a los que presta una enfermera, que es un profesional especializado, con un conocimiento y experiencia que utiliza responsablemente, en tomas de decisión y actuaciones autónomas de las que es legalmente responsable.

Cuidar es un fenómeno universal que se expresa con acciones, las cuales son diferentes según las distintas culturas, por parte de quién da los cuidados y de quién los recibe, según las experiencias y significados. Cuidar es una noción familiar, sin embargo, resulta difícil definir, y tiene además diversos usos lingüísticos.

Cuidar implica entrar en relación con una persona, o grupo de personas, en el sentido de proximidad, de acompañamiento, de ayudar a hacer frente a los problemas de salud o a evitarlos. Cuidar es ofrecer al otro las posibilidades de desarrollar su potencial, de elegir la mejor acción o solución en ese momento, teniendo en cuenta el contexto en que se encuentra.

En sus más remotos orígenes, dar cuidados, era una noción ligada a cualquier forma de vida. El cuidado era la forma como una persona ayudaba a otra para poder sobrevivir dentro de un grupo, relacionándose con un fuerte instinto de conservación y protección de

la tribu y de sus miembros. El amor y el interés por la familia se extendieron a vecinos y a desconocidos. En su forma rudimentaria, este esfuerzo de servicio se concretó en el cuidado de los individuos que enfermaban (Donahue, 1985).

Muy posiblemente si preguntásemos a las personas de nuestro entorno ¿Qué hace una enfermera?, obtuviésemos respuestas vagas del tipo: “Curan a la gente cuando esta enferma”, o “Dan medicinas y ponen inyecciones”. La naturaleza del trabajo enfermero, la complejidad de los cuidados dados por estos profesionales, es poco conocida por la población en general, lo que unido al limitado concepto de la palabra *cuidado* existente en la sociedad, ha llevado a que los cuidados enfermeros hayan sido considerados durante mucho tiempo como de bajo contenido científico, a que la profesión se considerase y fuera considerada como una “profesión blanda”.

Este papel recayó y fue asumido de forma mayoritaria y tradicional por la mujer, (como lo han sido otras actividades), primero en el hogar y posteriormente en ámbitos institucionales o sociales. A éste respecto Pizurki, Mejía, Butter y Ewart (1988), señalan que: *“Las mujeres han sido siempre las dispensadoras de atención en la sociedad, siempre han sido ellas las que han prestado cuidados, alimentado a los niños y a los miembros de la familia y por extensión, a los amigos, los vecinos y a la comunidad en general. En la mayoría de las culturas esas actividades se consideraban "femeninas", es decir que la sociedad parte del supuesto de que las personas que las despliegan deben reunir las características y rasgos propios de la mujer”* (pag 35).

Donahue, (1985), recoge cómo Robinson, historiador, describe este fenómeno exponiendo que la situación de la mujer a través de los tiempos, se refleja en la enfermera.

En la actualidad esta disciplina continua siendo una profesión mayoritariamente femenina; si analizamos el papel y el trabajo de la profesión enfermera, sus conocimientos habilidades y actitudes, incluyen la capacidad de utilizar diferentes formas de comunicación; de mostrar sensibilidad y cariño; de capacidad organizativa, de resolver problemas y de enseñar; de emplear cualidades como la exactitud; la consistencia; la minuciosidad y la continuidad y por supuesto, todos ellos realizados atendiendo a los estándares apropiados.

Muchas de estas cualidades son influenciadas por cualidades personales, pero ninguna de ellas es un rasgo exclusivamente femenino, deben ser valoradas, desarrolladas y promovidas en todos los profesionales de enfermería, tanto varón como mujer.

Si un profesional sanitario no pudiese dar respuesta a las demandas de atención que considera debería de suministrar, posiblemente se sienta frustrado e insatisfecho. Más de una vez hemos escuchado de muchas enfermeras que se dedican en cuerpo y alma a su profesión: “Adoro la enfermería, pero no estoy contenta con mi trabajo”, lo que repercute en el ámbito personal, profesional y social, pudiéndose reflejar en la calidad de los cuidados prestados.

Por las consecuencias que todo ello genera, nuestro estudio se centrará en la satisfacción y motivación de las enfermeras/os, analizando seguidamente la problemática de la profesión enfermera y algunos de los estudios que se han producido sobre este tema.

I.3.1 Enfermería y reconocimiento profesional

La enfermería es la ciencia del cuidar. Los cuidados nacen con el hombre y persisten a lo largo de las distintas etapas de su ciclo vital. "Cuidar", durante miles de años, no fue

propio de un oficio ni de una profesión, era la forma de ayuda de una persona a otra para poder sobrevivir dentro del grupo. De tal manera, que cualquiera que sea el grupo cultural que nos preocupe, observaremos que la historia de la enfermería correrá pareja con él y la evolución de los cuidados será la expresión de los conocimientos y la organización de cada pueblo, de su sentir y de su preocupación por la salud.

Es importante seguir la evolución de los cuidados, a fin de conocer el significado, el sujeto, el modo, la tendencia y la proyección social que han tenido los mismos a lo largo de la historia, así como la realidad y perspectivas de la situación de los cuidados en la actualidad. El cuidado es un término esencial en el origen e historia de la enfermería alcanzando actualmente su máximo apogeo.

Para Collière (1982), hasta la Edad Media los cuidados se diferenciaban dependiendo de que los impartiesen los hombres o las mujeres, mientras que el objetivo final de los cuidados masculinos era “hacer retroceder la muerte”, alargar la vida, practicando curas e intervenciones sobre los heridos, lo que les permitió descubrir el cuerpo y desarrollar instrumentos para entablillar, cortar, coser, prácticas que estaban vedadas a las mujeres. El objetivo de los cuidados femeninos se orientaba a “asegurar el mantenimiento de la vida”, atendiendo a mujeres parturientas, personas enfermas y niños. Las finalidades básicas de los cuidados dependientes del género se correspondían fundamentalmente con las de la Medicina (curar) y la Enfermería (cuidar).

El desarrollo del cristianismo en Europa, al considerar al cuerpo como fuente de pecado, hizo que los conocimientos adquiridos de forma empírica fuesen considerados paganos y formas de brujería, la Iglesia va a controlar los cuidados mediante

congregaciones religiosas, colaborando en ocasiones personas seculares por motivos caritativos, durante los siglos XVII y XVIII tres españoles establecieron los comienzos de la enfermería (García y Calvo 1992): San Juan de Dios (1495-1550) inició, en 1537 la recogida en su hospital a pobres, enfermos y desamparados; Bernardino Obregón (1540-1599) quien proyectó, en 1568, la Mínima Congregación de los hermanos Pobres con el fin de proveer servidores a los hospitales de España y Pedro de Bethencourt (1626-1667) quien preocupado por la atención de los enfermos de América fundó la orden de los Bethlemitas que se extiende por toda la América Española.

El esfuerzo cristiano dio sus frutos, los más significativos fueron por una parte una concepción más humanitaria del cuidado a los enfermos y por otra parte propició un gran desarrollo en la organización de los servicios de enfermería.

No obstante, esta impregnación religiosa de la enfermería, que tan beneficiosa fue, también presentó aspectos negativos en el devenir de la profesión, como bien señala Donahue (1985):

“Quienes se dedicaban a la tarea de enfermeros acabaron por ser adiestrados para la docilidad, pasividad, humildad y desprecio total de sí mismos. Se promulgó la obediencia incontestable a las decisiones de otros estamentos, generalmente el sacerdote o el médico. Así, el criterio individual de la enfermera y la responsabilidad personal para tomar decisiones en relación con el cuidado de los pacientes fueron olvidados y permanecieron totalmente ajenos a la enfermería durante mucho tiempo” (pag 53).

Todos los aspectos anteriormente descritos, el sacrificio, la fe, la entrega al otro, etc., permiten afirmar que la influencia del cristianismo en la profesión que nos ocupa, ha sido de

capital importancia, de tal modo que, sería imposible explicar la evolución de esta profesión, sin tener en cuenta dicha influencia.

En el S. XIX, los avances en el tratamiento de las enfermedades, obligan a mayores cuidados y técnicas más precisas, esto favorece el que los médicos, sus tradicionales detentadores, empiecen a delegar ciertos cuidados a un personal subalterno. Para cumplir estas funciones estos ayudantes requieren de una formación elemental, que llevó a la creación de las primeras escuelas de enfermeras laicas con un cuerpo de conocimientos impartido y dependiente de las Facultades de Medicina, orientadas a la formación de personal auxiliar femenino, al que inculcan una ideología de sumisión a un poder médico paternalista y omnisciente, de disciplina y auto-control, de trabajo duro, promoviendo una imagen de la enfermera, donde sus principales cualidades son la abnegación y la obediencia.

Sin embargo, se la reconoce a Florence Nigthingale como la impulsora de la enfermería profesional; su formación, clarividencia, capacidad de trabajo y organización, le permitieron que a finales del siglo XIX, desarrollase el primer modelo teórico de enfermería, en el cual establecía que el medio ambiente afecta el estado de salud (Monteiro, 1985). Ya en 1873 su programa docente incluía la filosofía, la razón de ser y la utilidad de los servicios de enfermería, y preconizaba la utilización estadística en el análisis e interpretación de los datos sobre la práctica de salud, abonando de esta forma el terreno para la participación de la enfermera moderna en la investigación. Un solo hecho permite valorar su implicación con los cuidados prácticos, su actuación organizativa como Superintendente del Cuerpo Femenino de Enfermeras en la atención de los heridos de la

guerra de Crimea (1854), permitió conseguir un descenso de la mortalidad del 42 al 2 % en un periodo de seis meses.

Una distinción fundamental de Florence Nightingale es la diferenciación entre el cuidado de los enfermos y el cuidado de la enfermedad (Monteiro, 1985), destacando la gran importancia que va alcanzando esta doble vertiente en el cuidado de la persona más que en el tratamiento de la condición.

En España la Ley de Instrucción Pública de septiembre de 1857 (art. 40,2) conocida como Ley Moyano, creó las carreras de Practicante y Matrona (Álvarez-Dardet, Gascón, Alfonso y Almero, 1988). La primera reservada a los varones, facultándoles para ejercitar libremente la práctica de la podología, extracciones dentarias, masajes, curas y pequeñas intervenciones, aplicación de inyecciones y administrar los tratamientos que prescribían los médicos y cirujanos. Mientras que la carrera de Matrona, era de orientación femenina, y las acreditaba como auxiliares de asistencia obstétrica, para ello tenían sus propios centros de formación, las Escuelas de Parteras o Matronas, vinculadas a hospitales maternales, pero hasta el Real Decreto de 10 de agosto de 1904 no se regularon éstos estudios.

La inexistencia en España de un líder como Florence Nightingale; el predominio social de la Iglesia; la presencia de la profesión de practicante para los hombres; junto al hecho de que las impartidoras de cuidados fuesen mujeres de baja formación y clase social, favorecieron el retraso del ordenamiento jurídico de los estudios de enfermería.

En 1896 se creó en Madrid la primera escuela de enfermeras, no siendo hasta 1915 el que se reconociese la actividad profesional de enfermera a las mujeres religiosas o

seglares, que estuvieran capacitadas para realizar determinados cuidados y curas, lo que se realizó por un Real Orden de 7 de mayo de 1915, (Grupo IX. Subgrupo de Enfermería, 1987), que establecía un plan de formación dependiente de la Facultad de Medicina que capacitaba para ejercer la profesión de enfermera, formación que entronizaba la dependencia, sumisión y subordinación al médico, sacralizando la paciencia, abnegación y sacrificio.

La educación de la enfermera en el pasado las preparaba para pensar en ellas mismas como colaboradores de los médicos, en ejecutoras de las órdenes médicas y en implementar las políticas y normas de los hospitales; roles que no son congruentes con la investigación y creación de teorías. Cualquier pensamiento independiente o actitud crítica fue la antítesis de lo que se esperaba de una enfermera. A pesar de que Nightingale creó un modelo teórico, la carencia de una base conceptual definitiva para la práctica, junto con la posición dependiente que ocupaban las mujeres en la sociedad, hace que la enfermera sea controlada por los médicos. Como indica Collière (1982) la práctica enfermera se organizó en torno a las distintas tareas prescritas por el médico para investigar, tratar y vigilar la enfermedad. Este contexto ideológico estableció un sistema hospitalario patriarcal en donde los médicos (fundamentalmente varones) estaban en la cúspide jerárquica seguida por las enfermeras (mujeres), haciendo muy difícil a estos profesionales emerger como un cuerpo de conocimientos científico autónomo. Junto a ello, el hecho de que fuese una profesión exclusivamente femenina, de bajo contenido científico, la relegó a un oficio de muy baja consideración social.

El reconocimiento de la formación enfermera como carrera de grado medio no se desarrolló en España hasta que los Decretos de 27-VII-52 y de 4-VIII-1953, establecieron un Plan de estudios con la exigencia del Bachillerato elemental previo, un examen de ingreso y tres cursos académicos en régimen de internado en escuelas anejas a un hospital y dependientes de las Facultades de Medicina. Dicho Plan de estudios contemplaba una parte teórica basada en la medicina y una parte práctica consistente en técnicas para la administración de tratamientos a pacientes hospitalizados (Grupo IX. Subgrupo de Enfermería, 1987).

Ya hemos reseñado que independientemente de las enfermeras, tanto en estudios como en ejercicio profesional, existían oficialmente reglamentados otros dos títulos sanitarios de grado medio, el de practicante y el de matrona. La actuación de las enfermeras se centraba, sobre todo, en atención hospitalaria mientras que los practicantes, de consideración privada actuaban en el ámbito domiciliario y en pequeñas poblaciones, lo que nos diferenciaba de Europa en donde el personal sanitario eran exclusivamente enfermeras y matronas con gran predominio femenino.

El Decreto 4-XII-53 planteó la unificación, bajo un único título profesional, el de Ayudante Técnico Sanitario (ATS), quedando a extinguir los títulos anteriores de enfermera y practicante, y como especialización el de Matrona. Aparecen las especialidades de ATS, y a pesar de las limitaciones, los profesionales de enfermería comienzan a buscar cauces de participación y expresión, iniciándose así perspectivas de cambio; a pesar de ello siguen siendo meras auxiliares del médico.

Hecho a destacar es que, a partir de ese año, desaparece la palabra enfermera, en la denominación de la profesión, no volviéndose a recuperar hasta veinticuatro años más tarde, repercutiendo tanto en el ámbito social como en la propia concepción y filosofía de la profesión enfermera.

La nueva Organización de Estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios, según Orden Ministerial de 11 de julio de 1955, estableció que las Escuelas de Enfermeras se transformaran en Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios, apareciendo la obligatoriedad del internado para las alumnas y prohibiéndose la coeducación, perdurando así la discriminación por género en la formación, las mujeres debían de realizar los estudios en régimen de internado, continuando con los principios de obediencia, conformidad y subordinación bajo un rígido sistema jerárquico y con jornadas laborales que podían superar las 12 horas. Este internado no se exigía a los alumnos varones, que podían matricularse libremente en las Facultades de Medicina, lo que dio lugar a diferente formación, conceptualización de la profesión e incluso campos de actuación, entre los profesionales masculinos y femeninos, focalizándose los varones hacia el ámbito rural y extrahospitalario, mientras que las mujeres ejercían preferentemente en hospitales y ambulatorios.

Durante la década de los 60, este profesional ATS, encaja perfectamente con las necesidades del Sistema Sanitario Español, en pleno desarrollo del modelo tecnicista.

El Real Decreto 2128/77 estableció la conversión de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios en Escuelas Universitarias y a través del Real Decreto 111/1980 se establecieron los cauces para la homologación del título de ATS con el de Diplomado

Universitario en Enfermería, lo que supuso, al margen de recuperar la palabra enfermera en la nueva titulación, una revisión y reorganización de los planes de estudio con una unificación de los mismos, posibilitando un diseño curricular orientado hacia la salud, que incluía materias tales como Salud Pública I y II. Esta nueva orientación de los estudios de enfermería capacita a los enfermeros para desarrollar técnicas salubristas; aparecen funciones específicas en términos de cuidados y autocuidados orientándose así hacia el mantenimiento de la salud, sin embargo, su trabajo se sigue desarrollando en un sistema sanitario centrado en la atención hospitalaria de los pacientes.

Finalmente el Real Decreto 305/1990, reguló el reconocimiento de diplomas, certificados y otros títulos de enfermero de los Estados miembros de la Comunidad Económica Europea.

Actualmente se está trabajando en la integración del Sistema Universitario Español en el Espacio de Educación Superior Europeo, recogido en el Real Decreto 1044/2003, de 1 de agosto, por el que se establece el procedimiento para la expedición por las universidades del Suplemento Europeo al Título.

Centrándonos en las áreas de desarrollo profesional el que una enfermera trabaje en un hospital o en un centro de salud determina una filosofía y orientación práctica diferentes, herederos de diferentes enfoques de los cuidados y de la evolución del concepto de salud pública a lo largo de la historia. La aparición de los antibióticos, la disminución de las enfermedades transmisibles y el desarrollo de nuevas ideas sobre el estado de bienestar, van a añadir al concepto de salud pública los términos de restauración y recuperación de la salud.

Álvarez-Dardet, Gascón, Alfonso y Almero (1988), en su estudio sobre los orígenes de la Enfermería de Salud Pública, refieren que la diferenciación entre enfermeras Hospitalarias y enfermeras de Salud Pública, se inició en el siglo XIX en Liverpool (Gran Bretaña). William Rathbone, un acaudalado ciudadano, influenciado por los cuidados domiciliarios que se habían prestado a su esposa, llegó a la conclusión de que las enfermedades se agravaban por la falta de recursos y entornos inadecuados, y podrían mejorar importantemente mediante cuidados cualificados domiciliarios. Florence Nightingale influenciada por estas ideas inició la diferenciación de las enfermeras de cuidados domiciliarios a las que consideraba como "Enfermería para la salud" de las enfermeras hospitalarias a la que denominaba "Enfermería para la enfermedad".

En Estados Unidos, Mrs. Lillian Wald -considerada como fundadora de lo que actualmente se denomina enfermería de salud pública-, inició a finales del S. XIX (1893) los cuidados de enfermería a domicilio con un programa organizado de actividades sociales, culturales y educativas transformando a la enfermera visitadora en enfermera comunitaria, fundando en 1912 la Organización Nacional de Enfermería de Salud Pública de Estados Unidos, utilizando por primera vez el término de "Enfermera Social".

Atendiendo a la enfermería comunitaria, en España se creó en 1919 un Comité de Enfermeras Domiciliarias, con la misión de visitar los hogares necesitados, aconsejando y divulgando prácticas higiénicas elementales. En 1933 surgió la "Enfermera Visitadora y Sanitaria", que desarrollaban su trabajo en los Centros de Higiene Rural e Institutos Provinciales de Higiene en el objetivo de mejorar las condiciones higiénicas de la población, luchar contra las enfermedades infectocontagiosas y sociales, y dar educación

sanitaria a los ciudadanos. En 1954 se aprobó el Reglamento del Cuerpo de Visitadoras de la Inspección de Servicios Sanitarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad que va a desarrollar la organización, ingreso, nombramiento, funciones y deberes de este cuerpo sanitario.

Las diferentes reglamentaciones existentes, permitirán que como refieren Garisoain y Merino (1997), en los Consultorios de la Seguridad Social, hasta la reforma de 1986 coexistiesen diferentes profesionales de enfermería: "Enfermeras de apoyo a los médicos de cabecera"; "Practicantes"; enfermeras de "Asistencia pública domiciliaria del Seguro Obligatorio de Enfermedad " –APD-; y “Ayudantes Técnicos sanitarios -A.T.S-, trabajando bajo un modelo medicalizado, donde primaba la realización de tareas casi exclusivamente administrativas, con tres aspectos a destacar: 1) Trabajo dependiente 2) Nula formación posgraduada 3) Falta de perspectivas de promoción laboral.

Desde la propuesta llevada a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978) en Alma-Ata (URSS), y materializada en el Sistema Sanitario Español a través de la Ley General de Sanidad de 1986, las políticas de salud han sufrido y están sufriendo una reestructuración basándose en la disminución de costes, y racionalización de recursos, lo que conlleva una reorganización y reorientación de los Servicios de Salud. Muchos de estos cambios afectan al trabajo enfermero y a la satisfacción laboral de los profesionales que lo ejercen, así como a la creación de sistemas integrados de atención que disminuyen la duración de las estancias hospitalarias, introduciendo un trabajo multifuncional en determinados profesionales de la salud.

Sin embargo, hemos de tener en cuenta que actualmente el colectivo de enfermería presenta todavía diferentes antecedentes de formación, lo que implica distintas adscripciones filosóficas, que retrasan la creación de una imagen uniforme, perpetuando el estereotipo y consideración pública de que la enfermera es fundamentalmente un ayudante o servidor de los médicos.

Teniendo en cuenta el acontecer histórico de la disciplina enfermera, podemos entender que esta profesión no implica exclusivamente un empleo, sino que presenta un alto componente vocacional y de altruismo, para rendir servicio sin esperar nada a cambio. La consideración de la enfermera como vocación ha creado una imagen pública de solidaridad, de abnegación y sacrificio de la misma, en donde sus pobres condiciones laborales, se compensarían por el sentimiento de atender a los enfermos. El estudio del Consejo General de Enfermería (1998), sobre la aportación de los profesionales de enfermería a la salud de los españoles, recoge que la “vocación de servicio” es la principal motivación que guía a la mayoría de los individuos en la elección de esta carrera, principalmente en las mujeres (81,5%) frente a los varones (61,9%), indicando que en la encuesta realizada a 3.337 enfermeros, los principales aspectos positivos de la profesión eran:

- 1) La posibilidad de ayudar a la gente (77,2%)
- 2) El trato con los pacientes (68,2%).

El avance tecnológico experimentado en los últimos 30 años, ha originado el que el rol de la enfermera se vuelva más complejo, y progresivamente tengan que asumir nuevos

procedimientos y mayores responsabilidades, lo que estimula un cambio de actitudes, con un deseo de mejora de su imagen social y estatus profesional.

I.3.2 Características laborales de las Enfermeras

Centrándonos en el Sistema Sanitario Español existen dos niveles de atención diferenciados entre sí: Hospitales o Atención Especializada (AE) y Atención Primaria (AP) constituida por los Ambulatorios, red antigua no reconvertida y Centros de Salud. Las enfermeras de cada nivel desarrollan su trabajo de forma específica y diferenciada, constituyendo el colectivo profesional más numeroso dentro del Sistema Sanitario, y el más necesario ya que son los que aseguran la continuidad del servicio que se presta, teniendo un papel importante tanto en la calidad como en los costes del Servicio de Salud, (Alberdi, 1995; Tonges, Rothstein, y Carter, 1998).

Los cuidados enfermeros están orientados desde, con y para el individuo, familia y comunidad; desde su concepción hasta su muerte; con el objetivo de mejorar su calidad de vida, brindándole la ayuda necesaria para que sean ellos mismos los promotores de su bienestar y desarrollo, consiguiendo así el mayor grado de autonomía en relación a su situación específica de salud-enfermedad (Roger y Martín Santos, 1992). La Dra. Brundtland, Directora General de la OMS, destacó en la 54ª Asamblea Mundial de la Salud, las aportaciones de las enfermeras y matronas en cuanto a la reducción de la morbi-mortalidad y discapacidad de la población, así como en la promoción de estilos de vida sanos, (OMS, 2002).

3.2.1 Funciones generales

Las funciones clásicas de la profesión enfermera son las de asistencia, docencia, investigación y administración.

La Oficina Regional de la OMS para Europa, mediante los fascículos “La Salud para todos, Series de Enfermería”, (OMS, 1993) y haciendo referencia a la función asistencial indica:

”La misión de la Enfermería es ayudar a los individuos, familias y grupos a determinar y conseguir su potencial físico, mental y social, y a realizarlo dentro del contexto desafiante del medio en que viven y trabajan. Esto requiere enfermeras que desarrollen y realicen funciones que se relacionen con el fomento y mantenimiento de la salud, así como la prevención de la enfermedad. Enfermería incluye también la planificación y la prestación del cuidado durante la enfermedad y la rehabilitación, abarcando los aspectos físicos, mentales, sociales y espirituales de la vida, que pueden afectar a la salud, la enfermedad, a la discapacidad y a la muerte. (.....)

Las enfermeras trabajan en pie de igualdad con miembros de otras profesiones y actividades implicadas en prestaciones de cuidados de salud y servicios relacionados con ella.

(.....) La enfermera acepta la responsabilidad y ostenta la autoridad requerida en la prestación directa de cuidados de enfermería a los individuos, familias, grupos y comunidades. La enfermera es una profesional que ejerce de una forma autónoma la Enfermería, y es la responsable del cuidado que ella administra. La enfermera es el eje del equipo en los cuidados de enfermería. Ella tiene también la responsabilidad de evaluar sus necesidades personales para una formación continuada en la gestión, en la docencia, en la

práctica clínica y en la investigación y tomar las acciones pertinentes para satisfacer esas necesidades.

Las funciones de la enfermera derivan directamente de la misión de la Enfermería en la sociedad. Estas funciones se mantienen constantes independientemente del lugar (el hogar, el trabajo, la escuela, la universidad, la prisión, los campos de refugiados, los hospitales, los centro de atención primaria, u otros lugares) o, del momento en que son prestados los cuidados de enfermería, el estado de salud del individuo, o del grupo que vaya a ser atendido, o de los recursos disponibles. Además estas funciones deberán estar reflejadas en la legislación que afecta a la Enfermería de cada país” (pag 29).

En nuestro país las funciones enfermera están reguladas a través del Real Decreto 1231/2001 (BOE nº 269) y en la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE nº 128).

En nuestra opinión, esta disciplina se define y caracteriza por:

- Ser una profesión de servicios, trabajar con las respuestas de los individuos, familias grupos y/o comunidades ante las diferentes experiencias vividas en salud, optimizar su nivel de salud, promover ésta y sus autocuidados, prevenir enfermedades y discapacidades, ya sea con personas sanas, enfermas o moribundas.

- Proporcionar cuidados continuos a todas las personas, desde la concepción hasta la muerte. Ayudando al nacimiento de nuevos seres; contribuyendo a aliviar el dolor; así como a una muerte lo más digna posible, acompañando en los procesos de pérdida, muerte y duelo.

- Basar su práctica en un cuerpo de conocimientos, competencias, y técnicas propias, apoyados en las tecnologías y conocimientos de las ciencias humanas, físicas, sociales y biológicas.

- Preservar un alto componente relacional, al considerar a las personas como sujetos emocionales, con relaciones sociales y portadoras de un sistema de valores individuales.

-Responsabilizarse de:

- La evaluación de la situación que necesita de intervención enfermera.

- La elección de actos así como de su realización.

- Los métodos, técnicas y recursos utilizados.

- La vigilancia y control de los efectos de sus actuaciones.

- Los resultados obtenidos.

- Las consecuencias eventuales ligadas a su acción cuidadora.

- Participar con un compromiso social en la enseñanza, guía y orientación, de los individuos, familias y grupos sociales ayudándoles a desarrollar su potencial físico, mental y social, que les permita mejoras en su calidad de vida.

- Canalizar la comunicación del individuo y su familia con el Sistema Sanitario.

Para ello la enfermera debe poseer las necesarias habilidades, actitudes y conocimientos junto con las capacidades intelectuales y de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que le permitan actuar en situaciones complejas, cambiantes, inciertas y conflictivas, que precisan de una toma de decisiones rápida y acertada, junto con capacidad de respuesta inmediata a las necesidades que viven las personas con el objetivo de resolver y prevenir sus problemas de salud. El cuidado

enfermero ha de estar orientado principalmente hacia lo que se realiza con la persona o en nombre de ella, más que lo que hace a la persona (técnicas) o para ella (dar un medicamento) (Zarate, 2004).

Dada la complejidad de su marco de competencias, las actividades que realiza la enfermera tienen dos vertientes, en función de que pertenezcan al rol de colaboración o al rol propio enfermero y vienen definidas por la identificación de problemas, bien sean de colaboración o concernientes al rol independiente, especificándolos mediante los diagnósticos enfermeros.

- Los problemas de colaboración de la enfermera se refieren “*a las complicaciones potenciales de la situación fisiopatológica, del tratamiento prescrito o de las pruebas diagnósticas hechas*” (pag 32), (Luis, 2004). Todo ello hace referencia a situaciones relacionadas con la patología, aplicación de tratamientos prescritos por otros profesionales, así como del control tanto de la respuesta al mismo como de la evolución de la situación patológica. El centro de atención es el usuario y la enfermera es plenamente responsable de sus actuaciones, pero la responsabilidad del resultado final, así como el control de la situación y la autoridad para establecer las intervenciones que se han de llevar a cabo, recaen sobre el profesional con el que colabora.

- La dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de la misma, gracias a su formación y experiencia práctica; en definitiva trabajará con las respuestas de la persona ante la situación de salud, partiendo de las necesidades básicas del individuo, en función del modelo teórico utilizado; no requieren la orden previa de un médico, supervisión o

dirección por otros profesionales. En esta dimensión, a través de los Diagnósticos enfermeros, especificará cuál es el problema o situación y por qué se ha generado.

La Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería, (AENTDE), propuso en la reunión anual de 2001, una modificación a la definición de diagnóstico enfermero realizada por la North American Nursing Diagnoses Association (NANDA, 1999): *“Es un juicio clínico, sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a etapas de la vida/ problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente”* (pag 1), (AENTDE, 2001).

Las intervenciones independientes de enfermería:

- Serán coherentes con el plan general de atención, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.

- Estarán basadas en principios científicos.

- Serán individualizadas para cada persona y situación en concreto. Los cuidados de una persona difieren de los de otra, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.

- Proporcionarán un medio seguro y terapéutico (eficacia).

- Irán justificadas y acompañadas por un proceso de aprendizaje continuo.

- Generará el menor coste posible con los mejores resultados (eficiencia).

Desde un punto de vista funcional, la enfermera planifica intervenciones en las diferentes áreas de la salud y la enfermedad y del desarrollo humano:

- Promoviendo salud.

- Previniendo enfermedades,

- Colaborando en el restablecimiento de la salud
- Rehabilitando.
- Acompañando en los estados agónicos.

A este tipo de actividades hay que añadir las de estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, delegadas o en colaboración con el médico; por ejemplo realización de pruebas complementarias, de apoyo al diagnóstico, aplicación de fármacos, entre otras.

Para adquirir un perfil profesional adecuado las principales competencias de la enfermera comprenden:

1. Proporcionar cuidados enfermeros individualizados mediante un método sistemático y organizado, centrado en el logro de los resultados esperados, en definitiva aplicando el Proceso de cuidados enfermero, (Alfaro, 2002) adaptándolo a las necesidades de la persona para la mejora real o potencial de su salud, contemplando:

1.1. Obtención de datos sobre el estado, problemas de salud y capacidades de las personas a cuidar, sometiéndolos a análisis e interpretación, que le permitan formular, validar y registrar problemas reales o potenciales de salud. Colectivos cada vez más amplios asimilan esta etapa a la elaboración de un diagnóstico enfermero siguiendo la definición de la NANDA. Estos diagnósticos implican tres componentes: 1) el enunciado del Problema, 2) los factores Etiológicos o factores de riesgo, 3) los Signos o manifestaciones (Formato PES).

1.2. Formulación de objetivos realistas o resultados (Nursing outcomes classification, -NOC- Etiquetas y clasificación de los resultados enfermeros),

donde participen el usuario y/o familiares, recogiendo sus expectativas según el problema definido.

1.3. Planificación de intervenciones basadas en una estandarización (Nursing interventions classification –NIC- Etiquetas y códigos de las intervenciones enfermera) o protocolización orientada por la evidencia científica del momento.

1.4 Ejecución de las intervenciones planificadas, adaptando el plan de cuidados de forma individualizada a las necesidades de las personas y su entorno.

1.5. Evaluación y registro de forma continuada y sistemática de la efectividad del plan de cuidados en relación con los objetivos programados y los resultados obtenidos.

2. Promocionar la salud mediante actividades preventivas y de educación sanitaria, realizando:

2.1. Identificación de usuarios con riesgos de salud

2.2. Evaluación de usuarios que pueden beneficiarse de medidas preventivas

2.3. Identificación de problemas potenciales de salud

2.4. Evaluación del estado de salud de las personas sanas.

2.5. Evaluación del entorno socio-familiar

2.6. Asesoramiento sobre los diferentes medios de prevención de riesgos y promoción de salud.

2.7. Intervención educativa conducente al cambio de hábitos.

2.8. Promoción de actitudes de autorresponsabilidad en atención de salud y entornos saludables.

- 2.9. Evaluar periódicamente los avances en el tema.
3. Intervenir ante los problemas reales y/o potenciales en colaboración con la persona y su familia:
 - 3.1. Informar y explicar al usuario sobre el motivo y forma de llevarse a cabo los procedimientos programados, posibles complicaciones y beneficios a obtener.
 - 3.2. Atender a sus preguntas y solicitar su consentimiento.
 - 3.3. Preparar el material adecuado y el entorno de realización, observando las medidas de asepsia.
 - 3.4. Valorar y vigilar las respuestas del usuario durante la realización del procedimiento.
 - 3.5. Vigilar la aparición de complicaciones.
4. Cuidados y atenciones en procesos específicos, según las etapas evolutivas:
 - 4.1. De pacientes con procesos crónicos, en situación crítica, trastornos mentales, etc.
 - 4.2. En personas con disminución de su autonomía.
 - 4.3. De personas en duelo.
 - 4.4. Gestionar los cuidados paliativos de pacientes terminales.
 - 4.5. Gestionar las atenciones de urgencia.
 - 4.6. Gestionar la atención domiciliaria.
5. Comunicación efectiva y relación terapéutica con el usuario y familiares.
 - 5.1. Promover un entorno favorable a la comunicación.
 - 5.2. Establecer una relación empática.

5.3. Explicar y comentar con el fin de acordar conjuntamente, integrando al usuario y/o familiares en los planes de cuidados a seguir.

5.4. Fomentar a través de la relación interpersonal y del respeto al usuario la confianza y seguridad en relación con su proceso.

6. Atención integral y coordinada mediante trabajo en equipo y relaciones interprofesionales.

6.1. Definir y formular los objetivos del trabajo en equipo, los planes de actuación y evaluar los resultados.

7. Garantizar la continuidad de cuidados mediante una comunicación intraprofesional formal y estructurada.

7.1. Elaborando informes de enfermería.

8. Mantenimiento de la calidad de la atención y de la competencia profesional.

8.1. Actualizando mediante un plan de formación permanente sus conocimientos, actitudes y habilidades.

8.2. Evaluando críticamente los métodos de trabajo y las posibles mejoras

8.3. Realizando actividades de investigación y estudios de calidad

8.4. Participando en actividades docentes.

9. Seguimiento de los principios éticos y legales

10. Participación y compromiso profesional en los diferentes niveles asistenciales e institucionales.

3.2.2 Diferencias entre la Enfermera Hospitalaria y Enfermera Comunitaria

El trabajar en un centro de salud o en un hospital presenta unos elementos diferenciadores que según Sagués (1992) se caracterizan por:

* Diferente filosofía, discurso profesional y metodología de trabajo, con diferente organización del mismo y diferente utilización del tiempo: El modelo hospitalario es un modelo medicalizado e intervencionista, centrado principalmente en la aplicación de las prescripciones médicas y en técnicas enfermeras, dirigido a la curación, que frecuentemente por situaciones de sobrecarga de trabajo, no puede prestar unos cuidados integrales. Frente a este el modelo de Atención Primaria se centra en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, junto a curación, rehabilitación y reinserción.

* Los cuidados que se prestan en los Centros de Salud (CS) tienen una continuidad a lo largo del tiempo, desde la concepción hasta la muerte, mientras que la atención especializada (AE), solo presta atención al usuario cuando presenta algún episodio o problemas específicos y puntuales que requieran hospitalización continuándose, una vez superado, su seguimiento fundamentalmente en el CS.

* En AE existe un predominio profesional importante, acompañado de una actitud pasiva por parte del usuario, mientras que en el CS la atención se basa en la autorresponsabilidad del usuario y familia con una participación activa para mejorar su salud.

* Diferente aplicación y desarrollo del Modelo de Cuidados de Enfermería, ya que en algunas unidades hospitalarias, bien por la sobrecarga de trabajo o bien por otras razones, no se desarrollan modelos enfermeros, ni se aplica el proceso de cuidados como método enfermero, mientras que en los CS se está en un momento de consolidación del proceso aplicándose la metodología enfermera a más del 50% de los usuarios (Izquierdo, Pérez, Ramírez, Serrano, Torres, y Conde, 2002).

* El ámbito de actuación de la enfermera comunitaria es el Centro de salud, domicilio, familia, comunidad, centros escolares, etc., es decir en todos aquellos lugares donde las personas nacen, viven, crecen y se desarrollan, mientras que la enfermera hospitalaria presta los cuidados en el hospital.

* Las competencias de la enfermera comunitaria son mucho más novedosas, dado el corto periodo de tiempo que lleva el modelo de AP, y variadas al afrontar determinados problemas que las enfermeras hospitalarias no tratan, al mismo tiempo que trabajan con la unidad familiar y con grupos de la comunidad, frente a las competencias de las enfermeras hospitalarias que son más tradicionales.

* Las enfermeras de AE están en contacto más tiempo con el sufrimiento, la enfermedad y con la muerte que las enfermeras comunitarias.

* En el CS se contempla, dentro del horario laboral, un tiempo determinado para formación continuada del equipo, bien conjuntamente o por unidades, mientras que las/os enfermeras/os hospitalarias/os carecen de esta actividad quedando a criterio personal la formación permanente y fuera del horarios laboral. El Sistema

Sanitario Andaluz ha realizado un esfuerzo en actualizar y modernizar el componente humano de la salud en AP y no en AE lo cual ha impedido el desarrollo paralelo de la disciplina enfermera, dejando la inversión tecnológica para el hospital, despersonalizando y materializándose con una orientación de cuidados diferentes.

A modo de resumen y basándonos en un documento de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1985), establecemos las características de los cuidados que prestan las/os enfermeras/os hospitalarias/os y las enfermeras/os comunitarias/os de CS:

CARACTERÍSTICAS DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS ORIENTADOS A LA CURACION Y LOS CUIDADOS ENFERMEROS ORIENTADOS A LA COMUNIDAD:

CARACTERÍSTICAS	ENFERM. ORIENTADA CURACIÓN (AE)	ENFERM. ORIENTADA COMUNIDAD (AP)
ENFOQUE PRINCIPAL	<ul style="list-style-type: none"> • Individuo enfermo (basado en el modelo biomédico). 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud de la comunidad (modelo socioeconómico, autorresponsable en salud)
POBLACIÓN DE INTERÉS (Iniciativa de la demanda)	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermos y discapacitados que lo solicitan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Familia, grupos, individuos Especialmente los grupos desfavorecidos y de más alto riesgo.
LUGARES DE APRENDIZAJE DEL CUIDADO PRIMARIO	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitales, otras instituciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunidades, hogares, escuelas, ..., hospitales y otras instituciones.
ROL DE LA ENFERMERA	<ul style="list-style-type: none"> • Especializado e interdependiente en el sector de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Generalista e interdependiente en el sector salud y en otros sectores relacionados con ésta.
INTERÉS BÁSICO DE LA ENFERMERA	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos que requieren hospitalización. 	<ul style="list-style-type: none"> Problemas prevalentes y necesidades de la comunidad.

CARACTERÍSTICAS	ENFERM. ORIENTADA CURACIÓN	ENFERM. ORIENTADA COMUNIDAD
PRÁCTICA DE LA ENFERMERA	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados primarios individualizados. • Escasa participación del enfermo/familia en el cuidado. • Seguimiento de casos ambulatorio hospitalario. • Trabajo individualizado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque: Cuidado primario de salud familia/comunidad. • Participación familia/ /comunidad/individuo asumen su autocuidado. • Identificación y seguimiento de grupos de riesgo. • Atención en equipo de salud.
OBJETIVOS DE LA PRÁCTICA: PREVENCIÓN: TERAPEÚTICOS:	<ul style="list-style-type: none"> • Énfasis en prevención secundaria y terciaria. • Enfermo suficientemente recuperado para dar de alta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Énfasis en prevención primaria. • Mejorar la salud de la familia/individuo/comunidad; autocuidado y autorresponsabilidad.
PROCESO RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS: VALORACIÓN DE: INTERVENCIÓN A TRAVÉS DE:	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades y recursos individuales. • Individuo y familia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades y recursos familia/comunidad/grupos/ /individuo. • Familia/comunidad/grupos/ /individuo.

CARACTERÍSTICAS	ENFERM. ORIENTADA CURACIÓN	ENFERM. ORIENTADA COMUNIDAD
SISTEMA DE SERVICIO	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado institucional e individualizado. • Cuidados episódicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado primario de salud para toda la población. • Continuidad de cuidados • Integración de otros sectores que influyen en la salud. • Trabajo en equipo.
EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERA	<ul style="list-style-type: none"> • N° de altas por categorías diagnósticas. • Frecuencia e intensidad del contacto con el enfermo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de cobertura de la población. • Tasas de utilización de servicios por grupos de alto riesgo. • Cuantificación del cambio en el estado de salud comunidad y grupos de riesgo. • Tasas de respuesta de grupos "tratados": inmunizaciones, capacidad de autocuidado, cambio de hábitos, ...

Modificado del propuesto por la OMS en 1985

Cruz Cañas, Vázquez, Aguirre, Fernández, Villagrasa y Andradas, (1994) relacionaron satisfacción con el lugar de trabajo en enfermeras de ambos niveles, encontrando que las enfermeras de AE puntuaban más bajo (menor satisfacción) en

comunicación con sus superiores, satisfacción con el puesto de trabajo, tensión relacionada con el trabajo y autonomía profesional; al mismo tiempo obtuvieron diferencias significativas relacionando satisfacción con la situación laboral, diferenciando si eran fijo o eventual; las enfermeras con puesto fijo mostraron menores niveles de satisfacción, frente a lo encontrado en otros trabajos (Fornés, Ponsell y Guasp, 2001). Aunque el grado de satisfacción general es medio y similares en los dos niveles, las enfermera de AP presentan mayores expectativas en relación a una mayor autonomía de trabajo, teniendo mayor independencia en las tareas, (Cruz Cañas y col. 1994; Albaina Landaluce, Díez Andrés, Ibáñez Ruiz de Arcaute, Portillo Armentia y Suso Pérez de Arenaza, 1995), aunque esto no siempre se cumple como reflejan otros estudios (Espejo, Granda, Custey, y Sánchez, 1990; García y Custey, 1992), que recogen la falta de delimitación y de autonomía en las funciones.

I.3.3 Autonomía

El sistema sanitario español se estructura principalmente en un fuerte sistema público, el Sistema Nacional de Salud, de cobertura universal, estructurado en 17 Servicios Regionales de Salud, coherentemente con la ordenación territorial del Estado en 17 Comunidades Autónomas; éste sistema se estructura en dos niveles de atención: El nivel de Atención Primaria de Salud (A.P.S.) y el nivel de Atención Especializada (A.E.) cuya confluencia da lugar al Área de Salud como estructura responsabilizada de la Gestión Unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud y de las Prestaciones Sanitarias y Programas de Salud a desarrollar por ellos. Su función primordial es procurar

una coordinación efectiva de los dos niveles asistenciales, cubriendo a una población teórica de 150.000 a 250.000 habitantes atendidas por un hospital al que se adscriben una serie de centros de atención primaria.

La ordenación de este sistema sanitario parte de la Ley General de Sanidad de 1986, que plantea la creación de tres divisiones al mismo nivel (Servicios generales-administración, médicos y profesionales de enfermería), dependientes del gerente o del director de Distrito, en función del nivel de atención. Cada división se divide en tres escalones: dirección, supervisión y personal asistencial.

El objetivo de esta ley según Salvadores, Schneider y Zubero (2001), es que cada división, tenga diferentes tareas, aunque interrelacionadas, siendo completamente responsable de sus respectivas decisiones, basándose en conseguir un funcionamiento dinámico, eliminando el predominio tradicional de los facultativos.

Aunque este sistema plantea el fin del predominio jerárquico del médico sobre la enfermera, debe valorarse que en su labor profesional, la enfermera desarrolla actividades independientes y actividades en colaboración con otros profesionales, y como ya hemos indicado, las funciones independientes son las actividades llevadas a cabo por la enfermera bajo su total responsabilidad sin necesidad de una orden médica.

La autonomía, en la práctica de la enfermería, se obtiene a través de un cuerpo de conocimientos expertos basados en la teoría de los cuidados, que permita la justificación y autoridad en la toma de decisiones y refleje competencias. Según McKay (1983) los intentos de logro de autonomía por parte de las enfermeras han sido impedidos por las estructuras organizativas y por el modelo médico de cuidados que se seguía. Clark y Lang

(1997) refieren que desde que Florence Nightingale comparó la mortalidad y morbilidad entre diferentes hospitales para estudiar la efectividad de la enfermería, la valoración de los métodos de cuidado y los patrones de trabajo utilizados por las enfermeras, han sido menospreciados hasta los años 1960, en que se inició en Estados Unidos la valoración de los resultados enfermeros, con el objetivo primario de mejorar la calidad y desde los 80-90 el efecto sobre disminución de costes.

Stamps y Piedmonte (1986) plantean la autonomía como “*el grado de actuaciones realizadas por la enfermera con independencia, iniciativa y libertad plenas, dentro de las actividades laborales diarias*” (pag 60). Varios autores (Stamps y Piedmonte, 1986; McCloskey, 1990; Dwyer, Schwartz y Fox, 1992; Roedel y Nistrom, 1988) han identificado la autonomía como uno de los principales factores en el desarrollo de satisfacción laboral considerando que es un componente esencial para el desarrollo profesional de la enfermera y valorando, (Finn, 2001), que es el principal componente laboral para la satisfacción en el trabajo, por encima del estatus profesional, interacción con otros profesionales o requerimientos del puesto.

Sin embargo en el entorno sanitario existen diferentes determinantes estructurales que afectan a la capacidad de actuación de las enfermeras, que están sujetos a diferentes líneas de autoridad. Según Porter-O’Grady (1997) el predominio del modelo médico ha magnificado el poder del facultativo, mientras que las enfermeras se han relegado al papel de instrumentos que pueden ajustarse y adaptarse; todavía en el momento actual muchas enfermeras sufren los efectos de un dominio patriarcal por parte de los profesionales médicos (Moloney, 1992; Paul, 1991), aunque la autonomía puede presentar otros

factores de limitación como la dirección autocrática por parte de los supervisores (Duffy, 1995) o estilos burocráticos de dirección (Manley 1995; Kramer y Schmalemborg, 1993).

Kanter (1993) mantiene que las estructuras organizativas son la clave para determinar cómo se siente la gente en su puesto de trabajo. Los individuos con delegación de responsabilidad (autoridad organizativa) para sus actuaciones están más satisfechos con su trabajo, más implicados y sienten que tienen control sobre su trabajo o autonomía.

En la Figura 3.1 se conceptualiza la teoría de Kanter, según esta teoría el poder formal se deriva de los trabajos que proveen reconocimiento de las tareas; el poder informal se desarrolla a través de las relaciones con otros individuos de la organización o relacionados con ella. Mediante la autoridad organizativa conseguida por el poder formal e informal, el individuo tiene acceso a tres estructuras organizativas: Estructura de poder, oportunidad y proporciones estructurales.

La estructura de poder refiere el acceso a tres líneas o fuentes de poder: recursos, soporte e información. El acceso a los recursos expresa la capacidad de ejercer influencia en la organización sobre la utilización de personal, material o lo que se precise para realizar el trabajo. El soporte indica la posibilidad de implicarse en actividades extraordinarias o de riesgo sin aprobación previa. La información sobre el propio trabajo así como el conocer las decisiones organizativas, cambios en las políticas a seguir y futuras direcciones, permite sustentar una autoridad organizativa.

La oportunidad estructural es la posibilidad de crecimiento y movilidad en la organización, implica perspectivas de aumento de conocimientos y habilidades, participación en comisiones, etc.

La proporción estructural se refiere a la composición social de la organización.

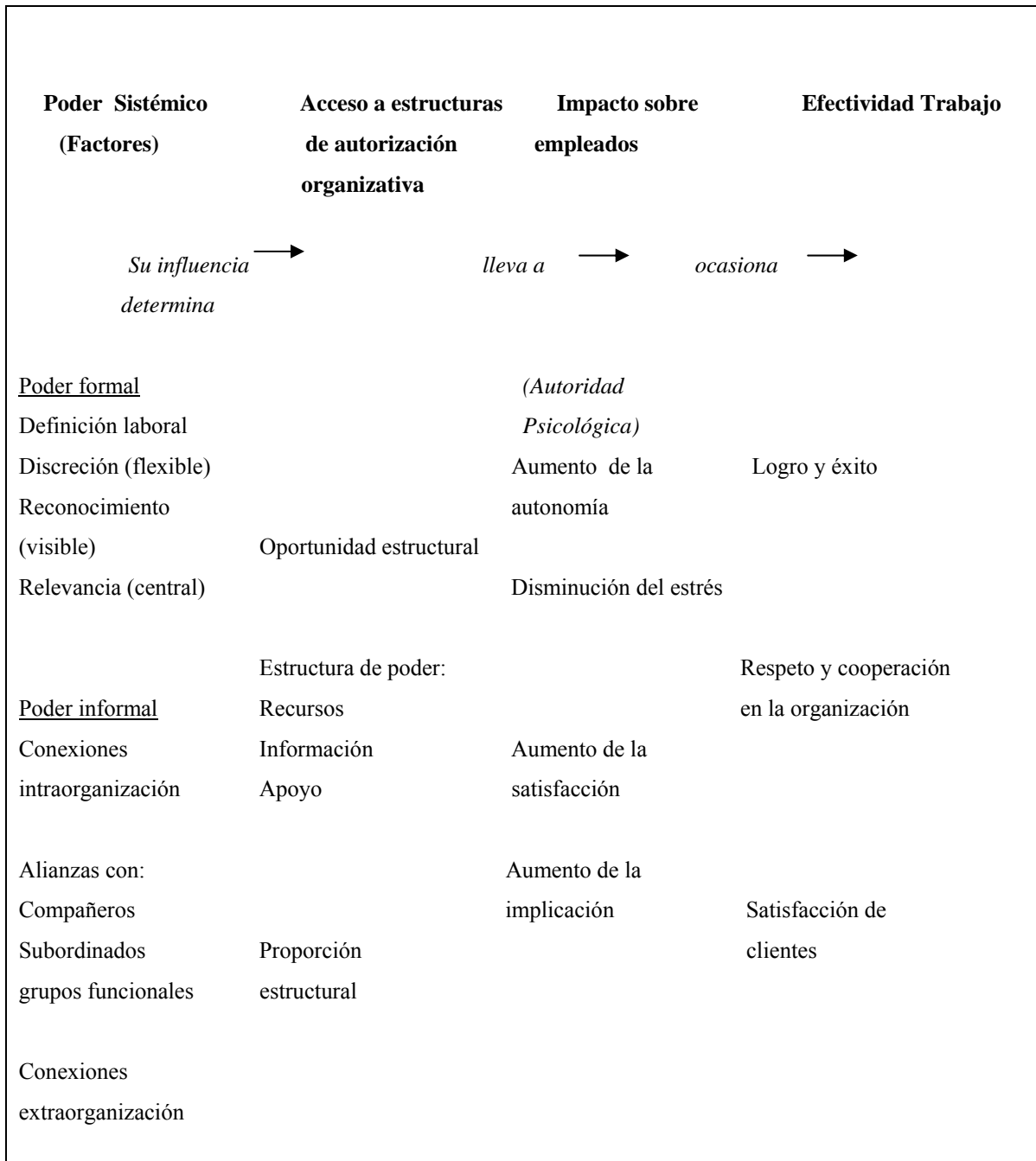


Figura 3.1 Relaciones estructurales en la Teoría del Poder de Kanter

Los individuos con alto grado de proximidad al poder formal e informal, tienen mayor acceso a las estructuras de poder y oportunidades, lo que les permite lograr delegaciones de responsabilidad, que a su vez ocasiona que estén más implicados en la organización, más altamente motivados, menos quemados, y se sientan más autónomos, lo que se traduce en mayor satisfacción y productividad en el trabajo. La delegación de responsabilidad contribuye a la efectividad y eficiencia de la organización y a la satisfacción del cliente.

El concepto de poder generalmente no se asocia con la enfermería, este colectivo tiene sentimientos de falta de autoridad para controlar su práctica profesional y de escaso reconocimiento de su trabajo.

Salvadores, Schneider y Zubero (2001), estudiando las relaciones de poder en cuatro hospitales públicos españoles indican que existe una consideración unánime por parte de los profesionales de enfermería y servicios administrativos de que la división médica continua detentando el mayor grado de poder efectivo e influencia sobre la toma de decisiones. Aunque la normativa cambie la distribución del poder formal, el poder informal, que es el que perciben los trabajadores como real, puede permanecer inalterado.

En un estudio canadiense, Las enfermeras/os describen la autonomía como la capacidad de lograr los objetivos de cuidados de los pacientes, mediante la utilización de sus conocimientos y habilidades junto al conocimiento y contribución de un plan general de cuidados al que puedan aportar su valoración de las necesidades, condición del paciente y problemas y prioridades con respecto al cuidado del mismo, (Stewart, 2004).

En un estudio de enfermeros norteamericanos, canadienses e ingleses, consideraban que los tres principales factores que facilitan la autonomía son una supervisión colaboradora, la educación y la experiencia mientras que disminuyen la autonomía la supervisión autocrática, los médicos y la sobrecarga laboral, (Mrayyan, 2004).

McCloskey (1990) refiere que las enfermeras que se autoperciben como carentes de autonomía presentan menor satisfacción laboral, menor implicación organizativa y mayores deseos de dejar el trabajo. Curreri, Gilley, Faulk, y Swansburg, (1985) analizando la satisfacción entre enfermeras comunitarias y hospitalarias destacan que las primeras presentaban mayor satisfacción por las posibilidades de decidir sobre métodos y procedimientos, de organizar sus actuaciones y de conectar más ampliamente con los usuarios. Riordan (1991) comparando enfermeras comunitarias con hospitalarias, encontró que las primeras presentaban mayor satisfacción laboral al percibir más oportunidades de utilizar sus habilidades, de participar en actividades generales y tener un mayor sentimiento de logro, resultado que coincide con los estudios de Cruz Cañas y col., (1994) y de Albaina y col., (1995) en enfermeras españolas.

I.3.4 Trabajo en equipo y Liderazgo

La atención a un usuario es labor de un grupo de profesionales, por ello el trabajo enfermero es eminentemente un modelo de colaboración de equipo interdisciplinar, que se basa en:

1. Cuidados integrados:
 - Coordinando toma de decisiones y actuaciones.

- División del trabajo alrededor de metas comunes.
- Evaluación periódica de los resultados y las metas (se reevalúan regularmente).
- Responsabilidad por parte de los diversos profesionales implicados en el cuidado de la persona.

2. Comunicación abierta:

- La evaluación de los cuidados del usuario debe implicar no solamente la valoración, el diagnóstico y actuaciones a realizar sino también las actuaciones sobre la familia y el usuario en la comunidad.

- El paciente y su familia deben estar implicados activamente en todo el proceso de cuidados.

- Las vías de comunicación han de estar aseguradas por la estructura organizativa

3. Conocimiento de los conceptos que integran el trabajo en equipo y entrenamiento en su puesta en práctica:

- Debe primar la colaboración sobre la delegación.

- Los miembros del equipo deben tener habilidades de comunicación, resolución de conflictos, y liderazgo.

- Los miembros deben comprender los roles y las expectativas de los otros profesionales.

- Debe existir un clima favorable a la innovación y tolerancia al cambio.

4. Respeto por otros miembros del equipo:

- Los miembros del equipo deben ser respetuosos con las otras disciplinas y reconocer las contribuciones de sus miembros.

Si bien este modelo es el que considero más adecuado, en la práctica podemos encontrarnos con:

- Actuaciones independientes: un profesional trabaja autónomamente con entrada limitada de otros profesionales.
- Cuidados multidisciplinarios paralelos: los diversos aspectos de la atención del paciente (por ejemplo tratamientos, rehabilitación, educación, etc.) son realizados de forma independiente por los expertos apropiados. Más que cuidados integrados, los problemas del usuario se subdividen y se tratan en paralelo, con cada profesional responsable solamente de su propia área, sin que nadie los coordine.
- Modelo consultivo: un profesional conserva la responsabilidad central y mantiene su independencia profesional en el cuidado de la persona aunque consulta con otros profesionales si lo necesita.
- Modelo de colaboración interdisciplinario: diversos profesionales cooperan estableciendo los medios de comunicación entre ellos y con el usuario y la familia, con el objetivo de crear un plan que integre y trate los diversos aspectos de atención y cuidados que el usuario necesita. Los profesionales comparten metas, recursos, y responsabilidad del cuidado del mismo.

Shamir (1990) describió tres diferentes formas de motivación colectiva laboral:

- Cálculo (recompensas o sanciones esperadas atendiendo al funcionamiento del grupo), por el que una persona se motiva en la medida que percibe que el rendimiento

colectivo depende de su contribución y en la espera de conseguir recompensas personales a través del rendimiento colectivo.

- Identificación (el auto-concepto o concepto de sí mismo es influenciado por ser miembro de un grupo), de forma que la motivación colectiva sería el resultado de la interiorización de normas y valores compartidos por el grupo.

- Internalización (aceptación de las creencias y de las normas del grupo como base motivadora del comportamiento) que implica que la identificación con el grupo aumenta la motivación.

Sheppard (1993) ofreció una interpretación de la motivación individual por la tarea-funcionamiento dentro de un equipo, basándose en la teoría de la expectativa de Vroom, en el que las metas del individuo se orientan al funcionamiento del grupo, y pueden tomar muchas formas: cantidad, velocidad, exactitud, servicio a otros, etc. Weldon y Weingart (1993) evidenciaron claramente que comparando metas difíciles y específicas para los grupos, con la ausencia de metas (o de la presencia metas mal definidas), las primeras incrementaron el rendimiento del grupo en las dimensiones que reflejan el contenido de la meta. Es decir, las metas para la cantidad tienden a aumentar la cantidad, las metas para la cualidad tienden a aumentar la cualidad, etc. A menudo coexisten metas para el grupo con metas individuales; solo en caso de conflicto entre las metas del grupo y las individuales pueden producirse disfunciones, sin embargo, no es frecuente este caso, de forma que cuando las metas del grupo y las individuales son compatibles se obtienen logros de funcionamiento superiores que si las metas que orientan al individuo fuesen exclusivamente individuales o grupales.

Guzzo, Yost, Campbell y Shea (1993) introdujeron el concepto de potencia del grupo, que definieron como la creencia compartida por los miembros de un grupo acerca de su capacidad para alcanzar determinadas metas o realizar prefijadas actividades.

Estos autores constataron que la magnitud de la potencia de grupo predice la eficacia del grupo.

Los elementos que definen a un grupo son la:

- 1) Intencionalidad: actuaciones dirigidas a conseguir determinadas metas;
- 2) Previsión: Los grupos fijan objetivos, prevén las consecuencias de su logro, y actúan atendiendo a sus propósitos.
- 3) Auto-evaluación: mediante el análisis permanente de sus actividades ejercen un control sobre sus actividades y su entorno que les permita tener una percepción de su propia eficacia y competencia, y la
- 4) Auto-motivación: Los grupos se auto-regulan y auto-motivan durante el proceso por ellos planificado, a través de una comparación constante del avance en la consecución de sus logros con el referente estándar.

Según Guzzo y col. (1993) la potencia grupal se diferencia de otros constructos relacionados (como la auto-eficacia y la eficacia colectiva); mientras que la auto-eficacia es una creencia individual sobre el rendimiento potencial del individuo, o del grupo (eficacia colectiva) y por tanto pueden diferir entre los miembros del grupo; la potencia grupal se refiere a las creencias del grupo en relación a sus logros como grupo y por tanto es compartida por todos los miembros del grupo. Por otra parte mientras que la auto-

eficacia se dirige hacia una tarea o situación determinada, la potencia hace referencia a la creencia compartida sobre la efectividad general del grupo en múltiples tareas.

La eficacia de la potencia depende de factores externos (recursos disponibles, metas asignadas, recompensas logrables, liderazgo, etc.) e internos (metas grupales; capacidades, habilidades, conocimiento y experiencia del equipo), y a su vez la eficacia grupal influye importantemente en el sentimiento de potencia del grupo

Guzzo y col. (1993) indican que el líder es elemento fundamental en la potencia grupal y el estilo de liderazgo es un factor crucial en el éxito o fracaso de un equipo de trabajo. LaFasto y Larson, (2001) plantean, que un líder puede orientar ciertas variables del proceso del grupo, tales como el clima (abierto y de apoyo) o la colaboración, que afectan directamente al mejor funcionamiento del grupo o del equipo. De esta forma una dirección eficaz crea las circunstancias o condiciones que permiten que un grupo o equipo tenga éxito. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que el liderazgo no se correlaciona directamente con el funcionamiento del grupo o del equipo, sino que se correlaciona con las variables del proceso del grupo, que orientan el funcionamiento del grupo.

Por otra parte, un líder favorece la potencia grupal, la confianza del grupo en sí mismo y en su capacidad para alcanzar las metas. Estas variables afectan tanto directa y positivamente al funcionamiento del grupo, como indirectamente al influenciar la confianza que se siente en el grupo o el equipo.

Yukl, Wall y Lepsinger (1990) consideran que las habilidades que hacen eficaz al líder sobre los comportamientos del personal a su cargo son:

1. Información adecuada.

2. Consultar y delegar.
3. Planificar y organizar.
4. Solucionar problemas.
5. Clarificar roles y objetivos.
6. Supervisar las actuaciones y el entorno, dando una retroinformación positiva.
7. Motivar.
8. Reconocer y recompensar.
9. Proveer apoyo y guía cuando se precise.
10. Manejar los conflictos y construir equipo.
11. Establecer redes de comunicación.

La conducta del líder, juega un papel muy importante en el aumento de la motivación que puede afectar tanto a los resultados y rendimiento laborales, como a la cohesión, moral e integración en el trabajo. En el marco de la disciplina enfermera, el supervisor o adjunto es el vínculo entre la dirección y el equipo cuidador, su estilo de liderazgo representa la cultura y clima organizacional, influenciando marcadamente el comportamiento de las enfermeras a su cargo, es muy diferente un supervisor de estilo autocrático, que aborda los problemas tomando el solo las decisiones, a un supervisor o adjunto participativo que analiza el problema con los profesionales a su cargo, para generar y evaluar alternativas en el intento de lograr una solución de consenso.

Likert (1961) identificaba dos estilos de dirección, uno orientado hacia los empleados en el que se tiene en cuenta las necesidades de los trabajadores, enfatizando el mantenimiento de relaciones interpersonales, y otro centrado en el trabajo, que focaliza la

atención en la producción y en los aspectos técnicos del trabajo. Basándose en sus estudios indicaba que los supervisores que centraban su atención en los aspectos humanos de sus subordinados procurando construir equipos efectivos laborales, eran los que lograban los mejores resultados. Bass (1985) distingue dos tipos de liderazgo efectivos: el liderazgo transaccional y el liderazgo transformacional (también refiere un tercer tipo, el liderazgo “Laissez-faire” o ausencia de liderazgo).

Un líder transaccional se centraría en utilizar el sistema existente, orientándose a la eficiencia del sistema, prefiriendo evitar riesgos, y utilizando los procesos existentes para mantener el control.

El líder transaccional establece la relación con los trabajadores como un proceso de intercambio, de forma que sus subordinados obtienen a cambio de sus esfuerzos alguna forma de recompensa, y en la medida en que logra los objetivos que se ha fijado, permite una gran laxitud en el ejercicio de las funciones, sin embargo si la situación lo exige, no duda en recurrir tanto a refuerzos positivos como a sanciones para reforzar ciertos comportamientos o hacer desaparecer otros. Este estilo podríamos considerarlo como orientado a la tarea, se orienta más hacia el presente que hacia el futuro.

Por el contrario un líder transformacional se orienta al desarrollo de nuevas vías de trabajo, intentando nuevos desarrollos y oportunidades a pesar de los riesgos, por lo que es poco habitual que mantenga el statu-quo. El líder transformacional tiende a comunicar una determinada visión y objetivos con los que puedan identificarse los empleados, buscando motivarlos a través de cambios en el autoconcepto del individuo y desarrollando su identificación con el grupo y con las metas propuestas. Bryman (1992) describió que un

liderazgo carismático estaba positivamente relacionado con la satisfacción, esfuerzo, rendimiento y claridad de los roles.

Podsakoff, MacKenzie, Moorman, y Fetter (1990) demostraron que un líder transformacional influía en la satisfacción y conducta de los empleados, identificando seis conductas que se asociaban con la capacidad del líder de motivar e inspirar a los miembros del grupo:

- 1) Articular una visión de futuro.
- 2) Proveer un rol adecuado a cada miembro.
- 3) Fomentar la aceptación de las metas del grupo.
- 4) Fijar expectativas de alto rendimiento.
- 5) Ayudar de forma individualizada a los miembros.
- 6) Estimular intelectualmente para el cambio y prevenir el aburrimiento de los miembros. Plantean que estas actuaciones motivan a los miembros del grupo para superar los intereses propios y lograr comportamientos de superación relacionándose significativamente con la satisfacción.

Estas conductas se basan en la confianza de los miembros en el líder (considerando la confianza como la voluntad de asumir el riesgo de aumento de la propia vulnerabilidad por el comportamiento de otra persona que está más allá de su control. – *“Si uno puede controlar el comportamiento del otro, entonces la confianza es inaplicable o por lo menos innecesaria”*-), existiendo cinco condiciones para el desarrollo de la confianza en el líder: Integridad, capacidad, consistencia, lealtad, y franqueza.

Un líder transformacional responde a las necesidades de sus subordinados, estableciendo relaciones positivas y constructivas con ellos que desarrollan la cooperación, confianza mutua y entusiasmo (Ashkanasy, Zerbe y Hartel, 2002)

Morrison, Jones y Fuller (1997) estudiaron la relación entre el estilo de liderazgo y su efecto sobre la satisfacción e implicación laboral de un colectivo de enfermeros encontrando que tanto el liderazgo transformacional como el transaccional se correlacionaban positivamente con la satisfacción laboral, pero existía mayor implicación bajo un liderazgo transformacional, amplificándose bajo este liderazgo la potencia grupal.

Butterworth, Bishop y Carson (1996) consideran que la supervisión clínica y la tutorización tiene un efecto beneficioso sobre el personal, con menor despersonalización y agotamiento emocional, el papel del supervisor debe dirigirse a la organización laboral, controlando el trabajo realizado por el personal a su mando, orientándoles e informándoles sobre su cometido, pero la mala utilización de sus atribuciones puede influir negativamente en sus subordinados. Scanlon y Weir (1997) indican que si la supervisión se ejecuta de una forma inapropiada, si la supervisión se considera como la observación por un superior administrativo, que inspecciona, dirige controla y evalúa el trabajo realizado, se presentan miedos a posibles represalias y aumento de la insatisfacción.

El soporte social derivado del apoyo del supervisor y de los compañeros de trabajo, disminuía el estrés laboral y aumenta la satisfacción laboral, (Bartram, 2004).

Cottrell S. (2001) plantea que entre los principales factores causantes de insatisfacción laboral en las enfermeras están: la orientación y retroinformación inadecuadas; la falta de consulta y comunicación laboral; el mal uso de las vías de comunicación dentro de la

organización enfermera; el clima organizativo y el sentimiento de estar infravalorado, factores todos ellos muy unidos al rol desempeñado por la supervisión y dirección.

Blegen (1993), en su meta-análisis sobre 48 estudios de satisfacción en los profesionales de enfermería, planteaba que la comunicación con el supervisor, recibir reconocimiento o retroinformación del trabajo realizado junto a la autonomía y comunicación con los compañeros, están relacionados positivamente con la satisfacción, solo superados por la implicación en el trabajo.

Las habilidades que identifican un liderazgo efectivo potenciador de la satisfacción laboral de los enfermeros a su cargo son: Comunicación, negociación, pensamiento crítico, balance entre vida personal y laboral y capacidad de resolución de conflictos, (Mathena, 2002).

Contrariamente la satisfacción esta adversamente afectada por un liderazgo que no reconoce y/o soporta las labores realizadas, no se implica con los problemas asistenciales y no ayuda o intenta solucionar las situaciones de sobrecarga.

I.3.5 Entorno y satisfacción

El entorno laboral tiene diversos factores como: riesgos físicos, sobrecargas y presiones laborales, control y planificación laboral, factores tensionales, inseguridad laboral que repercuten física y psicosocialmente en los trabajadores.

Los programas para un “entorno laboral familiar-amistoso” (traducción del termino “family-friendly workplace”) pretenden un entorno laboral potenciador de:

- 1- Programas, normas y beneficios que promuevan la calidad de vida laboral.

- 2- Un clima y cultura laborales respetuoso de las creencias y costumbres de los trabajadores.
- 3- Unas relaciones laborales basadas en el respeto y responsabilidad.
- 4- Procesos, sistemas y estructuras que mantengan un equilibrio entre los beneficios de la organización y de los empleados.

Warr (1987) describió nueve factores situacionales (oportunidades de control, transparencia en el entorno laboral, oportunidad de utilización de habilidades, objetivos generados externamente, variedad de tareas, oportunidad de contacto interpersonal, valoración social, remuneración y seguridad física), a los que denominó “Principales Influencias Ambientales” que interaccionarían con unas características personales que denominó “categorías de experiencia” (actividad, metas y propósitos, contacto social, estatus e identidad, y estructura horaria) para producir bienestar.

La creación de un entorno, junto con las características del trabajo que lo hagan atractivo, es lo que se conoce como enriquecimiento del empleo; Marr y García Echevarría (1984) indican que los factores que más enriquecen el empleo (dimensiones centrales) son:

- Aumento de la autonomía, que permite satisfacer aspiraciones de un nivel superior creando un sentido de responsabilidad de los trabajadores. Presupone unas determinadas formas de dirección, como la dirección por objetivos y la participación en la creación de metas.

- Supresión de la monotonía mediante la rotación del trabajo o ampliaciones de la actividad, que exigen conocer un mayor número de habilidades y favorece la competitividad entre los empleados.

- Identificación con el empleo, mediante el conocimiento por el trabajador del proceso en que está inmerso y pueda identificar el producto con sus esfuerzos.

- Significado de la labor a realizar, de forma que se comprenda su sentido y pueda ser aceptada e integrada como válida y necesaria.

- Información tanto cuantitativa como cualitativamente, del proceso de desarrollo y resultados de la tarea realizada.

Según estos autores, con el enriquecimiento del trabajo se integran en la tarea unas funciones como planificación, control y competencias de decisión que antes correspondían a niveles jerárquicamente superiores. Al lograr satisfacer sus expectativas de mayor control de su trabajo se incrementa la motivación. Su introducción debe de realizarse atendiendo a las disposiciones individuales de los afectados y como un proceso de aprendizaje continuado, de forma que las exigencias vayan aumentando gradualmente.

Kivimaki, Voutilainen y Koskinen (1995), basándose en las Dimensiones Centrales del Puesto, propuesto en el Modelo Motivacional de las Características del Puesto de Hackman y Oldham, estudiaron a enfermeras de cinco unidades quirúrgicas de un hospital de Helsinki, comparando enfermeras que trabajaban por tareas, es decir compartían la responsabilidad del cuidado entre varias profesionales (a un mismo enfermo le cuidaban varias enfermeras, una le daba la medicación, otra le curaba, ...), en contraposición a enfermeras que trabajaban por asignación enfermera-paciente, y por tanto asumían la

responsabilidad total del cuidado de los pacientes asignados (trabajo enriquecido). Basándose en la definición y clasificación de las diferentes formas de trabajo enfermero propuesta por Thomas y colaboradores, (1990), Kivimaki y col., (1995) encontraron que las enfermeras con alto grado de enriquecimiento en su trabajo, presentaban mayores niveles de motivación y satisfacción que las enfermeras que desempeñaban puestos menos enriquecidos o trabajaban por tareas.

Para las enfermeras un entorno atractivo está relacionado con alto control del trabajo, suficientes recursos (adecuado personal, tiempo suficiente para planificar y llevar a cabo el trabajo), compañerismo con otros profesionales y supervisores, desarrollo de habilidades y periódica retroinformación de los supervisores y escalas superiores, (Gleason, Sochalski, y Aiken, 1999).

Los patrones de comunicación e interrelación de la enfermera con sus compañeros están fuertemente asociados a los sentimientos hacia el trabajo y con la calidad del mismo, (Blegen y Mueller, 1987; Cochrane y Jowett, 1994).

Por el contrario la falta de este soporte origina altos niveles de estrés, que frecuentemente generan depresión, hostilidad y baja satisfacción laboral (Norbeck, 1985; Jain, Lall, McLaughlin y Jhonson, 1996).

Riordan (1991) encontró que el prestigio era la principal fuente de satisfacción, seguido pero en menor importancia de la autonomía, interacción social y requerimientos organizacionales; con débil incidencia sobre la satisfacción se encontraban los años de trabajo, edad y nivel educativo. Las enfermeras que perciben posibilidades de promoción

presentan mayor satisfacción que las que consideran que no es posible promocionarse (Blegen y Mueller, 1987; Álvarez Baza, 2003).

Parahoo y Barr (1994) encontraron que los factores que contribuían a la satisfacción de las enfermeras de salud comunitaria eran: trabajo en equipos multidisciplinarios, implicación con los pacientes, interrelación y mejoría de los pacientes, variedad en el trabajo, autonomía y reconocimiento de los pacientes. Producían insatisfacción: trabajos pesados, trabajo burocrático, falta de recursos, falta de comunicación, falta de reconocimiento por otros miembros y falta de reconocimiento por la dirección.

Un estudio canadiense, (Cameron, Armstrong-Stassen, Bergeron y Out, 2004) sobre enfermeras hospitalarias y comunitarias, plantearon que las enfermeras hospitalarias percibían un menor soporte organizacional y menores oportunidades de influir en la toma de decisiones, que las enfermeras comunitarias.

Las enfermeras comunitarias refieren mayor autonomía y control sobre sus trabajos, con un nivel superior de satisfacción con respecto a sus demandas en el puesto, planes de trabajo y condiciones laborales que las enfermeras hospitalarias. Aunque ambos grupos referían sentimientos de insatisfacción con respecto a las recompensas por su contribución a las organizaciones, las enfermeras hospitalarias estaban más satisfechas con su salario.

Las diferencias en el entorno laboral de los profesionales de enfermería han ocasionado que en Estados Unidos desde la década de los 80, auspiciado por la American Academy of Nursing y como consecuencia de una investigación sobre la práctica enfermera en diferentes hospitales hace que se definan como “hospitales imán o magnéticos”, a aquellos en que su sistema organizativo reconoce, apoya e implica en la

toma de decisiones a las enfermeras, tanto en los cuidados del paciente, como en las condiciones de trabajo y en el control hospitalario. Las características o atributos que identificaron los profesionales de enfermería que trabajan en estos centros hospitalarios en el 2002 (Kramer y Schmalenberg, 2005) y que consideran esenciales para proporcionar cuidados de enfermería de calidad fueron:

- Medidas de apoyo a la formación,
- el trabajo de enfermería con otros/as enfermeros/as clínicamente competentes,
- tener unas relaciones positivas con otros profesionales de la salud,
- práctica de enfermería autónoma,
- una cultura que valore la preocupación del paciente,
- el control de la práctica profesional de enfermería,
- la percepción de una plantilla adecuada y
- el apoyo de la dirección de enfermería.

Estos hospitales se distinguen por la capacidad de atraer y retener a los profesionales de enfermería, de ahí el nombre de imán; las enfermeras que en ellos trabajan tienen mayor satisfacción que los de los hospitales “no magnéticos”, con menores tasas de absentismo, de tensión laboral y de síndrome de quemado profesional. Este aumento de la satisfacción profesional se considera ligado al hecho de que los pacientes ingresados en estos hospitales también presenten mayores tasas de satisfacción, parámetro que es utilizado como indicador de calidad de la atención, (Havens y Aiken,1999; Upenieks, 2002). Pero la mayor evidencia de que este modelo tiene efectos positivos sobre los

pacientes fue la menor mortalidad encontrada en un estudio comparativo entre 39 hospitales “imán” frente a otros hospitales control, (Aiken, Smith y Lake, 1994).

Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski y Silber, (2002) estudiando la insatisfacción laboral y el agotamiento emocional de las enfermeras, encontraron que la insatisfacción y el agotamiento de las enfermeras están fuerte y significativamente asociados al número de pacientes que atienden, objetivando que los pacientes quirúrgicos presentaban un aumento de la mortalidad al aumentar esta ratio, lo que les llevó a concluir que en los hospitales con una alta ratio de pacientes por enfermera, los pacientes quirúrgicos tienen un mayor riesgo ajustando la mortalidad a los 30 días y el fracaso en el rescate (muertes tras complicaciones) y las enfermeras presentan con mayor frecuencia síndromes de quemado profesional e insatisfacción laboral.

Finalmente, aunque los hospitales “imán”, tienen costes más elevados por su mayor índice de enfermera/paciente, según Havens y Aiken, (1999), este coste esta compensado por un menor índice de estancia hospitalaria y menores estancias en cuidados intensivos.

I.3.6 Satisfacción y tensión laboral

Las organizaciones sanitarias, al igual que las empresas del mundo occidental están inmersas en una serie de cambios debidos a procesos de adaptación a las reestructuraciones económicas imperantes en una economía global. Cascio (1998) sugiere que estos cambios han llevado a variaciones sustanciales en la relación entre empresa y trabajador (Tabla 3.1), que ocasionan importantes cambios en las expectativas de empleados y empleadores.

Contratos antiguos	Contratos nuevos
Estabilidad	Cambios
Predictibilidad	Incertidumbre
Permanentes	Temporales
Trabajos estandarizados	Flexibilidad del puesto
Valoran lealtad	Valoran rendimiento y habilidad
Paternalismo	Autoconfianza
Seguridad en el puesto	Seguridad en la empresa
Avance linear profesional	Multiplicidad profesional
Formación inicial	Formación permanente

Tabla 3.1 Relación entre empresa y trabajador

Desde que en 1936 Seyle publicase las respuestas al estrés, muchas definiciones y modelos se han postulado; en general podemos definir el estrés laboral como las reacciones humanas, - físicas y emocionales-, ocasionadas por presiones o requerimientos excesivos en el marco laboral. Levine y Ursin (1991) plantean cuatro fases principales en la reacción de estrés:

1.- El estímulo estresante: El hecho de que un mismo estímulo pueda ser percibido como negativo por unos individuos mientras que otros lo consideren estimulante, va a depender de las experiencias previas del individuo ante situaciones similares.

2.- La experiencia estresante: Ante un estímulo percibido como negativo el individuo percibe la situación como estresante

3.- La respuesta ante el estrés: La primera respuesta del ser humano ante una situación considerada estresante es una reacción de despertar con incremento de la

atención no específico, sin embargo dependiendo del grado subjetivo de potencial peligro percibido, se activaran un mayor o menor número de circuitos neuroendocrinos, que aumentan la actividad del sistema nervioso central, con incremento de su metabolismo y de la producción de neurotransmisores, que ocasionaran cambios vegetativos, endocrinos y aumento del tono muscular junto a conductas específicas.

Estas respuestas las podemos considerar de tres tipos: Fisiológicas, Psicológicas y Conductuales.

Fisiológicas: El estrés activa el sistema nervioso autónomo, sistema inmune y endocrino, con producción de catecolaminas y otras sustancias neurohormonales que estimularan diversos sistemas: cardiaco, vascular, muscular, etc.

Psicológicas: Tanto por sensaciones subjetivas (miedo, ansiedad, etc.) como alteraciones cognitivas (alteraciones de memoria, de procesamiento de información) que pueden disminuir la eficiencia del individuo y aumentan la frecuencia de errores y el riesgo de accidentes.

A largo plazo los efectos del estrés incluyen insatisfacción, resignación, alteraciones psicosociales como depresión y reducción de la autoestima que puede llegar a producir una reacción específica al estrés conocida como síndrome del quemado laboral (burnout síndrome) que se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y disminución del sentimiento de auto-eficacia. (Maslach, 2001)

Conductuales: Ya hemos indicado que en las situaciones de estrés se aumentan la tasa de errores y el riesgo de accidentes (Ostell, 1991), otras reacciones que se han

relacionado con el estrés es el aumento de consumo de tabaco, de alcohol y cambios dietéticos.

4.- La retroinformación de la respuesta al estrés: El individuo reconoce algunos de los cambios (principalmente físicos) que le acontecen por la situación de estrés: tono muscular, taquicardia, sudoración de las palmas de las manos, etc.

En la última década, la psicología ocupacional ha realizado importantes avances en el estudio del estrés laboral, que ha llevado a considerar cinco categorías de estresores laborales:

1) Estresores por la tarea: sobrecargas, seguridad laboral inseguridad en el trabajo; 2) estresores medio ambientales: temperatura, ruido, condiciones del medio, etc.; 3) estresores relacionados con el rol laboral: ambigüedad, conflictos o acoso laboral, cambios del trabajo; 4) estresores sociales: liderazgo, grupos de presión y 5) estresores específicos como traumas vitales o cambios del estilo de vida.

El deterioro en las condiciones laborales, el desarrollo de estrés en el ámbito laboral, pueden influir sobre las relaciones del trabajador fuera de su ámbito de trabajo, principalmente sobre el entorno familiar, e inversamente, lo que se ha denominado con el término “Work-Family”. El conflicto Trabajo-Familia, se ha desagregado en dos componentes: trabajo interfiriendo con la familia y familia interfiriendo con el trabajo (Gutek, Searle y Klepa, 1991), asociándose este constructo con la insatisfacción laboral y con el síndrome de quemado laboral. Kossesk y Ozeki, (1998) indican que cuando el conflicto trabajo–familia aumenta la satisfacción cae, relacionando este problema con la

insatisfacción con la vida, ruptura matrimonial, abuso de sustancias tóxicas y desatención a los hijos.

En un informe del instituto de psicología laboral de la universidad de Leeds, (Borrill, Wall, West, Hardy y col., 1996) encontraron que en un estudio sobre 11.000 enfermeras, un 28% presentaban al menos algún problema de salud mental, principalmente ansiedad y depresión, mientras que en la población general ocurre en el 18%, estos datos sugieren que los niveles de estrés ocupacional en las enfermeras británicas es superior al de otros profesionales comparables.

Al ser las enfermeras el colectivo más amplio del sector sanitario, sus actividades son fácilmente afectadas en las reorganizaciones de sus centros laborales. Thomas (1997) considera que la tensión laboral en las enfermeras se ha incrementado últimamente por factores como: Sobrecargas de trabajo, personal eventual, inseguridad laboral y cambios organizativos continuados. El deterioro de las condiciones laborales, como la inseguridad, van más allá, que el simple miedo a perder el empleo, al ocasionar una sensación de malestar psicológico y descenso de la satisfacción y motivación laboral. En una investigación realizada a profesionales de enfermería de una unidad de críticos encontraron que las enfermeras que presentan mayores niveles de estrés son las eventuales, frente a las que tienen una interinidad o trabajo fijo. (Simón, Blesa, Bermejo, Calvo y Gómez de Enterría, 2005).

Aiken, Clarke, Sloane y col. (2001) en su estudio sobre 43.000 enfermeras de más de 700 hospitales en EEUU, Canadá, Inglaterra, Escocia y Alemania, refieren que la insatisfacción laboral oscila en cuatro de los países estudiados entre el 32 y el 41%.

Diversos investigadores han estudiado los factores estresores en las enfermeras:

Fitter (1987) identificó ocho factores como potenciales fuentes de estrés: Responsabilidad del bienestar de los pacientes; sobrecargas de trabajo; trabajos físicamente dificultosos; cambios de destino, horas extraordinarias, cubrir ausencias de compañeros; conflictos interpersonales, particularmente con los médicos; responsabilidad en el entrenamiento de nuevas enfermeras; incertidumbre e impredecibilidad laboral y mantener el puesto en reestructuraciones.

Taylor, White y Muncer (1999) estudiando las causas de estrés en 70 enfermeras del Servicio Nacional de Salud de Inglaterra encontraron que el principal causante de estrés era la escasez de profesionales de enfermería, que llegaba a ocasionar una asistencia inadecuada por falta de recursos y personal para administrar los cuidados necesarios; la exigencia de adoptar diferentes roles; las actitudes y capacidades de sus compañeros; el sentimiento de no tener ninguna influencia en las decisiones; la conducta de los supervisores y; el sufrimiento del paciente. No eran causas importantes de estrés la relación con los médicos, ni la existencia de turnos. De carácter intermedio era la conducta de los pacientes y familiares. Concluyen que el estrés en las enfermeras viene ocasionado por factores organizacionales y por el componente de cuidados del trabajo enfermero.

Otros estudios españoles señalan como estresores laborales más frecuentes en enfermeras de diferentes unidades hospitalarias la presión laboral, también denominada sobrecarga asistencial, aspectos relativos al sufrimiento, a la muerte y al proceso de morir, (Escribá, Mas y Cárdenas, 2000; García, Sánchez, Fernández, González y Conde, 2001; Tomás y Fernández, 2002; Simón, Blesa, Bermejo, Calvo y Gómez de Enterría, 2005). La

sobrecarga en el trabajo es generadora de estrés, insatisfacción laboral y de una mala praxis profesional.

En el año 2001 los profesionales de enfermería colegiados en España era de 210.924, con una ratio de enfermeras/os, con respecto a la población general, de 510 por cien mil habitantes ocupando Málaga, junto a otras seis provincias, el último lugar con ratios inferiores a 400 (Figura 3.2), (Souza, 2004; Souza, 2004a), mientras que la media europea se situaba en 705 por cien mil habitantes (Lapetra 2005); a pesar de lo cual nuestro país tiene excedente de profesionales que se ven obligados a inmigrar a otros países europeos. Posiblemente la ratio de enfermeras/os/habitante en nuestra provincia, pueda incidir en la sobrecarga asistencial de estos profesionales.

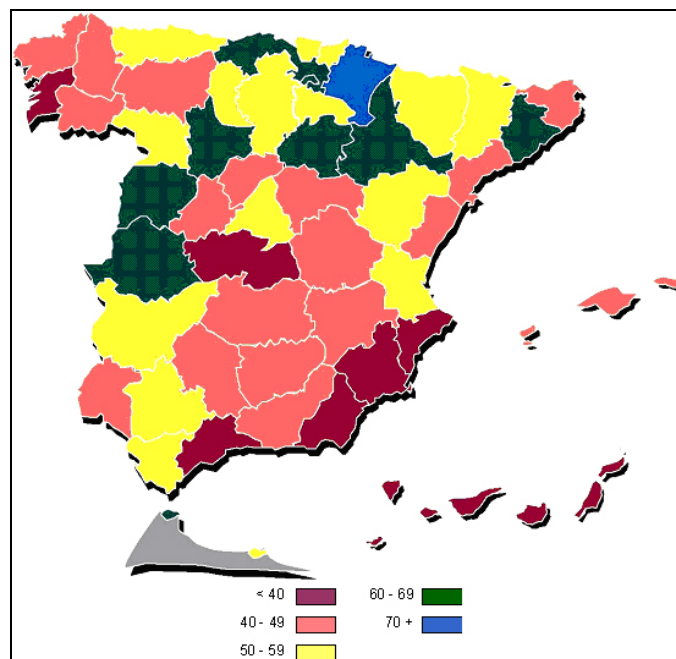


Figura 3.2 Ratio Profesionales de Enfermería/ 10.000 habitantes. Tomado de Souza (2004a)

Watson y Feld (1996), plantean que la relación médico-enfermera es la principal fuente de estrés de este colectivo, estando por encima de la sobrecarga laboral y del sentimiento de inadecuada preparación en el manejo de las necesidades emocionales de los pacientes y familias en el proceso de morir.

Diversos estudios indican que la tecnificación creciente de los cuidados con el incremento de las actividades y habilidades de la enfermería, cubre las potenciales fuentes de estrés por conflictos con los médicos (Hopkins, 1996 y Rudy, 1998).

En general, la colaboración entre enfermeras y médicos se contempla como un importante factor en la satisfacción laboral de las enfermeras y en la evaluación de su trabajo (Baggs, Ryan, Phelps, Richeson y Johnson, 1992).

Una comparación entre 189 enfermeras de cuidados intensivos y 366 enfermeras de otras áreas reveló que estas últimas consideraban que su relación con el personal médico era más colaborativa y realizaban un trabajo de mayor valor y más frecuentemente no limitado por las ordenes médicas que las enfermeras de otras áreas, que sin embargo percibían mayor autonomía que las de cuidados intensivos, (Chaboyer, 2001).

Weiler, Buckwalter y Curry (1990) estudiando el estrés laboral de las enfermeras construyeron el modelo causal expresado en la Figura 3.3, en el que incluyen como antecedentes o causas del estrés:

- Características objetivas de la organización:

1. Variedad de tareas en el trabajo enfermero.
2. Grado de autoridad delegada por el supervisor.
3. Tipo de control de la supervisión.

4. Grado de especialización.
5. Nivel de habilidad del trabajo.
6. Cantidad de trabajo.
7. Tranquilidad en el trabajo.

- Características subjetivas organizacionales:

1. Rutinización de tareas.
2. Comunicación.
3. Justicia distributiva.

- Soporte social: que incluye apoyo de los supervisores, compañeros, familiares, amigos.

- Características personales: donde están la edad, sexo, nivel educacional, posición laboral, estatus laboral, situación familiar.

- Dilemas éticos, por situaciones de difícil elección, al ser todas las soluciones insatisfactorias y, Filosofía de Cuidados donde se valoran los cuidados estandarizados, creencias personales, derecho de autonomía, papel en la toma de decisiones, etc.

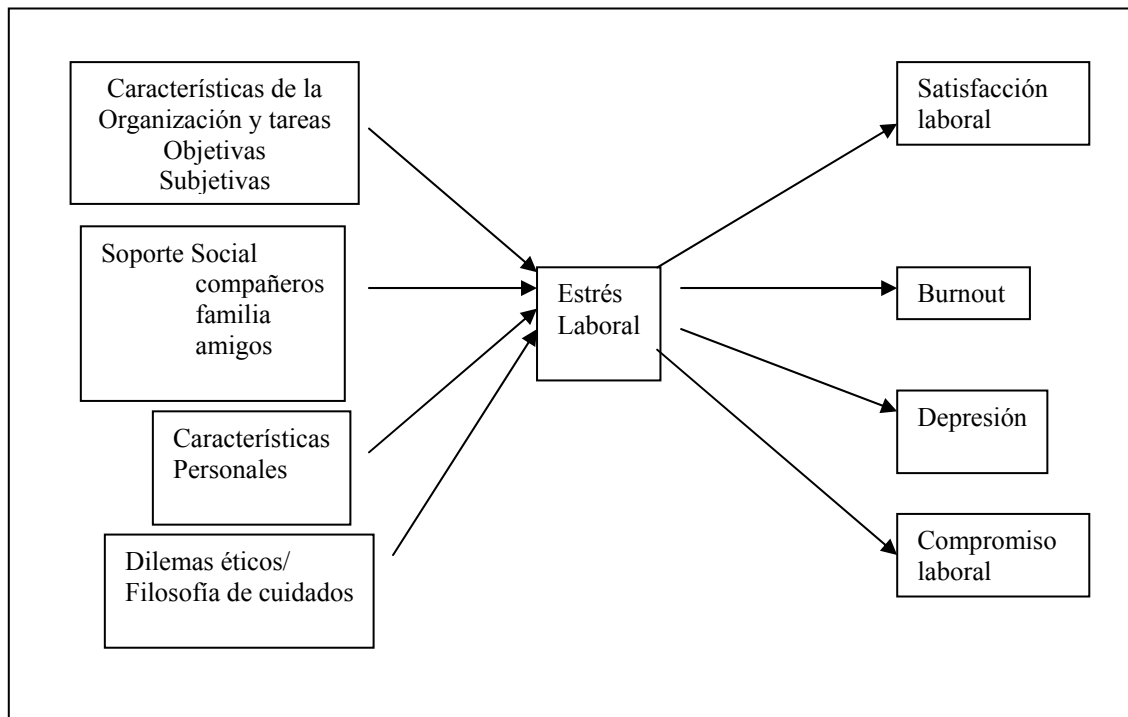


Figura 3.3 Modelo causa - efecto del estrés laboral enfermero de Weiler

Karasek y Theorell (1990), han desarrollado el denominado “modelo de tensión laboral”, (Figura 3.4) partiendo de que el estrés laboral y sus consecuentes efectos sobre la salud, se ocasionan principalmente por la conjunción de los efectos producidos por las demandas psicológicas frente a una determinada situación laboral, con el grado de libertad en la toma de decisiones frente a esas demandas por parte del trabajador.

Las demandas psicológicas expresan la excitación mental o esfuerzo necesario para realizar un trabajo, definidas mediante cuestiones como “trabajando muy deprisa”, “trabajando muy duro” y no tener “suficiente tiempo para finalizar el trabajo”. La “libertad de decisión” laboral, es una operacionalización del concepto de control que se define como la combinación de la autoridad en la toma de decisiones (grado de autonomía) y la

oportunidad de usar y desarrollar habilidades en el trabajo (grado de capacidad). Al modelo inicial se le ha añadido un tercer factor: los efectos beneficiosos de un soporte social en el entorno laboral.

Este modelo establece que el mayor riesgo para la salud –física y mental- ocasionado por el estrés en el trabajo, ocurre cuando los trabajadores presentan altas presiones o demandas psicológicas combinadas con bajo control o libertad de decisión en el logro de esas demandas. Frente a otros modelos de estrés laboral, que se focalizan en las percepciones individuales o grado de adaptación entre el trabajador y el entorno, el modelo de tensión laboral de Karasek y Theorell enfatizan el origen del estrés en el entorno laboral, por la interacción entre las demandas organizativas y el control permitido al trabajador.

De la combinación de las dos variables se obtienen cuatro tipos de puesto laboral:

- Empleo de Alta Tensión (Altas demandas con baja libertad de decisión).
- Empleo Activo (Altas demandas con alta libertad de decisión).
- Empleo Pasivo (Bajas demandas con baja libertad de decisión).
- Empleo de Baja Tensión (Bajas demandas con alta libertad de decisión).

Este modelo indica que los tipos de empleo favorecen dos consecuencias:

- Aumento del riesgo de enfermedad cardiaca –empleos de alta y baja tensión- o
- Aumento de la motivación y de la actividad de aprendizaje, de la autoestima, y del sentido de cumplimiento.

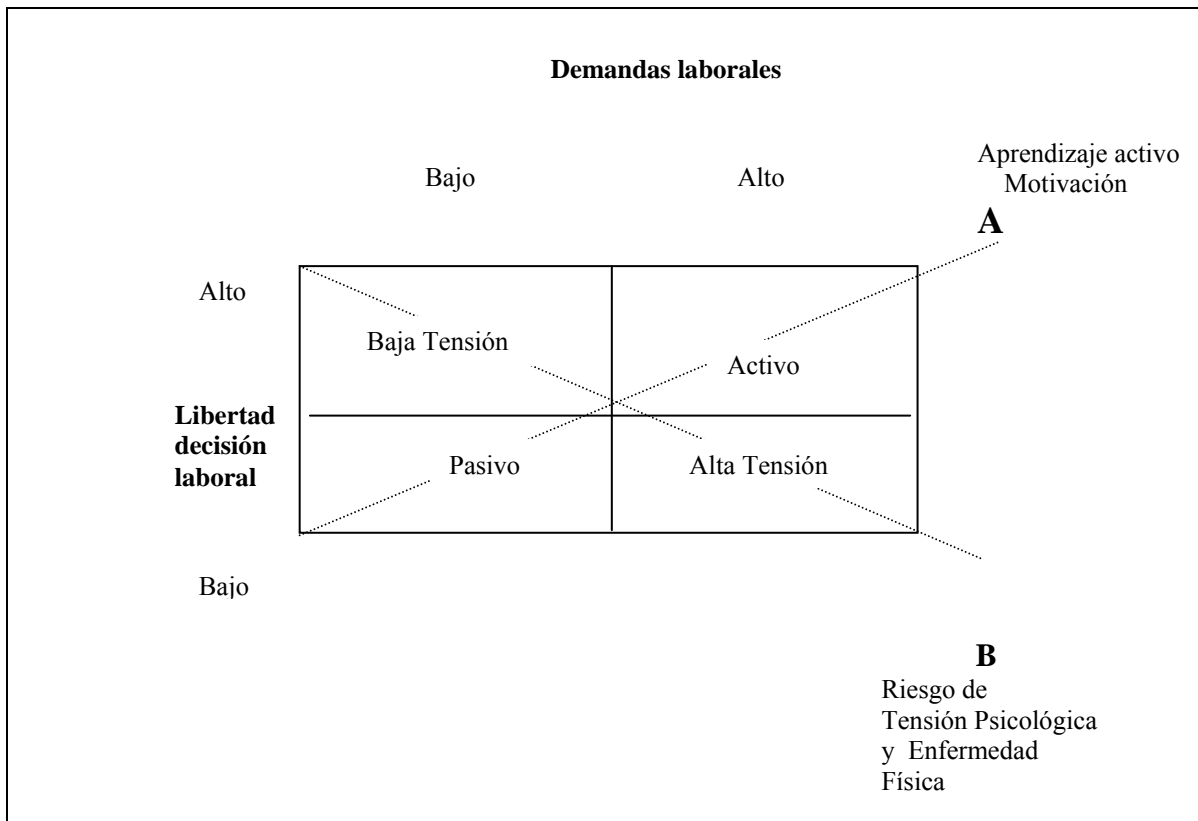


Figura 3.4 Modelo de Tensión Laboral de Karasek

En la última década se ha valorado la relación de este modelo con la hipertensión y la enfermedad coronaria, habiéndose publicado más de 60 estudios que proveen fuerte evidencia de que la “tensión laboral” es un riesgo de enfermedad cardiovascular. (Schnall, Landsbergis y Baker. 1994).

Según este modelo la mayoría de los trabajos de enfermería, se incluyen en la categoría de alta tensión, al encuadrarse como trabajo de alta demanda con baja autonomía.

El meta-análisis de Blegen (1993), indica que el stress es el principal factor relacionado negativamente con la satisfacción.

La tensión laboral mantenida, puede ocasionar el llamado “Burnout” o «quemarse en el trabajo» frecuentemente referido como “síndrome del quemado laboral”; “síndrome de estrés crónico laboral” o “síndrome de agotamiento profesional”. Este síndrome fue tipificado por Maslach (1982) considerándolo como un proceso de estrés crónico caracterizado por:

- Agotamiento emocional: hace referencia a sensaciones de sobreesfuerzo físico y hastío emocional que se produce como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos, así como con los “clientes”.

- Despersonalización: supondría el desarrollo de actitudes de distanciamiento y respuestas cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan sus servicios.

- Sentimiento de falta de realización profesional: conllevaría la pérdida de confianza en la realización personal y con un autoconcepto negativo con manifestaciones pseudodepresivas (García Izquierdo, 1991). La actividad negativa hacia sí mismos y hacia los propios logros actúa en detrimento de la productividad laboral y provoca su descenso lo que lleva a una escasa o nula realización personal.

Gil-Monte, Peiró, y Valcárcel (1998) encontraron una relación significativa de la insatisfacción laboral con las tres dimensiones del modelo de Maslach, aunque de manera más intensa con agotamiento emocional.

Cherniss (1980) plantea el burnout dentro un marco de interacciones, según el cual las fuentes de estrés que están en la base de la aparición del síndrome, es preciso

conceptualizarlas en relación la influencia del marco laboral, las características de la persona y el cambio de actitudes de la misma

Según este modelo el marco laboral es uno de los agentes potenciales de estrés, destacando varios factores: expectativas, sobrecarga laboral, estímulos, relación con los clientes y comunicación, autonomía en el trabajo, estilo de dirección y supervisión y existencia de aislamiento social. También existen factores potenciadores o inhibidores del estrés: orientación profesional, apoyos de los que dispone y demandas existentes fuera del trabajo. La existencia de fuentes de estrés: dudas acerca de la competencia personal, problemas con los clientes, interferencias burocráticas, falta de estimulación y realización, y falta de integración, hace que el individuo cambie de actitudes con diversas posibilidades de cambio: en las metas laborales, en la responsabilidad personal de los resultados, en el idealismo/realismo ante el trabajo, en la indiferencia emocional, en la mayor o menor alienación en el trabajo, o en los auto-intereses.

García Izquierdo (1991), estudiando profesionales de enfermería de centros hospitalarios, objetivó que los enfermeros con burnout presentan actitudes negativas hacia el trabajo y falta de motivación, desarrollando constantes sentimientos negativos hacia su desempeño laboral con insatisfacción en el trabajo, tanto en relación a lo que hace en el puesto desempeñado, como en relación a lo que el contexto laboral le ofrece.

Maslach (1982) relacionaba el estrés y el desgaste profesional "Burnout", con el entorno y particularidades del objeto de trabajo de profesionales de "servicios humanos", es decir de aquellas profesiones que tienen por misión ayudar a los demás (médicos, enfermeras, maestros, asistentes sociales, etc.). Por esta razón, una de las características

propias del síndrome es el "desgaste emocional" que dicha interacción va produciendo en el trabajador.

Las/os enfermeras/os al trabajar con los aspectos emocionales más intensos del cuidado del paciente, la enfermedad, el sufrimiento, la muerte, la angustia y la incertidumbre, así como tratar con pacientes difíciles, frecuentemente se ven afectados/as. El estrés crónico que significa estar continuamente bajo tales circunstancias puede llegar a ser emocional y físicamente extenuante, pudiendo conducir a la presencia de signos del síndrome de quemado laboral, como reacción a la tensión emocional crónica creada por el contacto continuo con otros seres humanos, en particular cuando éstos tienen problemas o motivos de sufrimiento. Junto a ello las relaciones con el personal médico, la falta de participación en la toma de decisiones laborales, el horario de trabajos (turnos) y otros estresores organizacionales tipifican en este personal un patrón profesional de vulnerabilidad a quemarse. (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Debe de tenerse en cuenta que en España existen alrededor de 200.000 enfermeras/os censados, de las que alrededor del 40% ejerce en hospitales públicos, el 20% en centros privados, un 20% en la asistencia primaria y el resto en asistencia domiciliaria, sociosanitaria (tercera edad) u otros ámbitos (Consejo General de Enfermería, 1998). Si bien en la década de los 80 y principios de los 90 existía una amplia oferta de trabajo, actualmente el número de parados o con trabajo eventual, está próximo a los 25.000, lo que ocasiona una marcada presión social que prácticamente estrangula cualquier tipo de movilidad profesional. La inexistencia de un modelo profesional, que marque criterios de trabajo, categorías y competencias y que reconozca la responsabilidad

de la tarea de las enfermeras, favorece que un gran número de estos profesionales tengan una elevada precariedad laboral, trabajando por días e incluso por horas; tanto la precariedad como la insatisfacción con los trabajos que se ofrecen hacen que muchos/as enfermeros/as busquen salida profesional en otros países o empleos.

En un estudio del Consejo General de Enfermería (1998), se indica: *“Las condiciones laborales en que se mueve la profesión se caracteriza por una situación de sobrecarga y tensión que dificulta el desempeño profesional y está en el origen de las quejas sobre la falta de incentivos y estímulos en su ambiente de trabajo”* (pag 139), a ello podemos añadir:

- 1) Falta de reconocimiento/ aprovechamiento del potencial de las enfermeras.
Lo que genera un sentimiento de frustración;
- 2) Falta de conocimiento de qué es y qué ofrecen dichos profesionales. Lo que genera falta de legitimación, reconocimiento social y falta de autoestima.
- 3) Limitación de la autonomía profesional e indefinición funcional en el medio profesional, no reconociéndose el producto enfermero diferenciado en los sistemas de información, lo que dificulta la incorporación del modelo y la metodología enfermera.

Según el Consejo General el 60% de las enfermeras se muestran insatisfechas bien por su salario o por el reconocimiento de su labor, y consideran que su profesión tiene poco o ningún prestigio.

La desmotivación, el absentismo y la pérdida de recursos humanos por huida a otras organizaciones, suelen ser características de la relación funcional, (Lamata y Checa, 1990) que pueden coincidir perfectamente con la categoría laboral de la mayoría de los enfermeros ya que siendo estatutarios se dan alguna de las características recogidas anteriormente: el absentismo laboral del personal sanitario de hospital es superior al 10%, siendo del 33,9% en enfermeras valencianas, algo superior son los datos presentados en enfermeras de hospitales públicos franceses correspondiendo el 40,7%. (Escribá, 1992). La Directora General de la OMS, Dra. Brundtland, ha alertado del abandono profesional de las enfermeras y matronas, debido a las condiciones laborales de riesgo, bajos salarios, ausencia de perspectiva de promoción o ascenso, el no reconocimiento del estatuto profesional y de la autonomía, son algunos de los factores que influyen en el abandono y en la disminución de nuevas incorporaciones, (Jano On line, 2002).

Otros estudios identifican como indicadores de insatisfacción laboral el absentismo, el alto índice de rotación de las enfermeras entre instituciones sanitarias, alto índice de abandono de la profesión, (López, 2004), el salario, la forma en la que la empresa está gestionada y la relación entre dirección y trabajadores (Simón, Blesa, Bermejo, Calvo y Gómez de Enterría, 2005).

I.3.7 Enfermería e Incentivos

Todos los empleados realizan su trabajo por la percepción de un salario, salario que aparte de su papel en la satisfacción de necesidades, tiene también un alto contenido de

logro social en cuanto es un símbolo de estatus. Un salario con incentivos plantea que al salario establecido se le pueden añadir una serie de complementos monetarios o no, que varían en razón de determinados logros obtenidos por el trabajador basándose en un mayor rendimiento.

Clásicamente se considera que para que los incentivos logren ese efecto deben de cumplir:

1- Que el nivel salarial a conseguir sea atractivo para el trabajador, para ello el trabajador debe considerar que el incremento está en consonancia con la valoración del trabajo a realizar.

2- Que fomente y recompense las mejorías en el rendimiento.

3- Que el trabajador pueda medir objetivamente el rendimiento que obtiene por su mayor esfuerzo laboral.

Es también de gran importancia el hecho de que el incentivo se aplique individual o colectivamente. Las recompensas colectivas actúan sobre la moral de los trabajadores al basarse en la cooperación, pero su efecto motivador es mucho menor que la recompensa económica individual atendiendo al nivel de rendimiento alcanzado, sin embargo debemos de tener en cuenta que la diferencia salarial sobre la base del rendimiento conlleva muy frecuentemente el rechazo de los compañeros de trabajo por basarse en la competencia de unos individuos frente a otros.

Ambos sistemas no son mutuamente excluyentes, ya que los individuos pueden cooperar en grupos en competencia con otros grupos, lo que posiblemente sea el sistema basado en la recompensa más motivador.

Lawler, (1986) plantea que:

1- El salario satisface en función de cuanto se ha recibido y de la cantidad que el individuo considera que debería recibir.

2- Los sentimientos de satisfacción están influenciados por comparaciones con los recibidos por los demás.

3- Se tiende a sobreestimar la remuneración de los que realizan trabajos similares, por una valoración superior del rendimiento propio, merecedor por tanto de mayores retribuciones.

El papel principal del dinero es mantener vinculado al individuo con la empresa, en este sentido juega el mismo papel que la plaza en propiedad, da seguridad en el puesto, con lo que reduce las posibilidades de abandono de la organización, pero su papel incentivante es dudoso. Opsahl y Dunnette (1966) indican que el salario-incentivos es un reforzador secundario, debido a que se asocia con reforzadores más básicos (satisfactores de necesidades), actuando en el sentido de factor higiénico según Herzberg, de forma que si no se posee ocasiona insatisfacción, pero su posesión aumenta poco la satisfacción.

Problemas asociados a la recompensa monetaria son la dificultad de que el trabajador se convenza de que existe una relación entre el salario y la evaluación del rendimiento, al considerar que estas valoraciones son poco exactas, o están influenciadas por factores discriminatorios. Además este sistema es bastante inflexible lo que ocasiona el que cuando el rendimiento baja, es difícil reducir la retribución económica.

Un aspecto polémico en el tema de los incentivos, es la consideración de que la asociación de recompensas económicas a la productividad, disminuye la motivación

intrínseca de los trabajadores, en una revisión de Boone y Cummings (1981), encontraron que de 24 estudios, 14 avalaban la disminución de la motivación intrínseca con los incentivos, mientras que en los otros 10 restantes no se apreciaba dicho impacto.

La falta de instrumentos homologados de evaluación del trabajo enfermero, hacen difícil el poder valorar su rendimiento, por lo que es un hándicap en la utilización de incentivos en este colectivo. El factor salarial no se ha objetivado como gran contribuyente a la satisfacción de las enfermeras/os (Weissman, Alexander y Chase, 1980; Blegen y Mueller, 1987). En un estudio de motivación laboral de un servicio de urgencias hospitalarias (Álvarez Baza, 2003) considera que el dinero no es el principal factor motivante.

Blegen (1993), indica que el salario es un factor frecuentemente sugerido como importante, pero debido a que las diferencias salariales en las enfermeras son de escasa cuantía, no se pueden demostrar sus efectos sobre la satisfacción laboral, si encuentra, aunque débil, una correlación inversa con el sentimiento de injusticia distributiva y desigualdad salarial.

Debemos considerar que un incentivo que se percibe como injusto o insuficiente es frecuentemente desincentivador.

Cowin (2002) comparando la satisfacción laboral en dos grupos de enfermeras, uno recién graduado y otro ya experimentado, encontró que un 56% de las enfermeras experimentadas estaban satisfechas con su salario, mientras que en las recién graduadas descendía al 36%. La causa de la insatisfacción de los recién graduados estaría en relación con un sentido de desigualdad salarial al comparar su nivel de conocimientos, cargas de

trabajo y responsabilidad con otros trabajadores.

Teniendo en cuenta que en nuestro país el salario de las enfermeras presenta variaciones mínimas, que el número de enfermeros en paro o en situación de inestabilidad laboral es significativamente alto y con tendencia a seguir creciendo, coincidimos con Cowin cuando expresa que para las enfermeras “*Mayor paga es agradable, pero no es un problema primario*” (2002). El salario es percibido principalmente como una condición del trabajo y no como incentivo.

Aunque el dinero no se pueda considerar un factor motivador, los incentivos financieros han sido utilizados con éxito por las empresas industriales con el objetivo de que los trabajadores se identifiquen con las metas de la organización para lograr mejoras de la productividad.

En el campo sanitario, los incentivos se han empleado para el rediseño de los puestos de trabajo, uniéndolos a objetivos específicos, en los que existe un conocimiento directo de los resultados esperados; se ha preconizado la utilización de diversos elementos de la productividad como número de pacientes atendidos, retrasos, tiempos de atención o diversas unidades de trabajo, también se ha planteado, considerando que las enfermeras proveen el 80% de los cuidados directos de los pacientes, la combinación de diversos datos cualitativos con parámetros de satisfacción del usuario, aunque su principal problema son dificultades en su evaluación.

Se podría concluir que las/os enfermeras/os no están afectados de forma importante por incentivos/desincentivos económicos, pero no es este un campo para olvidar ya que

pueden ser una herramienta efectiva organizacional, por ello como indica Kingma (2003), futuras iniciativas en este campo deben:

- . Optimizar la relación salario/ productividad
- . Proveer adecuadas compensaciones por gastos relacionados con la profesión (desplazamiento, ropa).
- . Posibilitar la promoción facilitando el desarrollo de competencias y habilidades.
- . Hacer accesibles diversas recompensas financieras (socialmente consideradas más aceptables):
 - Directas (ej. formación continua subsidiada, seguros,...)
 - Indirectas (ej. mejores condiciones laborales, del entorno, mayor grado de participación en la toma de decisiones, reconocimiento).

Su implementación debe estar basada en criterios claros de evaluación cualitativa de las dimensiones del cuidado, y evaluación cuantitativa con indicadores fácilmente monitorizables y junto a unas recompensas de naturaleza significativa; el lenguaje debe reflejar la noción de “apreciación” por el trabajo bien hecho y no el sentido de “incentivo” o “bono” por esfuerzos extraordinarios.

La resistencia generalizada a esquemas de incentivación, o la evidencia de efectos desmotivadores sobre los profesionales, así como la dificultad de evaluar los rendimientos de un sector son serios argumentos contra su introducción.

Hemos de concluir que como indica Blegen (1993), el fenómeno de la satisfacción laboral es muy complejo y no se puede considerar como la principal variable explicativa de ningún factor aisladamente, ya que cada uno de ellos se relaciona e interacciona con los restantes.

II. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

II. Justificación y Objetivos

II.1 JUSTIFICACIÓN

Una vez planteadas las diferentes teorías de la motivación y satisfacción laboral, junto con los instrumentos de medida, así como la evolución histórica de la profesión enfermera y sus características laborales presentaremos a continuación la investigación empírica que acompaña al presente trabajo.

El Modelo de las Características del Puesto, no ha perdido su vigencia a pesar de haber transcurrido algo más de 25 años desde la aparición del mismo (Fortea, Fuertes y Agost, 1994), en nuestro país es posiblemente el más utilizado por diferentes empresas y profesionales. (Fuertes, Hontangas y Alonso, 1993; Muñoz, Munduate, Fuertes y Luque, 1993; Fortea, Fuertes y Agost, 1994; Fortea, Fuentes, Munduate y Muñoz, 1995; González, 1995; González, 1995a; González, 1997; Zurriaga et al., 2.000).

Su éxito se explica por diversas razones. González (1995 a) señala que el núcleo del Modelo es el hecho de que los puestos de trabajo se pueden rediseñar o diseñar para incrementar la motivación y el desempeño de la persona que los ocupa, no siendo una consecuencia de la aplicación del modelo como sucede con la práctica de algunos modelos teóricos sobre motivación. Destaca la importancia de crear las condiciones necesarias que aumentan la motivación interna en el trabajador, lo que favorece la mejora de la efectividad y el incremento de la satisfacción.

Otro de los éxitos en la aplicabilidad de este Modelo es la existencia del JDS como instrumento de medida del mismo, así como disponer de un conjunto de normas y procedimientos para rediseñar los puestos de trabajo.

Por tanto, la idea central en la que se basa el Modelo de las Características del Puesto (Hackman y Oldham 1980), es que se pueden introducir una serie de modificaciones en los puestos de trabajo, que produzcan las condiciones necesarias para incrementar la motivación, la satisfacción y el desempeño en el trabajo, ya que la interacción entre las características del puesto y las diferencias individuales influyen en la motivación, satisfacción, productividad y tendencia al absentismo laboral, concluyendo que ante un mismo puesto de trabajo los empleados responden de diferente forma.

Investigaciones realizadas (Forteza, et al., 1994; González, 1995a; Tonges, Rothstein, y Carter, 1998) y meta-análisis (Fried y Ferris, 1987) han confirmado el efecto mediador de los estados psicológicos críticos en las relaciones entre las características del puesto y los resultados personales y organizacionales, no existiendo una evidencia clara sobre qué características específicas del puesto están relacionadas con qué estados psicológicos en concreto, ni cuántas de estas variables están relacionadas con los resultados del trabajo. Fried y Ferris, (1987) encontraron que la autonomía está igual o incluso más relacionada con la importancia de la tarea que con la responsabilidad. Estos autores y otros meta-análisis (Fried y Ferris, 1987; Loher, Noe, Moeller y Fitzgerald, 1985; González, 1995a), encontraron correlaciones significativas entre las características del puesto y la satisfacción laboral confirmándolo posteriormente otros estudios (Spector y Jex, 1991). Todos estos resultados parecen indicar que los trabajadores que están más satisfechos con su trabajo perciben sus puestos con mayor potencial motivador según las características consideradas por el modelo de Hackman y Oldham.

Algunos de los estudios revisados en estos meta-análisis fueron realizados en profesionales enfermeros, como la desarrollada por Roedle y Nystron (Fried y Ferris, 1987), corroborando la correlación entre las cinco DCP y satisfacción general.

Ante las críticas y aportaciones al Modelo hechas por Tonges et al. (1998), y teniendo en cuenta la existencia de un cuestionario específico para enfermería, en nuestra investigación aplicamos el SNJCI, previa adaptación a nuestro medio, y en sustitución a las secciones del JDS que miden las dimensiones centrales del puesto.

Es importante destacar que la motivación y satisfacción de los enfermeros son elementos de calidad asistencial (Llopis i Aliaga, Rosales, Soler, Soriano, Cardona y Ruiz, 1993) y si tenemos en cuenta que el objetivo final de estos profesionales, independientemente del nivel asistencial en el que trabajen, es mejorar la calidad de los cuidados y la eficacia de sus servicios, es fundamental conocer cada uno de sus componentes para poder incidir en ellos.

Por todo ello esta investigación plantea conocer, el nivel de motivación y satisfacción de los profesionales de enfermería en los centros sanitarios públicos de Málaga, así como los incentivos más valorados por los mismos, que consideramos de gran utilidad para los gestores.

Nuestro estudio pretende aportar la utilización del SNJCI como instrumento que facilite el rediseño laboral del puesto, orientado a una definición más específica y ajustada a las características del trabajo enfermero, además servirá para conocer dichas características e identificar qué dimensión habría que rediseñar ya que, el Modelo teórico de las Características del Puesto, postula que la motivación y satisfacción laboral se ven

influidas por las Dimensiones Centrales del Puesto, a través de los Estados Psicológicos Críticos. Por ejemplo, para incrementar la identidad laboral de los profesionales de enfermería, el trabajo debería diseñarse de tal forma que capacitara a al/a enfermero/a para proporcionar cuidados integrales a un mismo grupo de pacientes, frente a la atención fragmentada, o por tareas a diferentes enfermos y con ello desarrollar relaciones personales estrechas con esos pacientes y sus familias. Esto permitiría a los gestores introducir medidas correctoras en el rediseño de los puestos de trabajo enfermero, para aumentar la motivación y satisfacción de estos profesionales, ayudando a mejorar la salud física y mental de los mismos e incrementando indirectamente la calidad de los cuidados y disminución de los costes.

Con respecto a la profesión enfermera se pretende conocer la conceptualización de parte de la filosofía así como las características del trabajo enfermero, cómo lo perciben estos profesionales y por último conocer el grado de aplicación y desarrollo del proceso de cuidados como método de trabajo.

Por consiguiente, el objetivo general de este estudio se concreta en los siguientes:

II.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Estudiar las características sociodemográficas y de profesión de las/os enfermeras/os de Málaga capital, pertenecientes al Servicio Andaluz de Salud (SAS).
2. Adaptar y analizar la aplicabilidad del Índice de Características del Trabajo de Enfermería (SNJCI), en nuestro medio al trabajo enfermero.
3. Identificar las diferentes formas de trabajo de las/os enfermeras/os comunitarias/os y de las/os enfermeras/os hospitalarias/os de Málaga capital, pertenecientes al SAS.
4. Conocer cómo perciben su puesto de trabajo las/os enfermeras/os de los Centros de Salud (enfermeras/os comunitarias/os), y las/os enfermeras/os de los Hospitales (hospitalarias/os).
5. Describir los diferentes niveles de motivación y satisfacción en función de los Centros, y de los diferentes Pabellones de un Hospital.
6. Describir la asociación entre las Dimensiones Centrales del Puesto y los Estados Psicológicos Críticos.
7. Describir y analizar la posible relación de las variables sociodemográficas y de profesión con la motivación y satisfacción en los profesionales de enfermería.
8. Analizar las posibles diferencias existentes entre las/os enfermeras/os comunitarias/os y entre las/os enfermeras/os hospitalarias/os con respecto a las Dimensiones Centrales del Puesto, Potencial Motivador del Puesto, los Estados Psicológicos Críticos, Variables Resultado y Variables Moduladoras.

II. Justificación y Objetivos

III. MATERIAL Y MÉTODO

III. Material y Método

III.1 POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población de estudio la constituyen 1.383 Enfermeras/os de quince Centros de Salud (C. de Salud), y de dos Hospitales de Málaga capital, pertenecientes al Servicio Andaluz de Salud (SAS), la Figura I representa la distribución por Centros.

La población de Enfermería Comunitaria está formado por las/os enfermeras/os que trabajan en los Centros de Salud de Capuchinos, Carranque, Ciudad Jardín, Delicias, El Palo, Huelin, La Luz, Limonar, Palma-Palmilla, Portada Alta, Puerta Blanca, Puerto de la Torre, San Andrés-Torcal, Tiro de Pichón y Trinidad, con un total de 178 enfermeras.

El grupo de población correspondiente a Enfermería Hospitalaria la constituyen los profesionales que trabajan en el Hospital Regional Carlos Haya y Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga capital, con un total de 1.205 enfermeros/as, pertenecientes a las diferentes Unidades de Hospitalización y a Consultas Externas de los diversos Centros Hospitalarios; vinculando 797 profesionales al Hospital Regional Carlos Haya, distribuidos en los siguientes pabellones: Hospital General 405 enfermeras, Hospital Civil 116 y 276 correspondientes al Hospital Materno-Infantil. El Hospital Universitario Virgen de la Victoria, la población enfermera es de 408, distribuidas en: Hospital Clínico 370 y 38 enfermeras en el Hospital Marítimo.

III. Material y Método

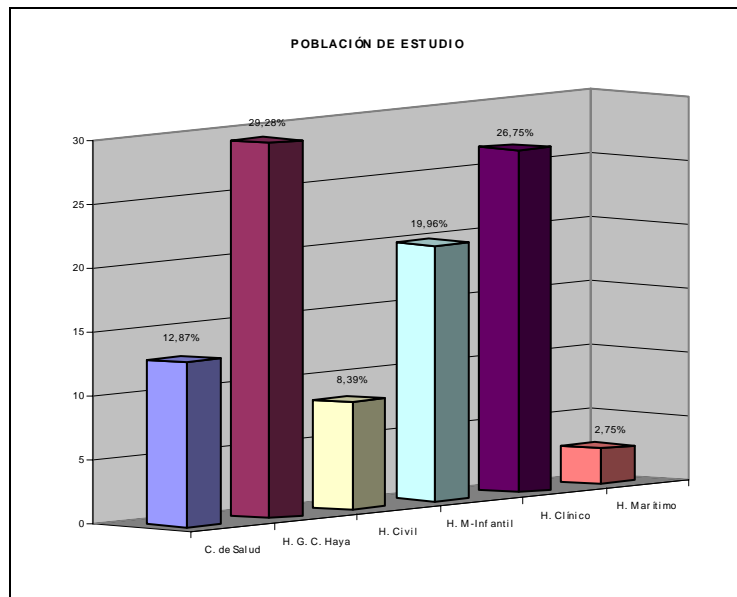


Figura I Población total

Se estudia a toda la población con plaza en propiedad, contrato de interinidad y contrato eventual mínimo de tres meses, no extrayendo muestra de la misma.

III.2 INSTRUMENTOS Y VARIABLES DE ESTUDIO:

III.2.1 STAFF NURSE JOB CHARACTERISTICS INDEX, SNJCI, (Índice de Características del Trabajo de Enfermería) (Tonges et al., 1998) (Anexo N° 1).

A. Descripción:

El SNJCI es un cuestionario específico para medir las Dimensiones Centrales del trabajo enfermero, tomando como base el Modelo Motivacional de las Características del Puesto de Hackman y Oldham.

Dada la naturaleza altamente interpersonal del trabajo enfermero, las autoras reintroducen en el modelo unas subvariables como Interacción Requerida (Contacto Social), y Retroalimentación de los Agentes (Retroalimentación Social) incluyéndolas en la Retroalimentación del Puesto. Contemplan las Relaciones Interpersonales con los usuarios, como fuente adicional de Identidad de la tarea. Por último incorporan, junto con Autonomía, lo que denominan Atribución de los Resultados.

Consta de 100 ítems, agrupados en cinco dimensiones, tres de ellas con subvariables: **Importancia de la tarea** formada por 21 ítems, **Variabilidad de destrezas** con 8 ítems, **Identidad de la tarea:** Relacionada con el trabajo de 16 ítems e Identidad de la tarea interpersonal constituida por 6 ítems, **Autonomía** con 18 ítems, junto con 5 ítems correspondientes a Atribución de Resultados y **Retroalimentación** que incluye Retroalimentación del puesto formada por 6 ítems, Retroalimentación social o de los agentes con 13 ítems y Contacto social o Interacción requerida formada por 7 ítems.

Se mide a través de una escala de cinco puntos, tipo Likert, presentando varios enunciados explicativos, correspondiendo 1="Nunca", 2="Casi nunca", 3="A veces", 4="Casi siempre" y 5="Siempre", pidiendo al encuestado indique el grado en que concuerda o no con la aseveración de cada uno de los ítems.

B. Variables de estudio:

El SNJCI mide las **Dimensiones Centrales del Puesto** (DCP) hallando en cada dimensión la media aritmética de los correspondientes ítems, teniendo en cuenta que los elementos inversos se restan de 6 (valor máximo de la escala +1) con el objetivo de homogeneizarlos con el resto. Las dimensiones son las siguientes:

Importancia de la tarea (IMTT), grado en el que el empleo es reconocido por otros, tanto a nivel intra como extraorganizacional y se operativizan mediante los siguientes ítems: 1, 10*, 12, 38*, 44, 50, 53, 55, 59, 62, 65, 67, 76, 80, 82, 84, 86, 90, 93, 95, 97.

Variabilidad de destrezas (VDD), grado en el que el empleo requiere realizar diferentes actividades que precisan de diferentes habilidades: Ítems 5, 8*, 22, 25*, 28, 41, 47, 61.

Identidad de la tarea relacionada con el trabajo (ITRT), grado en que el trabajador percibe que realiza un producto completo e identificable: Ítems 2, 6, 9, 11*, 19, 26, 30, 36, 45, 68, 70, 74*, 92, 94, 98, 100.

Identidad de la tarea interpersonal (ITI), grado en que el trabajador se relaciona con las personas a las que presta sus servicios: Ítems 4*, 13, 21*, 24, 51*, 58.

Autonomía (A), grado de independencia del trabajador para poder planificar y desarrollar su trabajo: Ítems 3, 16*, 20, 32, 34, 43, 46, 56, 63*, 69, 72, 75, 78, 83, 85, 87*, 89, 91.

Atribución de resultados (AR), grado en el que los individuos pueden discernir en el trabajo final, el resultado de sus esfuerzos individuales propios: Ítems 18, 23, 31, 40*, 64.

Retroalimentación del puesto (RP), grado en que las actividades que requiere el empleo, ofrecen por si mismas una información directa sobre la efectividad de su desempeño: Ítems 15, 37, 42, 49, 54, 81*.

Retroalimentación social o de los agentes (RS), grado de información que recibe el trabajador sobre el desempeño de su trabajo por parte de compañeros y supervisores: Ítems 7, 14, 29, 35, 39, 52, 60, 66, 73*, 77, 79, 88, 96.

Contacto social o Interacción requerida (CS), grado en que el puesto requiere del empleado trabajar en equipo para realizar sus actividades laborales, incluye relaciones con otros miembros de la organización y con “clientes” de otras organizaciones externas: Ítems 17, 27, 33*, 48, 57, 71*, 99.

* (Ítems inversos)

Basándonos en el modelo planteado por Hackman y Oldhman (1980), **El Potencial de Motivación del Puesto (PMP)**, (Fdez-Ríos, 1995; Fuertes et al., 1996) vendría dado por: **$PMP = (IMTT+VDD+ITT /3) \times A \times RP$**

El Potencial de Motivación del Puesto (PMP) apoyándonos en el SNJCI y teniendo en cuenta las dimensiones que las autoras incluyen se ha hallado mediante la siguiente fórmula:

$$PMP = (IMTT+VDD+ITRT+ITI /4) (A+AR/2) (RP+RS+CS/3).$$

III.2.2 JOB DIAGNOSTIC SURVEY, JDS, (Cuestionario de Análisis y rediseño de Puestos)

A. Descripción

Versión del JDS adaptado a población española por Fuertes, Munduate y Fortea (1996) en la Universidad de Jaume I, Castellón, a partir de la versión original elaborada por la Universidad de Yale (Hackman & Oldham, 1974; Kulik & Oldham, 1988) (Anexo N°

2); este cuestionario pretende medir las DCP, los Estados Psicológicos Críticos (EPC), variables Moduladoras y variables de Resultado.

Las secciones I y II miden las DCP, siendo sustituidas en el presente estudio por el SNJCI, centrándonos en las secciones III, IV, V y VI con un total de 50 ítems. Las secciones III y V miden los EPC y variables de Resultado, constituidas por 14 y 11 ítems respectivamente, con un rango en ambas secciones de 1 a 7, (1=“Totalmente en desacuerdo” y 7=“Totalmente de acuerdo”).

La IV sección está formada por 14 ítems, 10 de los cuales miden Satisfacción con el Contexto como variables moduladoras: Satisfacción con la paga o salario, con la seguridad, la supervisión y la satisfacción social; y los cuatro restantes Satisfacción de Autorrealización como variable resultado, utilizando una escala Likert y rango de 1 a 7 (1=“Muy insatisfecho” y 7=“Muy satisfecho”).

La variable moduladora Intensidad de Necesidad de Autorrealización se mide a través de 6 elementos integrados en la sección VI, constituida por 11 ítems, los 5 elementos restantes hacen referencia a las necesidades extrínsecas; el formato presenta un rango de 4 a 10, con tres puntos de anclaje, que mediante una frase describe el significado de los extremos y el punto central de la escala (4=“Me gustaría tenerla moderadamente”, 7=“Me gustaría mucho tenerla” y 10=“Me gustaría muchísimo tenerla”).

B. Variables de estudio

En las diferentes dimensiones que conforman los *Estados Psicológicos Críticos*, (EPC) se halla la media de los siguientes ítems, teniendo en cuenta que los elementos

inversos se restan de 8 (valor máximo de la escala +1), para homogeneizarlos con el resto.

Están constituidos por:

Significado percibido del puesto (SPP), grado en que el empleado experimenta el trabajo significativo, valioso y de mérito, se mide mediante los siguientes ítems: Sección III ítems 7 y 4*, Sección V ítems 6 y 3*,

Responsabilidad (R), grado en que el empleado se siente personalmente responsable de los resultados obtenidos en el trabajo: Sección III ítems 8, 12, 15 y 1*, Sección V ítems 4 y 7,

Conocimiento de los resultados (CR), grado en que el empleado conoce y valora la eficacia en el desempeño de su trabajo: Sección III ítems 5 y 11*, Sección V ítems 5 y 10*.

Las dimensiones que se establecen en los **Resultados Personales** se miden mediante:

Motivación interna (MOTi), grado en que el empleado es automotivado para realizar eficazmente el trabajo; evaluando las sensaciones internas positivas que experimenta al trabajar con eficacia y las sensaciones internas negativas al hacerlo mal, operativizándose mediante los ítems 2, 6, 10 y 14* de la Sección III y los ítems 1 y 9 de la Sección V.

Satisfacción General (SATg), es una medida global del grado en que el empleado está satisfecho con su trabajo: Sección III ítems 3, 13 y 9*, Sección V ítems 2 y 8*.

*(Ítems inversos)

Satisfacción con la autorrealización (SATA), oportunidad percibida por el empleado para su crecimiento y desarrollo personal en el trabajo: Sección IV ítems 3, 6, 10 y 13.

Las **VARIABLES MODULADORAS** son medidas a través de las Secciones IV y VI:

La Sección IV mide **Satisfacción con el contexto** proporcionándonos información de la satisfacción del empleado con: la paga y otras remuneraciones; la seguridad o estabilidad en el empleo; los compañeros de trabajo y la supervisión operativizándose a través de:

Satisfacción con la paga (SATp): Ítems 2 y 9.

Satisfacción con la seguridad en el puesto (SATsp): Ítems 1 y 11.

Satisfacción social (SATs): Ítems 4, 7 y 12.

Satisfacción con la supervisión (SATsup): Ítems 5, 8 y 14.

Ambas variables, Moduladoras y de Resultado, se hallan de igual forma que los EPC.

La Sección VI mide la **Intensidad de necesidad de autorrealización** (INAa), evaluando la intensidad de los deseos de los individuos en lograr un crecimiento y desarrollo personal mediante su trabajo, y en que grado es estimulado por el mismo. Esta medida es considerada como un predictor del grado en que se implicarían los trabajadores en un trabajo con alto potencial motivante; al mismo tiempo mide la necesidad de un empleado de ganar en desarrollo y autoestima personal en su trabajo actual. Se halla a través de la media aritmética de los siguientes ítems 2, 3, 6, 8, 10 y 11, restándosele los 3 puntos de sobre-valoración añadidos.

III.2.3 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, PROFESIONALES Y DE FORMACIÓN- INVESTIGACIÓN de enfermería (VSDPFE)

A. Descripción

La primera parte del cuestionario se ha diseñado ad hoc para medir las Variables sociodemográficas, profesionales y de formación- investigación. Previamente a su aplicación se realizó un pilotaje en cuanto a comprensión e interpretación de los diferentes ítems.

Está formado por 22 ítems: Correspondiendo a variables Sociodemográficas 3, a variables Profesionales 11 ítems y 8 a Formación-Investigación y Desarrollo Profesional (Anexo N° 3 y 4 respectivamente).

B. Variables de estudio

- Variables Sociodemográficas: Edad, Sexo y Estado Civil.
- Variables Profesionales: Centro de Trabajo, Unidad Hospitalaria, Puesto de Trabajo, Situación Administrativa, Tiempo trabajado en el puesto actual, Años de trabajo, Año que finalizó la carrera, Turno de trabajo, Bajas laborales por enfermedad, Motivos por los que eligió Enfermería, Motivos por los que se mantiene en la profesión.
- Variables de Formación-Investigación y de desarrollo profesional en los tres últimos años: Cursos de formación realizados; Artículos publicados; Proyectos de investigación en los que ha participado; Reuniones Científicas (Congresos, Jornadas, etc.) a las que ha

asistido; Comunicaciones presentadas en Reuniones Científicas (Congresos, Jornadas, etc.);

- Aplicación sistemática del proceso de cuidados: N° de planes de cuidados que realiza diariamente en su quehacer profesional.

- Organización funcional del trabajo:

- Enfermeras/os de Atención Primaria de Salud:

Por cupo médico, por población adscrita y toda la Zona Básica de Salud.

Elaboración del informe de enfermería al ingreso del usuario.

- Enfermeras/os de Hospitales:

Por tareas (Toma de constantes, curas, etc. a todos los enfermos de la Unidad Hospitalaria); por asignación enfermera/o paciente (Responsable de un número determinado de enfermos hospitalizados, para todos los cuidados que requieran).

Elaboración del informe de enfermería al alta del usuario.

III.3 PROCEDIMIENTO:

El estudio se realizó durante los meses de Febrero a Mayo de 2003.

Se entregó a los sujetos de estudio un sobre, el cual incluía una carta de presentación, (Anexo N° 5) explicando el carácter del estudio, su confidencialidad y anonimato, según establece la Ley Orgánica, 15/1999, de protección de datos de carácter personal; al mismo tiempo se hacía hincapié en la importancia de su respuesta; una hoja de instrucciones para la cumplimentación de los instrumentos y los cuestionarios.

Con el objetivo de aumentar el índice de respuesta de los cuestionarios, se han seguido las recomendaciones clásicas diseñadas por Dillman (1978) y se ha utilizado para los cuestionarios papel coloreado atendiendo al meta-análisis de Fox (1988) que mostraba que se producía un incremento de respuestas al utilizar cuestionarios de color.

En el SNJCI el orden de presentación de los ítems se contrabalanceó para controlar así el posible sesgo producido por el efecto de fatiga.

III.3.1 ENFERMERAS/OS COMUNITARIAS/OS:

Para la selección de los Centros de Salud se utilizó un único criterio consistente en que llevaran al menos un año de funcionamiento en el momento de la recogida de datos.

El procedimiento utilizado, para poder acceder a los sujetos de estudio de los diferentes Centros, fue el siguiente, primero se solicitó un permiso por escrito al Director de Distrito Sanitario Málaga y Coordinador de Enfermería del mismo (Anexo N° 6), previo contacto y confirmación telefónica:

- Una vez obtenida la autorización por parte de los gestores, la táctica seguida y teniendo en cuenta que los instrumentos de recogida de datos son

autoadministrados, fue: En cada Centros de Salud y en una única sesión, se entregaron y recogieron los cuestionarios a las/os enfermeras/os personalmente, previa explicación de la investigación, solicitud de colaboración e instrucciones de cumplimentación. A aquel las/os enfermeras/os que no asistieron o que no respondieron el cuestionario en ese momento, se les dio fecha de recogida y se les hizo varios recordatorios por teléfono previamente a la misma.

- Se pidió a los Adjuntos de los Centros de Salud su colaboración, entregando los cuestionarios, a aquellos profesionales que no estaban en la sesión desarrollada, que recepcionaran los cuestionarios pendientes y cumplimentaran el cuestionario de no respuesta de aquellos profesionales que no se lo habían entregado.

III.3.2 ENFERMERAS/OS HOSPITALARIAS/OS:

Para poder acceder a los sujetos de estudio de los diferentes centros hospitalarios y unidades, se solicitó un permiso por escrito a las Directoras de Enfermería del Hospital Regional Carlos Haya y del Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Anexo N° 6).

Una vez obtenida la autorización por parte de las gestoras y teniendo en cuenta que los cuestionarios son autoadministrados, el procedimiento fue el siguiente:

- A través de las Direcciones de Enfermería se solicitó a los Supervisores su colaboración, los cuales fueron los encargados de la entrega y recogida de los cuestionarios; al mismo tiempo se les pidió que cumplimentaran la

información requerida de las/os enfermeras/os que no respondieran al mismo.

- Previa convocatoria y por Hospital se celebraron reuniones con los Supervisores de las diferentes unidades hospitalarias, para explicarles la investigación, solicitarles su colaboración, y darles las instrucciones pertinentes para la recogida de cuestionarios. Cada semana se recogieron los ya cumplimentados y al mismo tiempo se hacía un recordatorio de los mismos, visitando la investigadora, servicio por servicio.

III.3.3 POBLACIÓN NO RESPONDIENTE:

Para poder caracterizar a los sujetos de nuestro estudio que no respondieran a los cuestionarios se elaboró uno específico, a cumplimentar por los/as Adjuntos/as de Centros y Supervisores de las diferentes Unidades hospitalarias (Anexo Nº 7), el cual recoge las siguientes variables:

- Nombre del Centro de Salud
- Edad, Sexo y Estado Civil
- Puesto de Trabajo, Turno, Situación Administrativa, Tiempo que lleva en su puesto de trabajo actual.
- Si se celebran sesiones de Formación Continuada en el Centro y si asiste a las mismas.
- Nº de veces que ha estado de baja por enfermedad, en el último año.

III.4 ANÁLISIS DE DATOS

III.4.1 DEPURACIÓN DE DATOS: Se comenzó realizando un proceso de depuración de los cuestionarios cumplimentados, cuyo criterio fue seleccionar a aquellos sujetos que habían contestado al menos el 75% de los ítems del mismo, al mismo tiempo se eliminaron algunos cuestionarios en los que se observaron valores anómalos, previa comprobación con el cuestionario correspondiente.

III.4.2 ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DEL STAFF NURSE JOB CHARACTERISTICS INDEX (SNJCI), tratamos así de responder a los objetivos número 2 y 6.

III.4.2.1 ESTUDIOS PRELIMINARES: METODOLOGÍA CUALITATIVA

A. Adaptación transcultural: Al presentarse el cuestionario original en inglés, creado y aplicado en otra cultura, previamente a su utilización, se procedió a su traducción y adaptación transcultural basándonos en el método de traducción-retrotraducción, realizando una valoración, fundamentalmente, cualitativa, dirigido a obtener una equivalencia semántica y conceptual manteniendo el sentido de los ítems del cuestionario (Serra-Sutton, Herdman, Rajmil et al., 2002) ya que si no es así la validez del instrumento puede verse afectada.

B. Grupos Focales: Se han desarrollado cuatro grupos focales, formados por enfermeros/as de hospitales y enfermeros/as comunitarias, con un total de cuarenta y cinco seleccionados, diez en cada grupo y cinco de reserva, con el propósito de conocer las vivencias laborales de los profesionales de enfermería en relación a la satisfacción y motivación laboral, así como la experiencia laboral de los mismos y valorar si el SNJCI contempla todos los elementos que generan

satisfacción/insatisfacción en los profesionales de enfermería, obtener elementos útiles para complementar el SNJCI y recoger información de tipo cualitativo. Intentamos finalizar con este apartado los objetivos números 4 y 7.

III.4.2.2 ESTUDIO Y ANÁLISIS DE FIABILIDAD Y VALIDEZ FACTORIAL:

A. Análisis de Fiabilidad: Tras la recogida de datos efectuada, se ha realizado un análisis previo de los datos con la finalidad de rectificar los posibles errores en la grabación de los mismos, con el objetivo de localizar a los sujetos con valores erróneos y proceder a las rectificaciones pertinentes o en su defecto excluirlos.

Se ha hallado la fiabilidad por dimensiones entendida como consistencia interna, así como el índice de homogeneidad (IH) de los diferentes elementos que integran las mismas, con el objetivo de seleccionar los ítems con mayor o igual a 0,30 de IH, conservándose aquellos que se consideran necesarios para preservar la validez de contenido de la dimensión correspondiente.

B. Análisis Factorial: Posteriormente, sobre los ítems conservados, se realizaron sucesivamente varios análisis factoriales exploratorios basado en el método de Componentes Principales, aplicando rotación ortogonal Varimax.

La realización de este procedimiento nos ha servido para seleccionar el conjunto definitivo de ítems en función de sus pesos en cada factor, desechando aquellos elementos cuya saturación fuera menor o igual a 0,40, para validar el instrumento en la población de estudio.

III.4.2.3 ANÁLISIS DE CORRELACIONES: Se han hallado las intercorrelaciones de los diferentes ítems del SNJCI con respecto a las Dimensiones Centrales del Puesto

(DCP); así mismo se hicieron las intercorrelaciones de las nueve dimensiones que constituyen las mismas.

III.4.3 ESTUDIO DEL JDS: Con este apartado se pretenden complementar los objetivos número 6 y 7.

III.4.3.1 ANÁLISIS DE FIABILIDAD: Se ha seguido el mismo procedimiento y los mismos criterios que en la fase anterior descritos en el punto III.4.2 A.

III.4.3.2 ANÁLISIS DE CORRELACIONES: Con base en el modelo teórico se han hallado las intercorrelaciones siguientes: DCP y Estados Psicológicos Críticos (EPC); DCP y Variables Resultado; DCP y Variables Moduladoras; EPC y Variables Resultado; EPC y Variables Moduladoras.

III.4.4 ANÁLISIS DESCRIPTIVO: se concreta el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, profesionales, de formación-investigación y de desarrollo profesional, describiéndose al mismo tiempo los ítems más relevantes del SNJCI, todos los del instrumento JDS, por subpoblaciones. Con este bloque pretendemos cubrir los objetivos número 1, 3, 4. Así mismo se ha realizado un estudio comparativo intercentros por nivel de atención, (objetivo número 5).

Para poder dar respuesta al objetivo número 7; se han empleado pruebas de t de Student para muestras independientes, Análisis de la Varianza (ANOVA un factor) y correlación de Pearson. En algunos casos y con muestras grandes es esperable una tendencia a que no se cumpla la normalidad (Tabachnich y Fidell, 1989), por lo que hemos optado por la aplicación de dichas pruebas paramétricas. Todos los análisis del presente estudio se han ejecutado mediante el paquete estadístico SPSS, versión 11.5 y versión 12.

III.4.5 ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE ENFERMERÍA COMUNITARIA Y ENFERMERÍA HOSPITALARIA

Para poder comparar ambos subgrupos y dado que el número de sujetos estudiados en enfermería comunitaria es menor que los sujetos en enfermería hospitalaria (152 y 403 respectivamente), se ha procedido a extraer una muestra aleatoria del 37,7%, (152 sujetos) del subgrupo de las/os enfermeras/os hospitalarias/os, para paliar la desigualdad de tamaño de muestra de los grupos y así poder comparar las Dimensiones Centrales del Puesto, los Estados Psicológicos Críticos, las Variables Resultado y las Variables Moduladoras, para ello se ha aplicado la prueba de t de Student para muestras independientes. Con este último bloque procuramos dar respuesta al objetivo número 8.

III. Material y Método

IV. RESULTADOS

IV. Resultados

IV. RESULTADOS

IV.1 DEPURACIÓN DE DATOS

Se comenzó realizando un proceso de depuración de los cuestionarios respondidos, cuyo criterio fue seleccionar a aquellos sujetos que habían contestado al menos el 75% de los ítems, al mismo tiempo se eliminaron algunos cuestionarios en los que se observaron valores anómalos, previa comprobación con el cuestionario correspondiente.

De la población de estudio, 1383 enfermeras/os y tras el proceso de depuración de datos se conservaron 555 sujetos de 574. Del total de los profesionales el 12,87% pertenecen a Centros de Salud (enfermeras/os comunitarias/os) (178) y el 87,13% a Hospitales (1205).

IV.2 ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DEL STAFF NURSE JOB CHARACTERISTICS INDEX, (SNJCI)

IV.2.1 ESTUDIOS PRELIMINARES: METODOLOGÍA CUALITATIVA

A. ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DEL SNJCI

A.1 INTRODUCCIÓN

El cuestionario Staff Nurse Job Characteristics Index (SNJCI), está basado en el Modelo Motivacional de las Características del Puesto de Hackman & Oldham, 1974. Mide las Dimensiones Centrales del Puesto (DCP); ha sido construido por Tonges, Rothstein y Carter, (1998) y aplicado en profesionales de enfermería de unidades de Medicina/Cirugía y de Atención Coronaria de un centro clínico universitario de la Costa

Central del Atlántico. Consta de 100 ítems, agrupados en cinco dimensiones, tres de ellas con subescalas: **Importancia de la tarea** formada por 21 ítems, **Variabilidad de destrezas** con 8 ítems, **Identidad de la tarea:** *Relacionada con el trabajo* de 16 elementos e *Identidad de la tarea interpersonal* constituida por 6 ítems, **Autonomía** con 18 elementos, junto con 5 ítems correspondientes a *Atribución de Resultados* y **Retroalimentación** que incluye *Retroalimentación del puesto* formada por 6 ítems, *Retroalimentación social* o de los agentes con 13 elementos y *Contacto social o Interacción requerida* formada por 7 ítems.

Se mide a través de una escala tipo Likert de cinco puntos, correspondiéndose con los valores de 1 “nunca” 2 “casi nunca”, 3 “a veces” 4 “casi siempre” y 5 “siempre”. Los elementos del cuestionario presentan las mismas características que el Job Diagnostic Survey (JDS), mostrando elementos directos, en sentido inverso y negativos, sí tenemos que reseñar que la escala del JDS que mide las mismas dimensiones, lo hace en dos secciones con diferente formato, mediante una escala de 7 puntos, formadas por 21 elementos; en la primera sección presenta tres anclajes y en la segunda señala cada punto de la escala.

Hemos considerado que presenta diferente idioma y que fue creado y aplicado en otra cultura y nivel de atención diferente, existiendo discrepancias con el medio en el que hemos desarrollado la investigación. Los profesionales de enfermería de nuestro país trabajan de forma distinta a los americanos, con desiguales niveles de responsabilidad y titulación. Nuestro estudio, al mismo tiempo, queríamos hacerlo extensible a las/os enfermeras/os comunitarias/os. Por todo ello hemos realizado, previamente a su

utilización, una adaptación transcultural del SNJCI, basándonos en el método de traducción-retrotraducción, el cual es un proceso estructurado, en el que se realiza una valoración, fundamentalmente cualitativa, dirigido a obtener una equivalencia semántica y conceptual, manteniendo el sentido de los ítems del cuestionario (Serra-Sutton, Herdman, Rajmil et al., 2002) ya que si no es así la validez del instrumento puede verse afectada.

Todo este proceso nos va a permitir evaluar un fenómeno similar en diferentes culturas o poblaciones, con el objetivo de identificar diferencias atribuibles al contexto cultural, en nuestro estudio al laboral, subsanando así las posibles diferencias atribuibles al instrumento utilizado, (Guillermin, Bombardier y Beaton, 1993). Además vamos a tener la posibilidad de poder comparar nuestros resultados con los obtenidos por otros investigadores con el cuestionario original, en concreto con los resultados de las propias autoras.

A.2 OBJETIVOS DE LA ADAPTACIÓN

1. Obtener un instrumento adaptado a nuestra cultura, equivalente al original.
2. Buscar una equivalencia conceptual en los términos utilizados.
3. Valorar la pertinencia de los diversos ítems en nuestro contexto cultural.

A. 3 MÉTODO O PROCEDIMIENTO

Para la adaptación del cuestionario SNJCI se contactó con la Dra. Tonges, autora principal del cuestionario original, con el objetivo de solicitar su autorización para adaptar y utilizar el instrumento en nuestra investigación; en el Anexo N° 8.A.1 se muestra su respuesta.

Una vez resuelto el aspecto legal, para la adaptación transcultural del SNJCI, seguimos la metodología de traducción directa e inversa, recomendada en la literatura

(Guillermin et al., 1993; Beaton, Bombardier, Guillemin, Bosi-Ferraz, 2000), traducción-retrotraducción. (Figura 3.1: Esquema del Proceso de Adaptación Transcultural del SNJCI, modificado de Más Pons, y Escribá Agüir, 1998)

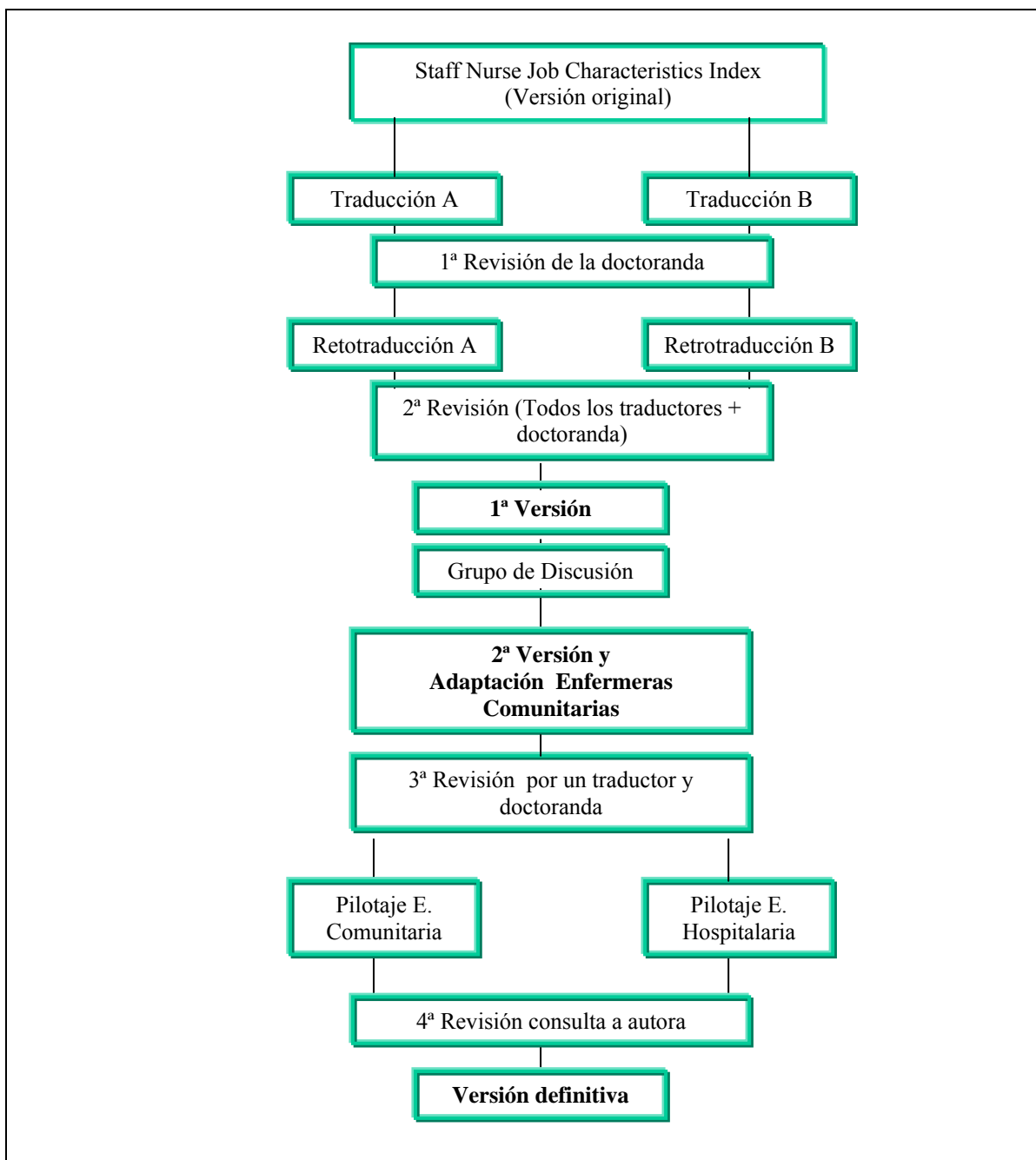


Figura 4.2.1: Tomado y modificado de Más Pons, y Escribá Agüir, 1998

Este método comprende la traducción al español, revisión sistemática del contenido del cuestionario por el equipo de investigación, una traducción inversa a la lengua original, reunión de todos los traductores con el equipo investigador. Junto al proceso de traducción-retrotraducción se llevó a cabo un grupo de discusión con el objetivo de valorar el cuestionario en cuanto a pertinencia de los ítems, así como de la propia terminología utilizada en el mismo, respetando la equivalencia de significados entre ambas culturas.

Presentamos a continuación las diferentes fases del proceso de adaptación transcultural:

A.3.a Traducción al castellano: Se ha traducido al castellano por dos traductores, bilingües cuya lengua materna es el castellano, de forma totalmente independiente, indicándoles que las traducciones deberían ser semánticas, no literales, buscando la equivalencia conceptual e idiomática (Serra-Sutton y Herdman, 2001). Para poder cuantificar la “adaptabilidad” del cuestionario y poder identificar los ítems con posibles problemas, se pidió a los traductores que puntuaran el grado de dificultad en la traducción de los mismos, (1 dificultad mínima, 3 media y 5 alta).

Una vez traducido se realizó una primera revisión para identificar aquellos ítems ambiguos de la versión original en los que hubiera habido cierta discrepancia o divergencia en su interpretación, detectando así posibles errores (Más Pons y Escribá Agüir, 1998).

A.3.b Retrotraducción: Finalizada la primera revisión, se llevó a cabo la retrotraducción al inglés de las dos versiones en castellano, en la que participaron dos

traductores cuya lengua materna es el inglés (Serra-Sutton y Herdman, 2001), de forma totalmente independiente, desconociendo ambos la versión original.

A.3.c Segunda revisión: Para seguir con el proceso establecido, tuvo lugar una reunión de los traductores con la doctoranda, realizándose una segunda revisión donde se valoró la equivalencia con la versión original, obteniendo como resultado la primera versión del cuestionario.

A.3.d Segunda versión del cuestionario: Con el objetivo de valorar la pertinencia de cada ítem del instrumento original en nuestro medio, se desarrolló un grupo de discusión (Buzzaqui, 1997), como toma de contacto con nuestra realidad, con ocho enfermeras hospitalarias y con una duración de hora y tres cuartos. Esta técnica permite, a los componentes del grupo, expresar sus opiniones con base en unas cuestiones planteadas previamente por el investigador. La base de trabajo del grupo fue un guión elaborado previamente por la doctoranda, formado por preguntas abiertas sobre las características del trabajo enfermera y sobre la comprensión de los diferentes ítems al mismo tiempo que se analizaron aquellos ítems que presentaron mayor grado de dificultad en su traducción:

- a. Teniendo en cuenta las funciones y características del trabajo enfermera
¿Recoge el cuestionario las más importantes?
- b. ¿La formulación de los ítems ayudan a comprender cada uno de ellos?

La sesión se grabó en un magnetófono para su análisis posterior. Una vez extraídas las conclusiones del grupo de discusión se entregaron a los participantes para así ratificar las mismas.

Quedando con esta fase finalizada la 2ª Versión del instrumento.

A.3.e Adaptación del cuestionario al trabajo enfermero comunitario: Partiendo de dicha versión y con el objetivo de adaptar el cuestionario a las características del trabajo de la enfermera comunitaria, tuvo lugar una reunión de la doctoranda con cuatro enfermeras pertenecientes a diferentes Centros de Salud de la provincia de Málaga, en la que se analizaron los diferentes ítems del mismo.

A.3.f Pilotaje del cuestionario: Se pilotaron ambos cuestionarios en enfermeras hospitalarias, comunitarias y docentes de ambos niveles, con el objetivo de valorar la comprensión de la formulación de los ítems y la importancia de cada uno de ellos en nuestro contexto cultural. Así mismo se les pedía, que en aquellos ítems en los que existieran dos alternativas, eligieran una de ellas y en el caso de no estar de acuerdo con el planteamiento que reformularan los ítems. También se les indicó que explicasen con sus propias palabras las situaciones descritas en los ítems que identificaran como incorrectamente formulados o mejorables.

A.3.g Adaptación de términos: Ante la dificultad de traducir y adaptar a nuestro medio el término “*Charge nurse*”, recogido en el ítem N° 5. “*My assignment includes being the charge nurse*”, se vio la conveniencia de establecer las diferencias existentes entre Estados Unidos y España ya que las enfermeras americanas presentan diferencias en la práctica, así como diferentes titulaciones desde Diplomadas hasta tercer ciclo, es decir doctoras, previa licenciatura.

Se define lo que entendemos por “*Charge nurse*” como la enfermera que planifica, delega y evalúa constantemente todas las actividades de la unidad; organiza y distribuye los recursos, desarrolla la función de supervisora de la unidad; asigna los enfermos a las

IV. Resultados

enfermeras de la unidad, previa evaluación de las necesidades del paciente y apoya la filosofía del cuidado centrada en el paciente y la familia y si ingresa un enfermo grave asume su cuidado, dando continuidad a los mismos a través de instrucciones escritas, que cumplirán las enfermeras de los siguientes turnos. Es responsable de la resucitación cardiaca, realiza punciones intravenosas, así como la utilización del desfibrilador (Curley, 1998). Asigna los pacientes a la enfermera primaria que será la responsable del cuidado del paciente las 24 horas del día, las cuales aplican el proceso de cuidados; cuando esta enfermera no está en la unidad es la enfermera colaboradora o asociada la que se encarga de dar continuidad a los cuidados, tal como los ha planificado la enfermera primaria, a la que informa, bien a través de los sistemas de registros establecidos o por entrevistas (Mompert, 1994); en algunas ocasiones el cuidado se prolonga hasta el domicilio del enfermo tras el alta.

En nuestro país lo más similar a la “Charge nurse” es la supervisora que asume la organización de la unidad y no siempre distribuye los pacientes a las enfermeras. No existen las figuras de la enfermera primaria ni de la enfermera colaboradora o asociada; es la enfermera diplomada la que asume los cuidados de los pacientes y la continuidad de los mismos se realiza a través de los registros y en los cambios de turno, que son encuentros de las enfermeras que finalizan su trabajo, con las enfermeras que comienzan a trabajar donde se comunican la situación general de cada enfermo.

En nuestro medio el cuidado del paciente tras el alta hospitalaria pasa a ser responsabilidad de la enfermera comunitaria.

Ante la dificultad de adaptación de dicho ítem, se contactó de nuevo (Anexo N° 8.A.2) con la Dra. Tonges, consultándole el significado de los siguientes elementos:

5. My assignment includes being the charge nurse.

99. This job requires that I deal with patient representatives

Para confirmar la definición que habíamos hecho sobre “Charge nurse” (ítem N° 5), se le remitió a la autora la descripción que habíamos realizado de la misma.

Con respecto al ítem N° 99 se había traducido como: “Mi trabajo requiere estar en contacto con representantes de los pacientes” consultándole si se referían a representantes legales, abogados, tutores, etc.

Con aquellos ítems que habían planteado mayor dificultad y con todas las aportaciones hechas tanto del pilotaje, como en el grupo de discusión se llevó a cabo la 3ª revisión de todo el cuestionario con un traductor bilingüe, comparando la segunda versión del cuestionario con el original.

A.3.h Versión definitiva: Como resultado de todo el proceso, junto con las aportaciones de la Dra. Tonges (Anexo N° 8.A.3) y las conclusiones del pilotaje se elaboró la Versión definitiva del mismo.

A.4 RESULTADOS

A.4.a Traducción al castellano: Con respecto al grado de dificultad en la primera traducción del cuestionario, los traductores puntuaron cada ítems en una escala de uno a tres, correspondiendo 1 a dificultad mínima, 2 a dificultad media y 3 a dificultad alta, calificando el 70% de los ítems como dificultad mínima, el 24% como dificultad media (N° 3, 4, 6, 7, 9, 11, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 29, 32, 33, 40, 42, 43, 45, 46, 52, 72, y 93; Tabla 2.1):

3. I use my own judgement in giving new information to patients and families.
4. I don't have much of a chance to get to know my patients.
6. I look at the whole picture and decide whether a patient's rest or comfort is more important than a particular order (e.g., whether to wake a patient for vital signs).
7. On my unit, we give each other feedback about our practice.
9. My job allows me to develop expertise in the care of patients with certain diagnoses.
11. I provide part of the care for a number of different patients (e.g., medications, treatments, or charting).
14. Getting performance feedback from my head nurse is a natural part of my job.
15. I can tell from the results of my actions when I've solved a patient's problem.
18. Patients have gotten better because of the care I've given them.
19. Assignments are arranged so that I have the opportunity to care for the same patients from admission through discharge from our unit.
20. I have the authority to delegate some clinical tasks to others.
21. On my unit, patients are referred to by room numbers because there is little chance to learn their names.
22. The procedures I perform are quite complicated.
29. I receive comments from house staff about my performance.
32. I make my own decisions about patient teaching.
33. A whole shift could go by without my having to talk much with patients and/or other staff.
40. It's impossible to isolate the effects of my individual actions on patient outcomes.
42. The things patients say to me tell me what kind of job I am doing.
43. I can use tools that identify expected patient outcomes (e.g., CareMap^R) to judge for myself how a patient is progressing.
45. My patients are encouraged to call the unit with questions they may have after they are discharged.
46. I initiate independent nursing interventions I think my patients need (e.g., emotional support, comfort measures, teaching).
52. I get feedback in report about how my peers think I am doing.
72. I can use critical pathways to anticipate future care.
93. I provide emotional support that helps patients weather crises.

Tabla 2.1

El 6% de los ítems fueron puntuados como dificultad máxima: (N° 5, 25, 31, 41, 44 y 87, Tabla 2.2).

- 5. My assignment includes being the charge nurse.
- 25. There is great deal of sameness and routine in the care I am called upon to provide.
- 31. Patients' advance directives are followed because I discuss them with physicians.
- 41. My job ranges from providing hands-on comfort to managing complicated clinical situations.
- 44. I raise the issue of DNR when others seem unwilling to.
- 87. I can't get patients what I think they need because physicians won't listen to me.

Tabla 2.2

A.4.b Retrotraducción: Como resultado de la retrotraducción se encontraron divergencias en el 9% de los ítems: N° 5, 43, 55, 56, 69, 72, 75, 99 y 100

A.4.c Segunda revisión: En la reunión celebrada entre los cuatro traductores y la doctoranda para revisar todos los ítems, y llegar a un acuerdo, se identificaron algunas discrepancias en el 70% de los elementos, presentando varias formas de expresión, (Tabla 2.3):

5.- My assignment includes being the charge nurse.

- Mi trabajo implica ser enfermera exclusivamente asistencial (de carga)
- Una de mis funciones consiste en ser supervisor/a o enfermero/a a cargo.
- Mi trabajo asistencial es asignado por tareas.
- Mi trabajo asignación incluye ser enfermera asistencial.

20.- I have the authority to delegate some clinical tasks to others.

- Tengo autoridad para delegar algunas tareas clínicas a otros.
- Tengo capacidad para delegar algunas tareas clínicas a otros.

55.- I make hospital systems work right for patients.

- Colaboro para que los sistemas de trabajo hospitalarios estén orientados a los pacientes.
- Hago que los sistemas hospitalarios funcionen bien para los pacientes

56.- I have the authority to diagnose patients' nursing problems.

- Tengo autoridad de elaborar los diagnósticos enfermeros de los pacientes.
- Puedo elaborar los diagnósticos enfermeros de los pacientes.

69.- I have the authority to initiate emergency measures

- Tengo autoridad para iniciar actuaciones de emergencia
- Tengo capacidad para iniciar actuaciones de emergencia

75.- I have the authority to evaluate outcomes of nursing care.

- Tengo la autoridad de evaluar los resultados de los cuidados de enfermería.
- Tengo posibilidad de evaluar los resultados de los cuidados de enfermería.

99.- This job requires that I deal with patient representatives

- El trabajo requiere estar en contacto con los representantes de los pacientes.
- El trabajo requiere tratar con los representantes o tutores de los pacientes.

Tabla 2.3

A.4.d Segunda versión del cuestionario: Los resultados del grupo de discusión por n° de ítem:

Se acordó sustituir la palabra “familiarizarme” por “llegar a conocer” ya que se entendía mejor, correspondiendo al ítem N° 4.

En el **ítem 8** se propuso incluir “inmediatos” entre paréntesis como aclaratorio a cuidados directos.

El **ítem 11** se propone incluir “En mi turno” ya que existen unidades que cambian de pacientes cada día, asumiendo el cuidado integral de esos pacientes por turno o jornada de trabajo.

El N° **15** se sustituye “resultado de mis acciones” por “evaluación de cuidados” como sinónimo del mismo, quedando de la siguiente manera “Puedo deducir por la evaluación de cuidados cuando he solucionado el problema de un paciente”.

El **ítem 49** se incluyen “escritos” y entre paréntesis cartas y “reclamaciones”, quedando de la siguiente manera: “Las encuestas a los pacientes y sus escritos (cartas, reclamaciones,...) me permiten saber cómo estoy haciendo mi trabajo.

Los **ítems** que hacen alusión a la “familia”, se entiende como “familiares”.

Los ítems N° **20, 56, 69, 75**, hacen referencia “*Tengo autoridad...*” se propuso modificar por “Estoy habilitado para...”o “Me permiten...”, aceptando “Tengo facultad para...”

Los ítems **70.-** *Realizo visitas domiciliarias para seguir su cuidado*, y el número **100.-** *Contacto con los pacientes para monitorizar su recuperación tras el alta.* Propusieron que se retiraran del cuestionario ya que no lo realizan las enfermeras

hospitalarias. Aceptando la pertinencia del resto de los ítems, aunque insistieron en la extensión del cuestionario y en la escala de medida, ya que consta de 100 ítems y siete posibles respuestas de 1 a 7, Nunca y Siempre, respectivamente, desconociendo en ese momento la escala Likert utilizada por las autoras que es de 1 a 5, presentándole cuestionario inicialmente la misma escala que el JDS.

Los ítems N° 31, y 87 en el cuestionario se incluyen ejemplos para favorecer su comprensión.

El N° 99.- *El trabajo requiere estar en contacto con los representantes de los pacientes.*

Incluir "... representantes, tutores"

A.4.e Adaptación del cuestionario al trabajo enfermero comunitario: En la adaptación de la segunda versión del cuestionario a las enfermeras comunitarias, se realizó una adaptación terminológica principalmente, teniendo en cuenta al mismo tiempo las características del trabajo que desarrollan dichos profesionales.

En los siguientes ítems se sustituyeron los términos:

- Paciente por usuario y familia: N° 2, 3, 4, 10, 13, 15, 17, 18, 23, 26, 27, 30, 32, 33, 34, 37, 40, 42, 46, 49, 50, 51, 53, 56, 58, 64, 67, 68, 80, 81, 83, 84, 86, 87, 90, 91, 93, 94, 95, y 97.
- En el N° 5, 14, 35, 73 y 91 supervisor por adjunto.
- Hospital por Centro ítems N° 16, 30, 55 y 9.

Con respecto a las características del trabajo enfermera comunitaria la adaptación requerida fue:

- Se modificaron los ejemplos recogidos en los ítems N° 31, 34 y 63.

- Se incluye ejemplo para favorecer su comprensión en el ítem N° 57.
- Se identificaron determinados elementos que tuvieron que ser diferentes para las enfermeras Comunitarias y *Hospitalarias* (Tabla 2.4) :

<ul style="list-style-type: none">• 6. Valoro la situación general para priorizar los cuidados de los usuarios.• 6. <i>Valoro la situación general para decidir si el descanso o la comodidad de un paciente es más importante que una orden determinada (Ejemplo: despertar a un paciente para los signos vitales).</i>• 11. Proporciono solo parte de los cuidados a diferentes usuarios (Ejemplo: Atención en el centro a unos usuarios y en domicilio a otros).• 11. <i>En mi turno proporciono solo parte de los cuidados a diferentes pacientes (Ejemplo: medicaciones, tratamientos, o registrar en la historia).</i>• 19. La organización de mi centro me permite atender siempre a los mismos usuarios y familias.• 19. <i>Tengo la oportunidad de cuidar de los mismos pacientes desde el momento de su ingreso hasta que son dados de alta de nuestra unidad.</i>• 21. En mi cupo o sector, los usuarios se nombran por patologías o problemas porque hay poca ocasión de aprender sus nombres.• 21. <i>En mi unidad, los pacientes se nombran por números de habitación o cama porque hay poca ocasión de aprender sus nombres.</i>• 36. Comienzo a trabajar los autocuidados con el usuario desde la primera consulta o visita.• 36. <i>Comienzo a planificar el alta desde la admisión del paciente.</i>• 45. Animo a los usuarios a que llamen al centro ante cualquier duda que les pueda surgir.• 45. <i>Animan a mis pacientes a que después del alta, llamen a la unidad ante cualquier duda que les pudiera surgir.</i>• 71. Es muy escasa la comunicación que tengo con los familiares de los enfermos moribundos.• 71. <i>Mis pacientes están tan graves que es muy escasa la comunicación que tengo con ellos.</i>• 74. El contacto que tengo con los usuarios y familias de mi cupo o sector son escasos.• 74. <i>No veo a un paciente más que una vez antes de ser dado de alta.</i>• 92. Generalmente, cuido a los mismos usuarios y familias.• 92. <i>Me encargo de los mismos pacientes cada vez que son ingresados.</i>• 96. Los miembros del equipo de salud me dicen lo que piensan sobre el cumplimiento de mi trabajo.• 96. <i>Los médicos me dicen lo que piensan sobre el cumplimiento de mi trabajo.</i>• 98. Elaboro el proceso de cuidados junto con el usuario.• 98. <i>Participo en la planificación del plan de cuidados del paciente.</i>
--

Tabla 2.4

A.4.f Pilotaje del cuestionario: Las aportaciones que las enfermeras realizaron en el pilotaje, con respecto a la formulación de los diferentes ítems, fueron las siguientes:

3. "... en la nueva información..." quitar "nueva".
6. "Evalúo..." sustituirlo por "Valoro...".
20. "... tareas clínicas a otros" incluir "... tareas clínicas **y cuidados...**".
43. En el ejemplo de este elemento incluir "Objetivos...).
51. Sustituir "... apreciar..." por "... valorar o percibir...".
52. "... sobre como mis compañeros piensan que trabajo" modificar como "... sobre como piensan mis compañeros que trabajo".
53. "... los usuarios/pacientes reciban las pruebas..." sustituir por "... a los usuarios/pacientes se les realizan las pruebas...".
55. En este elemento se les daba varias opciones para que eligieran la más clarificadora, optando por "Trabajo con objeto de que...".
61. "Necesito buena capacidad de evaluación para hacer mi trabajo" reformulándose "Para hacer mi trabajo necesito buena capacidad de valoración".
70. Con respecto a este ítem los profesionales de hospitales opinan que no procede ya que ellos no realizan visitas domiciliarias. Los de comunitaria proponen modificar "...usuarios y familias para seguir sus cuidados..." por "usuarios y familias para hacer un seguimiento de sus cuidados".
75. En este elemento a las/os enfermeras/os de hospitales, se les daba varias opciones para que eligieran la más clarificadora, optando por "Tengo facultad de...".

78. Sustituir “...programar...” por “...planificar...”.

95. Cambiar “Suelo enseñar ...” por “Puedo enseñar ...”.

100. Los profesionales de hospitales opinan que no procede ya que no es competencia de ellos. Las/os enfermeras/os comunitaria proponen modificar “... para monitorizar su recuperación...” por “... hacer un seguimiento de su recuperación tras ser dados de alta en el hospital”.

Como conclusión, de los 15 cuestionarios entregados a enfermeras hospitalarias respondieron 10 (66,7% tasa de respuesta), con las siguientes observaciones:

- Demasiado largo 40%
- Se repiten mucho las preguntas de retroalimentación 50%
- Escala muy larga lo que exige pensar 20%
- Se tarda mucho en contestar 30%
- Se repiten mucho determinadas preguntas 10%

Las enfermeras comunitarias de 8 respondieron 7 al cuestionario (87,5% tasa de respuesta), planteando:

- Muy largo 85,71%
- Se repiten demasiado las preguntas sobre mi trabajo, cansa y mosquea 100%
- Escala muy larga lo que exige pensar 57,14%
- Se tarda mucho en contestar 42,85%
- Se repiten mucho determinadas preguntas 42,85%

La tasa de respuesta global fue del 73,9%, con las siguientes aportaciones:

- El 58,8% demasiado largo.

- Se repiten mucho las preguntas de retroalimentación el 58,8%.
- Escala muy larga lo que exige pensar el 35,3%.
- Se tarda mucho en contestar 35,3%.
- El 23,5% señalaron que se repiten mucho determinadas preguntas.
- Se repiten demasiado las preguntas sobre mi trabajo, cansa y mosquea el 41,2%.

A.4.g Adaptación de términos: La respuesta de la Dra. Tonges sobre “*Charge nurse*” (ítem N° 5), manifestó que es la enfermera más experimentada, es la responsable de la gerencia clínica y del personal de enfermería de una unidad específica. Puede o no asumir el cuidado de un paciente y es responsable de supervisar todo lo que se hace en la unidad, actúa como recurso o apoyo a las enfermeras que tenga a su cargo e interviene directamente en emergencias clínicas o en situaciones inusuales, dependen de un supervisor el cual es responsable de una sección del hospital.

Confirmando así que lo más similar a esta enfermera es la supervisora de planta.

Con respecto al ítem N° 99 si se referían a representantes legales contestó que hace referencia a los trabajadores del hospital que son responsables de responder a las peticiones o quejas de los enfermos y familiares, facilitando la resolución de las situaciones planteadas de forma satisfactoria para los mismos.

Podemos plantear que sería similar al Servicio de Atención al Usuario en nuestro medio.

A.4.h Versión definitiva: Como resultado final de todo el proceso de traducción retrotraducción y adaptación transcultural del SNJCI, se elaboró la versión definitiva (Anexo nº 1) del mismo para las enfermeras comunitarias y enfermeras hospitalarias respectivamente, en el que se recogen las aportaciones hechas por los profesionales y se adaptó la escala de medida de cinco posibles respuestas: 1 “nunca” 2 “casi nunca”, 3 “a veces” 4 “casi siempre” y 5 “siempre”. Al estar constituido el instrumento por cien ítems y para evitar un posible error progresivo por efecto de la fatiga, se realizó un contrabalanceo de los mismos en el 50% de los cuestionarios.

B. GRUPOS FOCALES: ESTUDIO CUALITATIVO DE LA SATISFACCIÓN-MOTIVACION EN ENFERMERIA

B.1 INTRODUCCIÓN

Los estudios de motivación laboral en el profesional enfermero en nuestro país, ha iniciado su despegue en la última década, abordándose desde diferentes metodologías, por ello consideramos que como punto de partida deberíamos ver los acontecimientos, acciones, normas, valores, etc., desde la perspectiva de los profesionales que están siendo estudiados, obtener una aproximación global de los conocimientos, actitudes y comportamientos sociales de este colectivo que nos permitiese analizar y seleccionar que factores consideran importantes y cuales no lo son.

Una metodología define cómo se abordará el estudio de cualquier fenómeno. Como indican Denziny y Lincoln (1994) “El positivismo afirma que se pueden lograr explicaciones objetivas del mundo. La investigación cualitativa ofrece, por otro lado, la oportunidad de centrarse en hallar respuestas a preguntas que se centran en la experiencia social, cómo se crea y cómo da sentido a la vida humana”.

La diferencia fundamental entre metodología cuantitativa y cualitativa es que la primera estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas y la metodología cualitativa lo hace en contextos estructurales y situacionales. La investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica. Su validez interna es fuerte, pero no así su validez externa, por lo que sus hallazgos no son generalizables a la población.

La investigación cuantitativa trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de

una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede. Tras el estudio de la asociación o correlación pretende, a su vez, hacer inferencias causales, (en la medida de lo posible), que expliquen por qué las cosas suceden o no de una forma determinada. Su validez interna es débil -es difícil saber si miden lo que quieren medir-, pero es fuerte en validez externa, lo que encuentran es generalizable a la población.

El seleccionar una u otra metodología puede depender de diferentes planteamientos: ¿Se busca la magnitud o la naturaleza del fenómeno?, ¿Se busca un promedio o una estructura dinámica?, ¿Se pretende descubrir leyes o comprender fenómenos humanos?.

La utilización combinada en nuestra investigación de técnicas cuantitativas y cualitativas, tiene por objeto ampliar el campo de investigación en cuanto que la motivación tiene un carácter multifacético, multidimensional que precisa abordar aspectos cualitativos y cuantitativos, por otra parte no debe olvidarse que el uso de diferentes técnicas metodológicas puede contribuir a controlar y corregir los sesgos propios de cada método.

B.2 OBJETIVOS DE LOS GRUPOS FOCALES

1. Conocer las conceptualizaciones teóricas (conocimientos, actitudes, sentimientos, creencias y experiencias) de las/os enfermeras/os de Málaga en cuanto a los factores que afectan a su satisfacción y motivación laboral.

2. Aproximarnos a las vivencias laborales de los profesionales de enfermería en relación a la satisfacción laboral, incentivos.

3. Conocer la experiencia personal de las/os enfermeras/os en su trabajo diario en relación a la satisfacción del mismo.

4. Identificar los elementos que generan satisfacción/insatisfacción en los profesionales de enfermería.

5. Conocer cómo repercute su situación laboral en su vida personal y su vida personal en la laboral.

B.3 METODOLOGÍA

Esta investigación se realizó utilizando una metodología cualitativa de recolección de información mediante grupos focales. Como indica Krueger, (1988) el grupo focal también denominado “entrevista exploratoria grupal”, es una técnica de investigación, en la que a través de una entrevista grupal, se pretende generar datos mediante la interacción espontánea de los participantes, lo más libre posible, y con la guía de un moderador; su objetivo fundamental es comprender el por qué y el cómo las personas piensan o sienten de la manera que lo hacen; predomina el punto de vista personal, en definitiva es una conversación cuidadosamente planificada, diseñada para obtener información de un área de interés determinada, en un ambiente no directivo y permisivo

B.3.a Participantes: Identificación y selección

En este estudio participaron enfermeros/as, que aceptaron de manera voluntaria e informada ser entrevistados/as; fueron seleccionados a través de informantes claves, buscando las siguientes características: que llevaran trabajando mínimo cinco años en el Servicio Andaluz de Salud, en Hospitales y en Atención Primaria; que fueran personas activas profesionalmente, es decir que tuvieran un mínimo de estímulo para seguir formándose; participativas en su unidad o centro de trabajo e innovadores, y un requisito

importante que quisieran participar libremente en los grupos focales a desarrollar; con un total de cuarenta y cinco seleccionados, diez en cada grupo y cinco de reserva.

Se contactó telefónicamente con los diferentes enfermeras/os para solicitarles su participación y el horario de trabajo, con el fin de poder coordinar y planificar los grupos.

En función del nivel de atención donde trabajaban y con respecto a la disponibilidad de tiempo, con base en los turnos de trabajo, se les adscribió a uno de los grupos; una vez seleccionados los participantes, fueron invitados oficialmente, reiterándoles los objetivos del estudio y la metodología de trabajo a seguir, siendo citados posteriormente por teléfono.

B.3.b Recogida de datos

La recolección de datos se hizo por medio de cuatro grupos focales semiestructurados utilizando una guía de preguntas que se había obtenido a partir de una lluvia de ideas, en la que se obtuvo una lista de preguntas, de las que se realizó la selección definitiva a partir de una prueba piloto preliminar para determinar cuáles eran realmente importantes, tras lo cual se posicionaron las preguntas secuencialmente de preguntas generales a específicas y de lo positivo a lo negativo, planteándose que no se debían superar los 15-20 minutos por pregunta temática.

Las entrevistas grupales fueron grabadas en cintas magnetofónicas, previo permiso de los participantes. Tuvieron una duración entre 90 y 120 minutos.

El desarrollo de las entrevistas tuvieron lugar atendiendo al siguiente guión:

- Saludo, bienvenida y presentación del moderador y observador.
- Presentación de los participantes.

IV. Resultados

- Exposición de motivos por los que los participantes han sido seleccionados.
- Información general sobre el tema a tratar, explicándose el propósito de la reunión, introduciendo el tema y sus objetivos, puntualizándose el mantenimiento de la confidencialidad de lo que se hablase durante el taller, recordando que los investigadores tienen la responsabilidad de mantener el anonimato y confidencialidad de lo expresado por los participantes
- Exposición de las normas generales de la reunión, con explicaciones sobre qué es un grupo focal y su funcionamiento, contenido y objetivos de cada una de las preguntas insistiendo en la necesidad de que el participante interviniese con sus propios conocimientos, experiencias y lenguaje. Se solicitó permiso para tomar notas y grabar las intervenciones.
- Introducción general para centrar el tema de debate siguiendo el guión de las preguntas seleccionadas:
 - Desde vuestra experiencia y vivencias personales en el trabajo: ¿Qué elementos influyen en la satisfacción laboral de las/os enfermeras/os?
 - ¿Qué es lo que lleva a las/os enfermeras/os a sentirse insatisfechos/as?
 - Para finalizar ¿Repercute tu situación laboral en tu vida personal? Cómo?
- Finalización de la reunión preguntando a los asistentes si deseaban añadir algo más, agradeciendo posteriormente su interés y participación así como asegurándoles la confidencialidad del desarrollo de la misma.

En el transcurso de la entrevista, se tuvieron en cuenta todos los elementos de satisfacción-insatisfacción, que se iban tratando, con el objetivo de incluir aquellos que no surgían espontáneamente, a través de preguntas concretas hechas por la moderadora.

Se tenía como orientación para su desarrollo el intentar dirigir la charla de una forma abierta pero enfocada a que las respuestas fuesen lo más específicas a la pregunta y lo más exhaustivas y excluyentes posibles, evitando respuestas ambiguas o "muy abiertas". También se debía mantener un cuidadoso control sobre el tiempo.

En el desarrollo del grupo el moderador conduciría la discusión planteando las preguntas y moderando las intervenciones, permitiéndose a los participantes hablar entre sí, hacer preguntas, expresar dudas y opiniones; hizo las veces de moderadora la investigadora (doctoranda) y cada grupo contó con un/a observador/a que fue tomando nota, a través de un impreso para este fin, (Anexo nº 8.B), del comportamiento global del grupo, en términos de reacciones, actitudes y formas de comunicación no verbal: miradas, posturas corporales, etc.; sobre el desarrollo general de la reunión, así como el papel de la moderadora, elementos facilitadores u obstaculizadores. A cada observador se le facilitaron de forma impresa los objetivos del grupo focal, las preguntas a tratar junto con las diferentes categorías y sus contenidos.

Finalmente se cerraba el grupo con un resumen intentando lograr un consenso en las conclusiones finales tras lo que se agradecía a los participantes su asistencia y aportaciones, haciendo hincapié en la importancia de su contribución y en la forma en cómo los datos serían utilizados.

B.3.c Análisis de datos

De cada grupo se ha realizado una transcripción literal de las grabaciones. Con el objetivo de seguir el discurso de cada participante, se les ha adjudicado un código, según Nivel de Atención, “P” para los profesionales de Comunitaria y “H” para los de Hospitales, garantizando al mismo tiempo la confidencialidad y el anonimato de los mismos.

El análisis de contenido de las transcripciones se ha realizado con el siguiente método (Prieto, March, Gutiérrez y Carmona 1998; García y Mateo, 2000):

1. Lectura preliminar de las transcripciones de cada grupo.
2. Reducción de datos, para mediante su simplificación hacerla más abarcable y manejable, para ello se identificaron los fragmentos del texto que hacen referencia a cualquier aspecto relacionado con la satisfacción-insatisfacción laboral.
3. Clasificación, síntesis y agrupamiento en categorías centrales de la temática estudiada, de sus propiedades o subcategorías (aspectos significativos de las categorías).
4. El listado de las categorías se elaboró con base en la bibliografía consultada (Meliá y Peiró, 1989; Meliá y Peiró, 1989^a; Albaina, Díez, Ibáñez, Portillo y Suso, 1995).

Con respecto a la satisfacción, motivación se construyeron siete categorías:

- Calidad del trabajo: Satisfacción-Motivación intrínsecas (**SI**)
- Prestaciones e incentivos (**PI**)
- Retroalimentación social (**RS**)
- Organización del trabajo (**OT**)
- Condiciones laborales (**CL**)

- Con respecto a la supervisión o superiores (**S**)
- Relaciones interpersonales (**RI**)

5. Codificación de todas las transcripciones, es decir, se asignó la categoría correspondiente a los fragmentos de texto.

6. Análisis de contenido de las categorías las cuales fueron guiadas por:

- a. Contenidos comunes inter e intragrupo.
- b. Contenidos poco frecuentes.
- c. Confusiones y contradicciones en el contenido inter e intragrupo.
- d. Información ausente en relación a la pregunta de investigación.

7. Todo este proceso se repitió independientemente por dos analizadores, contrastando los resultados, elaborando previamente las categorías y la sistemática a seguir en el análisis de contenido de las mismas. Este procedimiento garantiza la fiabilidad del método y la validez de los resultados.

B.4 RESULTADOS

Características profesionales de los grupos:

El primer grupo lo constituyeron cuatro enfermeras/os hospitalarias/os y cinco enfermeras/os comunitarias/os, distribuidas en: dos Supervisoras de unidades hospitalarias, dos Adjuntos de Centro de Salud, dos enfermeras de cada nivel de atención y una enfermera de enlace, uno de los seleccionados disculpó su ausencia al grupo, diez minutos antes de comenzar por lo que fue imposible sustituirle, quedando conformado el dicho grupo por nueve profesionales; los siguientes grupos estuvieron formados por cinco enfermeras/os hospitalarias/os y cinco enfermeras/os comunitarias/os, resultando un total

de participantes de 39 profesionales. Aunque en el grupo tres ya hubo saturación en la información recogida, se realizó el cuarto grupo focal para así confirmar la misma.

De acuerdo a la planificación expuesta en el punto de recogida de datos respondieron a las siguientes **preguntas**:

- ✓ Desde vuestra experiencia y vivencias personales en el trabajo: ¿Qué elementos influyen en la satisfacción laboral de las/os enfermeras/os?
- ✓ ¿Qué es lo que lleva a las/os enfermeras/os a sentirse insatisfechos/as?
- ✓ Para finalizar ¿Repercute tu situación laboral en tu vida personal? Cómo?

Se construyeron siete **categorías**: Calidad del trabajo: Satisfacción-Motivación intrínsecas; Prestaciones e incentivos; Retroalimentación social; Organización del trabajo; Condiciones laborales; Con respecto a la supervisión o superiores y Relaciones interpersonales, las cuales son expuestas y analizadas en el apartado de la tesis V.

DISCUSIÓN

IV.2.2 ESTUDIO Y ANÁLISIS DE FIABILIDAD Y VALIDEZ FACTORIAL

A. ANÁLISIS DE FIABILIDAD

Se realizó el análisis de los ítems mediante la expresión corregida del índice de homogeneidad, por dimensiones y por subescalas. En la siguiente Tabla 2.2.1 se muestran los valores de los coeficientes de consistencia interna del SNJCI, uno para cada dimensión, y las correspondientes a las subescalas de cada una de ellas y un coeficiente global del cuestionario. En el Anexo nº 9.A se presentan los índices de homogeneidad de los ítems por dimensiones y subescalas.

DIMENSIONES	Nº de casos	Nº de ítems	Consistencia interna
Importancia de la tarea	541	21	,825
Variabilidad de Destreza	552	8	,412
Identidad Tarea:	549	22	,858
Relación con Trabajo	551	16	,828
Relación Interpersonal	553	6	,680
Autonomía + Atribución Resultados	540	23	,828
Autonomía	542	18	,801
Atribución Resultados	553	5	,503
Retroalimentación Puesto+ F Agentes+ I. Requerida	542	26	,851
Retroalimentación Puesto	555	6	,610
Retroalimentación Agentes	544	13	,836
Interacción Requerida	552	7	,593
SNJCI	518	100	,941

Tabla 2.2.1

Se procedió a seleccionar los ítems cuyo índice de homogeneidad corregido se ha mostrado superior a 0.30, conservándose alguno de ellos bien porque influían negativamente en la consistencia interna, o teniendo en cuenta el contenido temático de algunos ítems, se ha considerado conveniente mantenerlos para preservar la validez de contenido de la dimensión correspondiente.

IV. Resultados

En la Tabla 2.2.2 se presentan el número de ítems que se han suprimido por dimensión y subescalas, el número total de ítems que se conservan, así como la consistencia interna eliminados los ítems (a), la consistencia interna de cada una de ellas inicialmente (b), al igual que la fiabilidad de la escala original (1).

Como podemos observar en dicha Tabla y en la dimensión Importancia de la tarea se eliminaron cuatro ítems aumentando la consistencia interna de 0,825 a 0,865; en Variabilidad de Destreza se excluyó solo un ítem, incrementando la consistencia interna de 0,412 a 0,476; se conservaron el resto de los mismos ya que disminuía al eliminarlos el α de Cronbach de dicha dimensión.

DIMENSIONES	Ítems eliminados	Total ítems	α Eliminados ítems (a)	α Escala inicial (b)	Escala original ¹
ImportanciaTarea	1-10-38-44	17	,865	,825	,84
Variabilidad Dest	5	7	,476	,412	,36
Identidad Tarea:					
Relación Trabajo	6-9-11-74	12	,845	,828	,81
Relación Interperso	51	5	,688	,680	,72
Autonomía	3-20-63-69-89	13	,830	,801	,77
Atribución Result.	40	4	,530	,503	,60
Retroalim. Puesto	-	6	,610	,610	,65
Retroalim. Agentes	7-77-88	10	,852	,836	,85
Interac. Requerida	-	7	,593	,593	,58
SNJCI		81	,946	,941	

Tabla 2.2.2

En cuanto a la subescala de Identidad de la Tarea relacionada con el trabajo se excluyeron cuatro ítems, elevando la consistencia interna de 0,828 a 0,845; siguiendo con

1: Tomado de: Tonges, M. C.; Rothstein, H. y Carter, H. K. (1998). Sources of Satisfaction in Hospital Nursing Practice. A Guide to Effective Job Design. *The Journal of Nursing Administration*, 28(5), 47-61.

esta dimensión en la subescala de Identidad de la Tarea relaciones interpersonales, se prescindió de un ítem, lo que permitió que el α de Cronbach aumentara de 0,680 a 0,688.

En Autonomía se eliminaron cinco ítems, incrementando la consistencia interna a 0,801 de 0,830, manteniendo el ítem número 87 ya que influía negativamente en la consistencia interna de la dimensión; pasando a la Atribución de Resultados se excluyó un elemento presentando una consistencia interna de 0,530; se respetó el ítem número 18 por la importancia del contenido del mismo y por la repercusión negativa en la consistencia interna.

Centrándonos en la dimensión de Retroalimentación se conservaron todos los ítems en las subescalas de Retroalimentación del Puesto e Interacción requerida ya que al eliminarlos disminuía la consistencia interna de ambas; se eliminaron tres ítems en la subescala de Retroalimentación de los agentes incrementándose su α de Cronbach de 0,836 a 0,852.

B. ANÁLISIS FACTORIAL

El cuestionario fue sometido a un análisis factorial de Componentes Principales, inicialmente sin delimitar el número de factores a extraer y posteriormente limitando a cinco el número de factores y cuya solución final ha estado sujeta a una rotación ortogonal Varimax. Este método tiende a minimizar el número de variables que tienen saturaciones altas en un factor. El punto de corte para la permanencia en cada factor ha sido de 0,40 de saturación. Las saturaciones factoriales nos indican el peso que cada variable asigna a cada factor.

IV. Resultados

De los 100 ítems iniciales del SNJCI se conservaron 81 ítems, resultado del análisis de fiabilidad expuesto anteriormente. Tras varias depuraciones se mantuvieron 40 elementos, cuyos resultados fueron los siguientes:

El índice de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de 0,909 y la Prueba de esfericidad de Bartlett muestra un valor significativo (Chi-cuadrado aproximado 9733,82; gl 780; $P < 0,0001$), ambos resultados nos indican que la matriz de datos es adecuada para proceder al análisis factorial.

Se obtuvieron cinco factores que explican el 48,81% de la varianza total, presentando en la Tabla 2.2.3 la varianza total explicada por factor.

Componente	Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4,847	12,117	12,117
2	4,785	11,962	24,078
3	4,154	10,386	34,464
4	2,915	7,288	41,752
5	2,824	7,060	48,812

Tabla 2.2.3

Como podemos observar en la Figura 4.2.2.1, que representa la gráfica de los factores, donde los factores están en el eje de abscisas y los valores propios o autovalores se encuentran en el eje de ordenadas están los tres primeros factores que explican la mayor parte de la variabilidad, y el cuarto y quinto factor que explican una pequeña parte.

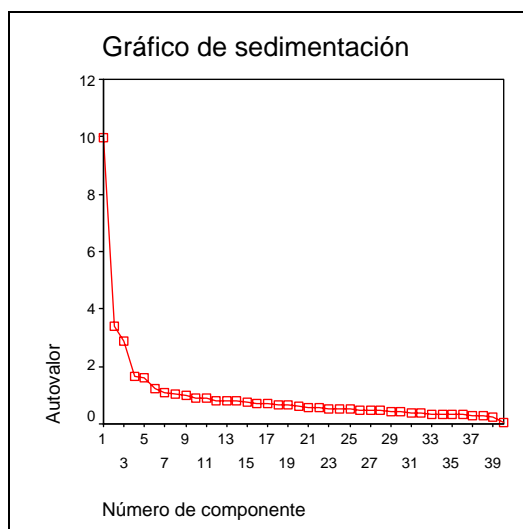


Figura 4.2.2.1

El **componente uno** explica el 12,117% de la varianza total y en él saturan ocho elementos, correspondiendo a Identidad de la Tarea *Relacionado con el trabajo* (Tabla 2.2.4) 30, 36, 45, 68, 70, 92, 100 e Interacción requerida el ítem 99, lo que nos permite denominar a este primer factor como **Identidad de la Tarea**.

30. Mi trabajo con los usuarios y familias comienza antes de que acudan al Centro.
36. Comienzo a trabajar los autocuidados con el usuario desde la primera consulta o visita.
45. Animo a los usuarios a que llamen al centro ante cualquier duda que les pueda surgir.
68. Obtengo información sobre cómo están los usuarios tras una crisis o enfermedad.
70. Realizo visitas domiciliarias a los usuarios y familias para hacer un seguimiento de sus cuidados.
92. Generalmente, cuido a los mismos usuarios y familias.
99. Mi trabajo requiere estar en contacto con la Unidad de Atención al Usuario del centro.
100. Contacto con los pacientes para hacer un seguimiento de su recuperación tras ser dados de alta en el hospital.

Tabla 2.2.4

IV. Resultados

En la Tabla 2.2.5 podemos ver que las comunalidades que presentan las variables que forman el primer factor, es la proporción de varianza explicada por los cinco factores resultantes, todas ellas son superiores a 0,4, queriendo esto decir que los cinco factores explican de la varianza del ítem número 99 el 0,428, siendo el más bajo de todos y del ítem 100 explican el 0,851 siendo ésta la más alta. Con respecto a las saturaciones son superiores a 0,5; el índice de homogeneidad mínimo está próximo al 0,5 y presenta un α de Cronbach de 0,887. La Tabla 2.2.6 muestra los estadísticos descriptivos de los ítems del primer componente.

Ítems	Estructura Factorial		Análisis de ítems y Fiabilidad	
	Comunalidades	Saturación	I. Homogeneidad	α si se elimina el ítem
N30	,428	,564	,493	,887
N36	,667	,748	,739	,866
N45	,469	,531	,565	,882
N68	,594	,705	,691	,872
N70	,858	,903	,847	,853
N92	,503	,630	,603	,878
N99	,428	,563	,523	,885
N100	,851	,900	,853	,851
Porcentaje de varianza= 12,117			α de Cronbach =0,887	

Tabla 2.2.5

Ítems Factor I	Media	Desv Típica
N30	1,967	1,268
N36	2,397	1,383
N45	3,130	1,438
N68	2,393	1,180
N70	1,246	2,060
N92	2,839	1,334
N99	2,699	1,312
N100	1,067	1,805

Tabla 2.2. 6

El elemento que mayor variabilidad presenta es el número 70, con 2,06 y cuyo contenido es el siguiente: *“Realizo visitas domiciliarias a los usuarios y familias para hacer un seguimiento de sus cuidados”*.

Los once elementos (Tabla 2.2.7) que conforman el **segundo factor** son Importancia de la tarea: 50, 65, 82, 84, 86, 93, 95, 97, Retroalimentación del puesto: 37, 42 y Atribución de resultados: 31. Este factor explica el 11,962% de la varianza total y podemos entenderlo como un componente que representa la **Importancia de la tarea**.

31. Las preferencias personales de los enfermos se tienen en cuenta, porque las comento con los médicos (Ejemplo: “prefiero tomar pastillas a que me pinchen”).
37. Los usuarios y familias me informan de cuándo les hago sentirse mejor.
42. Los comentarios que me hacen los usuarios y familias, me sirven para conocer el tipo de trabajo que estoy realizando.
50. Doy a los usuarios y familias información que les ayuda a hacer frente a situaciones de crisis.
65. Atiendo las peticiones de los pacientes moribundos y de su familia.
82. Tranquilizo a los pacientes informándoles de la normalidad de sus respuestas en el curso de la enfermedad o tratamiento.
84. Una parte importante de mi trabajo es ayudar a reducir el miedo y la ansiedad de los usuarios y familias.
86. Enseño a los usuarios y familias cosas que les ayudan a sentirse mejor.
93. Doy apoyo emocional a los usuarios y familias para ayudarles a resistir sus crisis.
95. Puedo enseñar a los usuarios y familias cómo relajarse con eficacia.
97. Tranquilizo a usuarios y familiares en situaciones estresantes.

Tabla 2.2.7

Las comunalidades de las variables están comprendidas entre 0,272 y 0,616; el peso que cada variable asigna a cada factor es superior a 0,443; el índice de homogeneidad está

IV. Resultados

comprendido entre 0,431 y 0,679, elemento 31 y 86 respectivamente, concentrándose los valores mínimos en el ítem 31, presentando esta dimensión una consistencia interna de 0,858 (Tabla 2.2.8).

Ítems	Estructura Factorial		Análisis de ítems y Fiabilidad	
	Comunalidades	Saturación	I. Homogeneidad	α si se elimina el ítem
N31	,272	,443	,431	,857
N37	,415	,515	,495	,850
N42	,357	,506	,507	,849
N50	,479	,642	,593	,843
N65	,332	,452	,448	,856
N82	,576	,734	,634	,840
N84	,515	,675	,596	,843
N86	,616	,735	,679	,836
N93	,608	,744	,671	,837
N95	,501	,693	,578	,844
N97	,373	,509	,470	,852
Porcentaje de varianza= 11,962			α de Cronbach =0,858	

Tabla 2.2.8

Ítems Factor II	Media	Desv Típica
N31	3,431	1,110
N37	3,296	,919
N42	3,614	,985
N50	3,769	,962
N65	4,061	1,149
N82	4,078	,899
N84	4,117	,940
N86	3,784	,952
N93	4,027	,916
N95	3,153	,931
N97	4,229	,781

Tabla 2.2.9

El **tercer factor** da cuenta del 10,386% de la varianza total y en él saturan ocho elementos (Tabla 2.2.10) correspondientes a Retroalimentación de los agentes: 14, 29, 35,

52, 60. Autonomía: 85, 91 y Retroalimentación del puesto: 49; pudiendo interpretar este componente como **Retroalimentación**.

14. La retroalimentación (información) de mi adjunto/a, sobre como desempeño mi trabajo es algo cotidiano.
29. Recibo información de mis compañeros y superiores sobre mi funcionamiento.
35. Mi adjunto/a me informa acerca de mi funcionamiento.
49. Las encuestas a los usuarios y sus escritos (cartas, reclamaciones,...) me permiten saber cómo estoy haciendo mi trabajo.
52. Obtengo información acerca de lo que mis compañeros opinan sobre el trabajo que realizo.
60. Recibo información de las otras enfermeras con que trabajo sobre cómo lo estoy haciendo.
85. En mi centro cuentan con mi opinión en la elaboración de sistemas de cuidados y actuaciones.
91. Mi adjunto/a me anima a que tome decisiones independientes sobre los cuidados de enfermería de mis usuarios y familias.

Tabla 2.2.10

Centrándonos en las comunalidades de los ítems que forman el tercer factor, observamos en la Tabla 2.2.11 que fluctúan entre 0,366 y 0,632; la saturación mínima es de 0,476; el índice de homogeneidad más bajo es de 0,458 y con un α de Cronbach de 0,846.

Ítems	Estructura Factorial		Análisis de ítems y Fiabilidad	
	Comunalidades	Saturación	I. Homogeneidad	α si se elimina el ítem
N14	,566	,694	,658	,819
N29	,615	,759	,657	,821
N35	,632	,763	,705	,812
N49	,366	,532	,458	,845
N52	,578	,750	,580	,829
N60	,549	,728	,593	,828
N85	,428	,476	,508	,837
N91	,454	,538	,559	,834
Porcentaje de varianza= 10,386			α de Cronbach =0,846	

Tabla 2.2.11

Ítems Factor III	Media	Desv Típica
N14	2,549	1,118
N29	2,580	1,008
N35	2,646	1,161
N49	2,610	1,257
N52	2,787	,994
N60	2,916	,990
N85	3,308	1,129
N91	3,102	1,388

Tabla 2.2.12

El **cuarto componente** explica el 7,288% de la varianza total, está formado por siete elementos, (Tabla 2.2.13) distribuidos en Autonomía: 34, 56, 72, 75. Atribución de resultados: 64, Importancia de la tarea: 12 y Variabilidad de destrezas: 28, renombrándole como **Autonomía**.

12. Mediante la prevención de complicaciones, ayudo a mejorar a los pacientes.
28. Utilizo mis conocimientos y habilidades en mi trabajo.
34. Tengo la oportunidad de tomar decisiones independientes acerca de los cuidados de enfermería que realizo a los usuarios y familias (Ejemplo: actividad física diaria, cambios posturales, alimentación).
56. Tengo facultad para elaborar los diagnósticos enfermeros de los usuarios y familias.
64. Puedo relacionar la mejoría de los usuarios y familias, con las intervenciones que he iniciado.
72. Puedo seguir protocolos en la planificación de cuidados para prevenir complicaciones futuras.
75. Tengo facultad para evaluar los resultados de los cuidados enfermeros.

Tabla 2.2.13

Analizando las particularidades del cuarto componente, (Tabla 2.2.14) nos encontramos que los valores de las comunalidades están comprendidos entre 0,269 y 0,514; siendo el menor peso que cada variable asigna a cada factor de 0,424; el elemento número 28 muestra un índice de homogeneidad de 0,276, conservándolo por el contenido

del mismo: “*Utilizo mis conocimientos y habilidades en mi trabajo*” y por no considerar relevante el incremento que se produciría en la consistencia interna o α de Cronbach de la dimensión al eliminarlo, pasando de 0,732 a 0,733.

Ítems	Estructura Factorial		Análisis de ítems y Fiabilidad	
	Comunalidades	Saturación	I. Homogeneidad	α si se elimina el ítem
N12	,384	,555	,423	,706
N28	,278	,462	,276	,733
N34	,395	,505	,405	,709
N56	,483	,542	,546	,676
N64	,269	,424	,380	,715
N72	,514	,584	,554	,672
N75	,469	,621	,541	,675
Porcentaje de varianza= 7,288			α de Cronbach =0,732	

Tabla 2.2.14

Ítems Factor IV	Media	Desv Típica
N12	4,121	,793
N28	4,661	,548
N34	4,056	,841
N56	3,573	1,255
N64	3,544	,791
N72	3,554	1,054
N75	3,717	1,140

Tabla 2.2.15

El último y **quinto factor** da cuenta del 7,06% de la varianza total y está formado (Tabla 2.2.16) por Identidad de la tarea Interpersonales: 4*, 13, 21*, 24, 58 e Interacción requerida: 17. (Los ítems con * están formulados de forma inversa), tomando el nombre de **Contacto Social** o **Interacción requerida**.

4*. Tengo pocas oportunidades de llegar a conocer a los usuarios y familias.
13. Desarrollo estrechas relaciones personales con mis usuarios y sus familias.
17. Hacer mi trabajo implica una gran interacción con los familiares de los usuarios.
21*. En mi cupo o sector, los usuarios se nombran por patologías o problemas porque hay poca ocasión de aprender sus nombres.
24. Llego a conocer a las familias de mi cupo o sector y a sus miembros.
58. Conozco a mis usuarios como personas.

Tabla 2.2.16

En los valores que se exponen en el quinto componente (Tabla 2.2.17) observamos que la comunalidad junto con la saturación y el índice de homogeneidad son los valores mínimos que muestra el ítem número 21: “*En mi cupo o sector, los usuarios se nombran por patologías o problemas porque hay poca ocasión de aprender sus nombres*”; 0,338; -0,493 y 0,386 respectivamente; con 0,742 de consistencia interna.

Ítems	Estructura Factorial		Análisis de ítems y Fiabilidad	
	Comunalidades	Saturación	I. Homogeneidad	α si se elimina el ítem
N4	,361	-,524	,418	,722
N13	,454	,577	,497	,700
N17	,457	,550	,527	,691
N21	,338	-,493	,386	,733
N24	,562	,725	,547	,690
N58	,531	,662	,517	,694
Porcentaje de varianza= 7,060			α de Cronbach =0,742	

Tabla 2.2.17

Ítems Factor V	Media	Desv Típica
N4	3,534	1,033
N13	2,960	1,022
N17	3,392	1,094
N21	3,668	1,101
N24	3,596	,889
N58	3,885	,998

Tabla 2.2.18

Se halló la fiabilidad de la escala global obteniendo todos los elementos un índice de homogeneidad corregido mayor a 0.3, y cuya consistencia interna es de 0,920.

En el Anexo nº 9.B (Tablas B1 y B2,) se presentan las matrices correspondientes al análisis factorial de componentes principales y el análisis de fiabilidad de la escala definitiva (Tablas B3 y B4).

IV.2.3 ANÁLISIS DE CORRELACIÓN

A. SNJCI Y DIMENSIONES CENTRALES DEL PUESTO:

Para presentar estos resultados lo haremos centrándonos en las DCP, asociando los valores más altos de un elemento a la dimensión correspondiente, con un grado de significación del 0,01. En el Anexo nº 9.C (Tablas C1 a C10) se muestran las intercorrelaciones de los diferentes ítems con las mismas.

Las Dimensiones que conservan los ítems descritos por Tonges, Rothstein y Carter (1998) son **Variabilidad de destreza**, **Retroalimentación del puesto** y **Retroalimentación de los agentes**, con unas correlaciones comprendidas entre 0,341 (n28) y 0,524 (n41); 0,453 (n81) y 0,647 (n37) y de 0,258 (n88) a 0,732 (n29) respectivamente.

En **Importancia de la tarea** las correlaciones por ítem se sitúan entre 0,170 en el elemento n44 y 0,690 en el n86. No están asociados o los valores son muy bajos los ítems n10-38-55 y 59. Los elementos n46 y 89, que según las autoras corresponderían a Autonomía, intercorrelacionan en esta dimensión.

La siguiente dimensión a tratar es **Identidad de la tarea relacionada con el trabajo** en la que los ítems n9-26-74-98 presentan correlaciones bajas o ausencia de las mismas,

asociándose a otra dimensión; si ofrecen asociación los elementos n38 y 59 que corresponderían a Importancia de la tarea.

Con respecto a **Identidad de la tarea interpersonal** los valores fluctúan entre 0,352 ítem 74, siendo éste el único elemento que no correspondería a dicha dimensión y 0,678 n58.

En **Autonomía** las intercorrelaciones están comprendidas entre 0,179 n63 y 0,694 n83; no correlacionando los elementos n46 y n89, presentando mayor asociación con esta dimensión el n26, n98 que con Identidad de la tarea relacionada con el trabajo y el n55 con Importancia de la tarea.

Centrándonos en **Atribución de resultados**, excepto el ítem n9 que tendría que estar asociado a Identidad de la tarea relacionada con el trabajo, correlacionan todos los demás descritos por las autoras del cuestionario y sus correlaciones se encuentran entre 0,265 n9 y 0,667 n23.

Para finalizar este apartado presentamos la dimensión **Interacción requerida** que muestra las mismas características que la dimensión anterior, se asocian todos los ítems descritos por las autoras más el n10 que correspondería a Importancia de la tarea, ofreciendo éste la correlación más baja de todos, 0,149 recayendo la más alta en el ítem n17 con 0,634.

B. INTERCORRELACIONES DE LAS DIMENSIONES CENTRALES DEL PUESTO:

Las nueve DCP correlacionan entre sí, siendo significativas a un nivel de 0,01. En la Tabla 2.3.1 se muestran en negritas los valores más altos de cada una de ellas.

Importancia de la tarea (1) presenta una intercorrelación moderadamente alta de 0,647 con Autonomía (5); observamos en **Variabilidad de destreza** (2) correlaciones bajas con todas las dimensiones siendo la más alta con Importancia de la tarea, 0,373; la siguiente dimensión, **Identidad de la tarea relacionada con el trabajo** (3) muestra valores moderadamente altos en Identidad de la tarea interpersonal (4) 0,606 y en **Autonomía** (5) 0,647 y ésta a su vez presenta asociaciones moderadamente altas con **Atribución de resultados** 0, 575 (6), **Retroalimentación del puesto** 0,618 (7) y **Retroalimentación de los agentes** 0,555 (8); por último la dimensión de **Interacción requerida** el valor más alto se obtiene en Identidad de la tarea relacionada con el trabajo (3) 0,593.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Importancia de la tarea (1)		,373(**)	,520(**)	,380(**)	,647(**)	,554(**)	,592(**)	,347(**)	,494(**)
Variabilidad destreza (2)	,373(**)		,227(**)	,163(**)	,316(**)	,238(**)	,263(**)	,207(**)	,296(**)
Identidad tarea trabajo (3)	,520(**)	,227(**)		,606(**)	,647(**)	,416(**)	,519(**)	,420(**)	,593(**)
Identidad tarea interperson (4)	,380(**)	,163(**)	,606(**)		,433(**)	,357(**)	,419(**)	,330(**)	,520(**)
Autonomía (5)	,647(**)	,316(**)	,647(**)	,433(**)		,575(**)	,618(**)	,555(**)	,514(**)
Atribución resultados (6)	,554(**)	,238(**)	,416(**)	,357(**)	,575(**)		,488(**)	,352(**)	,402(**)
Retroalim Puesto (7)	,592(**)	,263(**)	,519(**)	,419(**)	,618(**)	,488(**)		,533(**)	,468(**)
Retroalim Agentes (8)	,347(**)	,207(**)	,420(**)	,330(**)	,555(**)	,352(**)	,533(**)		,348(**)
Interacción requerida (9)	,494(**)	,296(**)	,593(**)	,520(**)	,514(**)	,402(**)	,468(**)	,348(**)	

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 2.3.1

IV.3 RESULTADOS DEL JOB DIAGNOSTIC SURVEY (JDS) (Cuestionario de Análisis y Rediseño de Puestos)

IV.3.1 ESTUDIO DE FIABILIDAD:

Se realizó el análisis de los ítems de las diferentes dimensiones que conforman los Estados Psicológicos Críticos, las Variables Resultados Personales y las Variables Moduladoras, mediante la expresión corregida del índice de homogeneidad, por dimensiones.

En la siguiente Tabla 3.1 se muestran los valores de los coeficientes de consistencia interna de nuestra población de estudio del JDS, uno para cada dimensión y un coeficiente global de la escala, así mismo recogemos la fiabilidad de la versión española, y de la versión original. En el Anexo nº 9.D se presentan los estadísticos descriptivos e índices de homogeneidad de los ítems por dimensiones.

DIMENSIONES	Nº casos	Nº ítems	Población de estudio (1) α	Versión española ² α	Escala original ² α
Est. Psicol. Críticos:	549	14	,653	-	-
Signif. Percib. puesto	554	4	,571	,58	,71
Responsabilidad	549	6	,500	,51	,67
Conoc. resultados	554	4	,295	,38	,71
Resultados Personales:	553	15	,817	-	-
Motivación interna	553	6	,514	,49	,69
Satisfacción General	554	5	,753	,76	,77
Satisfac. autorrealización	555	4	,822	,77	,84
VIV. Moduladoras:	549	16	,751	-	-
Satisfacción contexto:	551	10	,740	-	-
Satisfacción paga	554	2	,845	,79	,86
Satisfacción seguridad	555	2	,796	,62	,73
Satisfacción social	555	3	,595	,45	,87
Satisfac. supervisión	552	3	,858	,68	,87
Intensidad de necesidad de autorrealización	553	6	,874	,76	,87
JDS	543	45	,865	-	-

Tabla 3.1

Como podemos observar en la Tabla anterior el α de Cronbach más bajo lo muestra la subdimensión Conocimiento de resultados próximo a 0,3, correspondiente a los Estados Psicológicos Críticos, siendo todas las demás superiores o iguales a 0,5.

IV.3.2 ANÁLISIS DE CORRELACIONES

A. DIMENSIONES CENTRALES DEL PUESTO Y ESTADOS PSICOLÓGICOS CRÍTICOS:

Los EPC intercorrelacionan entre sí, como se muestra en la Tabla 3.2, observando valores inferiores a 0,203.

² Tomado de: Fuertes Martínez, F., Munduate Jaca, L. y Fortea Bagán, M.A. (1996). *Análisis y rediseño de puestos (Adaptación española del cuestionario Job diagnostic Survey –JDS)*. Castelló de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I.

IV. Resultados

Las **nueve DCP** están asociadas a Responsabilidad, con un grado de significación del 0,01; mostrando los valores más altos en **Variabilidad de destreza** y Autonomía, 0,284 y 0,275 respectivamente. Esta última dimensión está mínimamente vinculada a Conocimiento de resultados con un valor muy bajo de 0,090 y grado de significación del 0,05. No existe relación alguna con el EPC Significado percibido del puesto.

	Significado percibido del puesto	Responsabilidad	Conocimiento de los resultados
Importancia de la tarea	-,047	,267(**)	,013
Variabilidad de destrezas	,000	,284(**)	,079
Identidad de la tarea relacionada con el trabajo	,073	,161(**)	,034
Identidad de la tarea interpersonal	,007	,152(**)	,018
Autonomía	,041	,275(**)	,090(*)
Atribución de resultados	-,039	,210(**)	-,018
Retroalimentación del puesto	,027	,223(**)	,081
Retroalimentación de los agentes	,083	,133(**)	,061
Interacción requerida	,049	,167(**)	,035
Significado percibido del puesto		,141(**)	,203(**)
Responsabilidad	,141(**)		,128(**)
Conocimiento de los resultados	,203(**)	,128(**)	

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 3.2

B. DIMENSIONES CENTRALES DEL PUESTO Y VARIABLES RESULTADO:

La variable resultado, Motivación interna, presenta asociaciones bajas con Satisfacción general, 0,245 y de autorrealización de 0,266 y en esta última observamos en la Tabla 3.3 una correlación moderadamente alta de 0,677 con Satisfacción general.

Los valores de correlación más altos de las diferentes **DCP** se concentran en Satisfacción de autorrealización, con un rango de 0,179 a 0,430. Señalar que así como todas

las dimensiones están asociadas con las tres variables de resultado, con diferentes valores y niveles de significación, no sucede lo mismo con la dimensión **Variabilidad de destreza** la cual está relacionada con Motivación Interna y con Satisfacción de autorrealización y no con Satisfacción general.

	Motivación Interna	Satisfacción General	Satisfacción con la autorrealización
Importancia de la tarea	,216(**)	,235(**)	,267(**)
Variabilidad de destrezas	,118(**)	,066	,179(**)
Identidad de la tarea relacionada con el trabajo	,086(*)	,220(**)	,287(**)
Identidad de la tarea interpersonal	,093(*)	,236(**)	,300(**)
Autonomía	,211(**)	,300(**)	,430(**)
Atribución de resultados	,171(**)	,228(**)	,282(**)
Retroalimentación del puesto	,231(**)	,249(**)	,347(**)
Retroalimentación de los agentes	,168(**)	,291(**)	,347(**)
Interacción requerida	,247(**)	,251(**)	,288(**)
Motivación Interna		,245(**)	,266(**)
Satisfacción General	,245(**)		,677(**)
Satisfacción con la autorrealización	,266(**)	,677(**)	

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 3.3

C. DIMENSIONES CENTRALES DEL PUESTO Y VARIABLES MODULADORAS:

Los valores más altos que presentan las DCP (Tabla 3.4), con las Variables Moduladoras muestran un rango de 0,218 a 498, con un grado de significación de 0,01. Observamos que **Importancia de la tarea**, **Identidad de la tarea relacionada con el trabajo**, **Identidad de la tarea interpersonal** e **Interacción requerida** se relacionan con Satisfacción social, mientras que **Autonomía**, **Atribución de resultados**, **Retroalimentación del puesto** y **de los Agentes** se asocian con Satisfacción con la

IV. Resultados

supervisión y por último Variabilidad de destreza está vinculada con Intensidad de necesidad de autorrealización, no presentando relación alguna con Satisfacción con la paga, Satisfacción con la seguridad en el puesto y Satisfacción con la supervisión. Dicha tabla muestra los valores de correlación entre las diferentes Variables Moduladoras.

	Satisfacción con la paga	Satisfacción seguridad en el puesto	Satisfacción social	Satisfacción con la supervisión	Intensidad de necesidad de autorrealización
Importancia de la tarea	,007	,035	,276(**)	,172(**)	,196(**)
Variabilidad de destrezas	,003	-,024	,218(**)	,055	,270(**)
Identidad de la tarea relacionada con el trabajo	,091(*)	-,030	,241(**)	,210(**)	,160(**)
Identidad de la tarea interpersonal	,110(**)	,086(*)	,261(**)	,231(**)	,087(*)
Autonomía	,101(*)	,015	,342(**)	,400(**)	,189(**)
Atribución de resultados	,101(*)	,043	,209(**)	,228(**)	,175(**)
Retroalimentación del puesto	,105(*)	-,024	,282(**)	,283(**)	,138(**)
Retroalimentación de los agentes	,179(**)	,095(*)	,260(**)	,498(**)	,059
Interacción requerida	,152(**)	,006	,322(**)	,269(**)	,201(**)
Satisfacción con la paga		,179(**)	,218(**)	,264(**)	-,044
Satisfacción seguridad en el puesto	,179(**)		,046	,115(**)	-,059
Satisfacción social	,218(**)	,046		,438(**)	,187(**)
Satisfacción con la supervisión	,264(**)	,115(**)	,438(**)		,040
Intensidad de necesidad de autorrealización	-,044	-,059	,187(**)	,040	

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 3.4

D. ESTADOS PSICOLÓGICOS CRÍTICOS Y VARIABLES DE RESULTADO:

En la Tabla 3.5 se muestran los resultados de la correlación, observando que **Responsabilidad** intercorrelaciona, con un grado de significación de 0,01, con las tres

variables resultado, con un rango de 0,282 y 0,346 correspondiendo ésta última a Motivación interna.

Significado percibido del puesto, presenta el mismo valor de asociación con Satisfacción General y de autorrealización.

Las correlaciones de **Conocimiento de resultado** son muy bajas con Satisfacción general y Motivación interna, mostrando esta el valor más alto.

	Motivación interna	Satisfacción general	Satisfacción con la autorrealización
Significado percibido del puesto	,064	,211(**)	,211(**)
Responsabilidad	,346(**)	,282(**)	,330(**)
Conocimiento de los resultados	,171(**)	-,119(**)	-,020

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 3.5

E. ESTADOS PSICOLÓGICOS CRÍTICOS Y VARIABLES MODULADORAS:

Las intercorrelaciones que se presentan en la Tabla 3.6 tienen valores bajos, estando asociada la **Responsabilidad** a un grado de significación del 0,01 con Satisfacción social, con la supervisión y con Intensidad de necesidad de autorrealización.

El **Significado percibido del puesto** correlaciona con Satisfacción con la paga, Satisfacción social y Satisfacción con la supervisión, mientras que **Conocimiento de resultados** no presenta correlación alguna con las variables moduladoras.

IV. Resultados

	Satisfacción con la paga	Satisfacción seguridad puesto	Satisfacción social	Satisfacción con la supervisión	Intensidad necesidad autorrealización
Significado percibido del puesto	,166(**)	-,071	,121(**)	,121(**)	,071
Responsabilidad	,070	,008	,370(**)	,183(**)	,180(**)
Conocimiento de los resultados	-,016	,007	,031	,029	,022

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 3.6

IV.4 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA COMUNITARIA Y HOSPITALARIA

La **tasa de respuesta** fue del 40,13%, correspondiendo a los Centros de Salud el 27,4% (152) y a Hospitales el 72,6% (403), del total de respuestas, (555), repartidos de la siguiente forma (La Tabla IV recoge la distribución por Centro): Al Hospital Regional Carlos Haya le corresponde el 50,81% de las respuestas, perteneciendo al Pabellón General el 21,62%, el 10,09% al Hospital Civil y al Hospital Materno Infantil el 19,10%. Centrándonos en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria la tasa de respuesta fue del 21,80% con respecto al total de respuestas (555), vinculados al Hospital Clínico el 19,64% y al Hospital Marítimo el 2,16%.

CENTROS	Población General	Porcentaje Población	Respuesta/ /T. Respuesta	
Total C. de Salud	178	12,87	152	27,4%
H Regional Carlos H:	797	57,63	282	50,81%
H General	405	29,28	120	21,62%
H Civil	116	8,39	56	10,09 %
H M-Infantil	276	19,96	106	19,10%
H U V de la Victoria:	408	29,50	121	21,80%
H Clínico	370	26,75	109	19,64%
H Marítimo	38	2,75	12	2,16%
Total Hospitales	1205	87,13	403	72,6%
TOTAL	1383	100	555	40,13%

Tabla IV

IV.4.1 ENFERMERÍA COMUNITARIA:

A. DESCRIPCIÓN GENERAL

La población general está formada por 178 enfermeras/os comunitarias/os, siendo la **tasa de respuesta** del 85,4% (152), fluctuando las mismas por centro, desde el 61,53% al 100% de cuestionarios cumplimentados. Observamos que en doce de los quince Centros, se obtuvo una tasa de respuesta superior al 80%, y en tres de ellos el 100% de las/os enfermeras/os completaron los cuestionarios (Tabla 4.1.1 Tasa de Respuesta por Centro de Salud).

C. Salud	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
Nº Respuesta	10	8	14	10	14	13	8	8	10	10	9	9	10	12	7
T. Respta. %	90,90	100	93,33	83,83	82,35	92,85	61,53	100	76,92	83,83	90	100	90,90	80	70

Tabla 4.1.1

En la Figura 4.1.1 se presentan los porcentajes de respuesta por Centro, con respecto al total de respuestas obtenidas, 152.

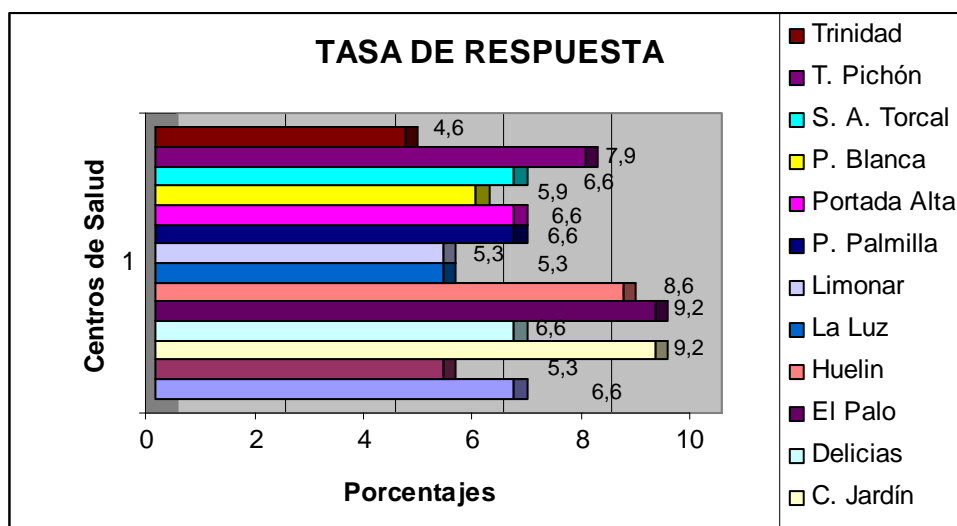


Figura 4.1.1

Los enfermeras/os comunitarias/os que **no dieron respuesta** al cuestionario fueron el 14,61% (26) de los profesionales, disponiendo de información sociolaboral del 65,38% (17) de los mismos, descritos en el Anexo nº 12.A.

B. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS-PROFESIONALES, DE FORMACIÓN-INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

Comenzamos presentando los resultados de las **Variables Sociodemográficas**.

La media de edad de las/os enfermeras/os comunitarios/as que cumplimentaron los cuestionarios, es de 40,01 años, con una desviación típica de $\pm 6,79$, presentando de modas, 35 y 38 años. La Figura 4.1.2 recoge la distribución de la misma.

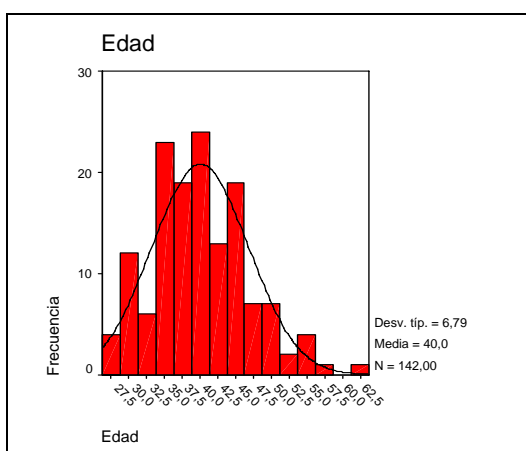


Figura 4.1.2

En cuanto al sexo el 74,3% de los profesionales que respondieron al cuestionario son mujeres, (Figura 4.1.3).

IV. Resultados

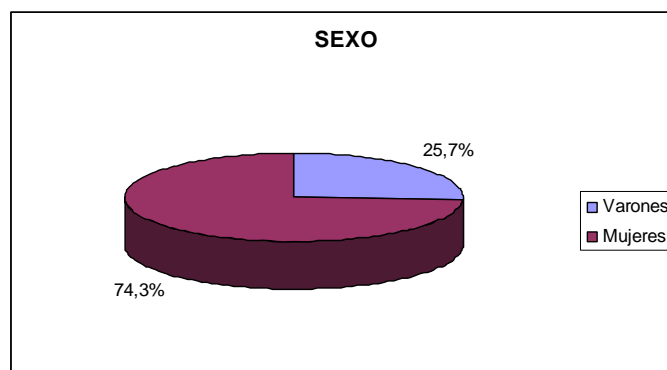


Figura 4.1.3

El 13,8% están solteros; separados o divorciados el 9,2 y el 73,7% casados. En la Tabla 4.1.2 se presentan las frecuencias y porcentajes del Estado Civil.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero/a	21	13,8
Separado/Divorciada	14	9,2
Casado/a	112	73,7
Otros	4	2,6
Total	151	99,3
Perdidos	1	,7
Total	152	100,0

Tabla 4.1.2

En cuanto a las **Variables Profesionales** tenemos que:

El 90,1% son enfermeras/os asistenciales, de los cuales asumen otras responsabilidades el 24,3% como Responsables de Investigación y Docencia, Responsables de Programas de Salud o Enfermeras de Enlace (Figura 4.1.4).

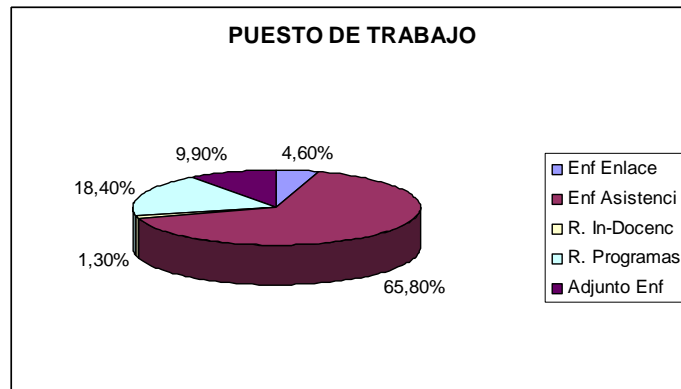


Figura 4.1.4

En cuanto a la situación Administrativa el 49,4 % tienen plaza en propiedad, con interinidad el 36,8% y el 13,8% contrato temporal (Figura 4.1.5).



Figura 4.1.5

El 63,2% tienen turno fijo en el Centro (Figura 4.1.6).

IV. Resultados

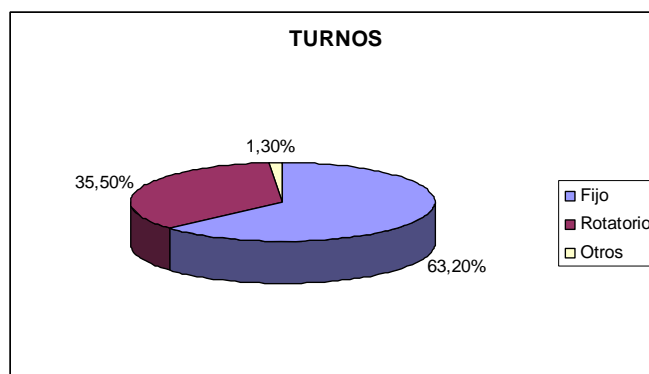


Figura 4.1.6

La media de experiencia laboral es de 16,9 años, con una desviación típica de $\pm 6,54$; la media de permanencia en el trabajo actual es de 7,9 años y de desviación típica de $\pm 5,8$; y el promedio de permanencia en la profesión es de 17,9 años, presentando una desviación típica de $\pm 7,17$. (La Tabla 4.1.3 recoge los estadísticos descriptivos de las tres variables).

	Tiempo Trabajo Actual	Tiempo Trabajo Enfermera/o	Años Acabo Carrera
Media	7,90	16,85	17,87
Desv. típ.	5,82	6,54	7,17
Mínimo	,25	4,00	6,00
Máximo	25,00	33,00	40,00

Tabla 4.1.3

En el último año el 61,8% no presentó ninguna baja por enfermedad (Tabla 4.1.4), correspondiendo al 36,8% entre una y dos bajas laborales y tres o cuatro al 1,3%, destacar que no hubo ningún profesional con más de 4 bajas al año.

Baja Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	94	61,8
1-2	56	36,8
3-4	2	1,3
Total	152	100,0

Tabla 4.1.4

Los motivos por los que eligieron la profesión enfermera (Figura 4.1.7) principalmente fue la “vocación” con el 58,6% del total, seguido de “facilidad de encontrar trabajo” con un 18,4%; 6,6% por “influencia familiar”; correspondiendo a “ser una carrera de cortos estudios” el 5,3%; en quinto lugar estaría “no haber podido acceder a la carrera deseada” con un 4,6%; el sexto lugar recaería sobre “tradicción familiar” con un 2,6%; los dos últimos y con el 1,3% están el “reconocimiento y el salario”.

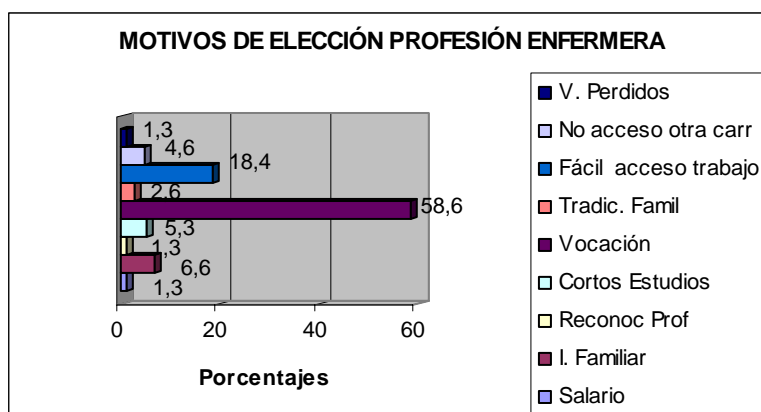


Figura 4.1.7

Los motivos por los que permanecen en la profesión enfermera (Figura 4.1.8), el 79,6% responde que porque “le satisface, le gusta”; mientras que el 10,5% es por “no

poder acceder a otro trabajo”; el 4,6% por “el salario” y con un 2% están el “reconocimiento social y la facilidad de encontrar trabajo”.

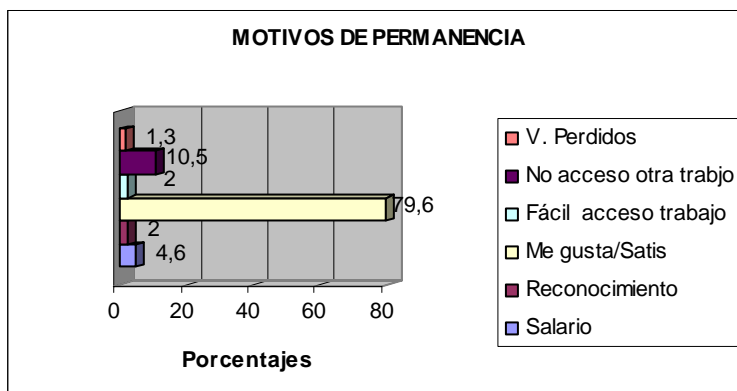


Figura 4.1.8

Variables de Formación-Investigación y Desarrollo Profesional:

Las variables estudiadas fueron, en los tres últimos años, cursos realizados, artículos publicados, proyectos de investigación desarrollados, asistencia a reuniones científicas, comunicaciones presentadas, planes de cuidados desarrollados diariamente, organización funcional del trabajo enfermero, por cupos o sectores, y realización del informe al ingreso hospitalario del usuario.

En la Figura 4.1.9 observamos que el 48% de los sujetos estudiados han realizado más de cuatro cursos frente al 2,7% que no ha realizado ninguno.

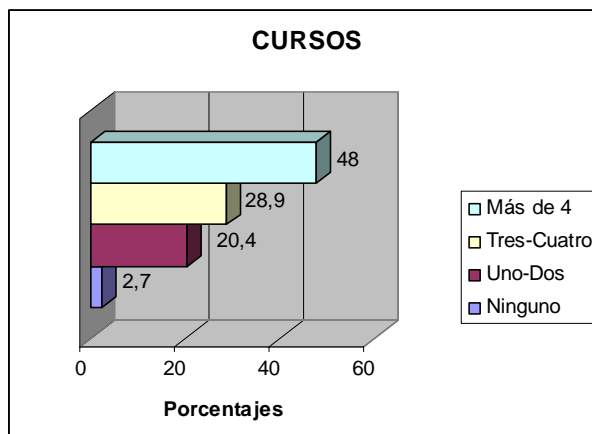


Figura 4.1.9

Con respecto a los artículos publicados (Figura 4.1.10), el 71,1% no tiene ninguna publicación, el 20,4% está entre una y dos publicaciones.

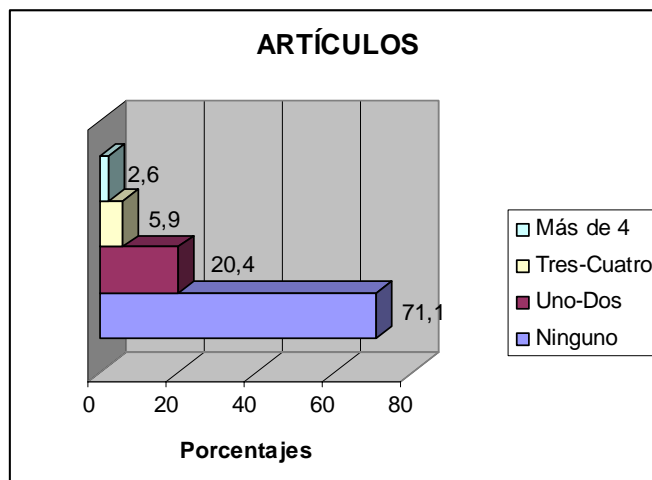


Figura 4.1.10

El 70,3% de las enfermeras no han desarrollado ningún proyecto de investigación (Figura 4.1.11), y el 27% ha realizado uno o dos investigaciones.

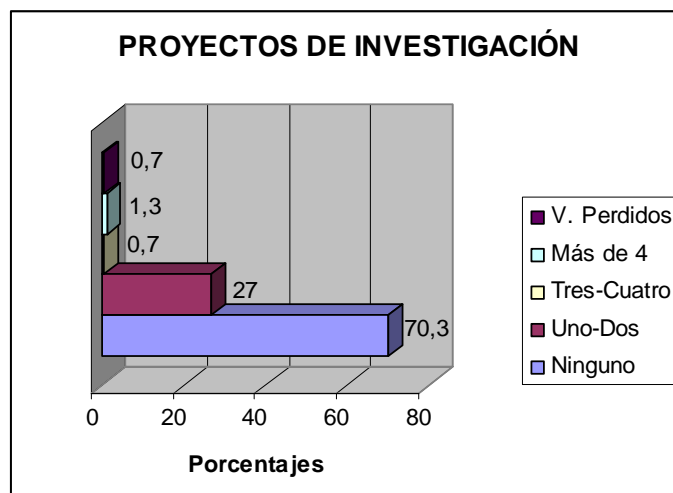


Figura 4.1.11

El 35,5% ha asistido a una o dos reuniones científicas: congresos, jornadas, etc., mientras que el 44,8% ha asistido a más de tres reuniones (Figura 4.1.12).

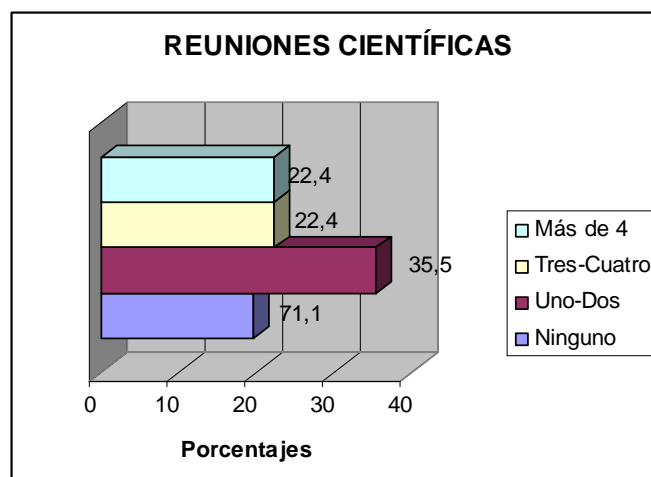


Figura 4.1.12

Las comunicaciones (Figura 4.1.13) presentadas corresponden el 21,7% a una o dos comunicaciones, mientras que el 9,8% están por encima de tres comunicaciones.

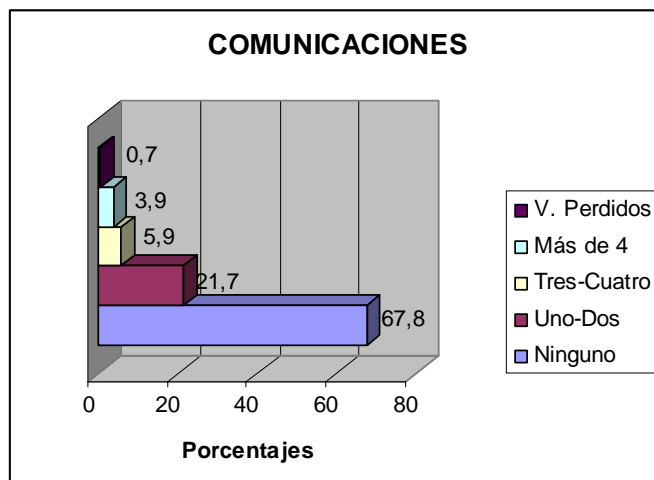


Figura 4.1.13

Haciendo referencia a la elaboración de planes de cuidados (Figura 4.1.14), cerca del 60% realiza diariamente de uno a tres planes de cuidados, frente al 9,3 que no realiza ninguno.

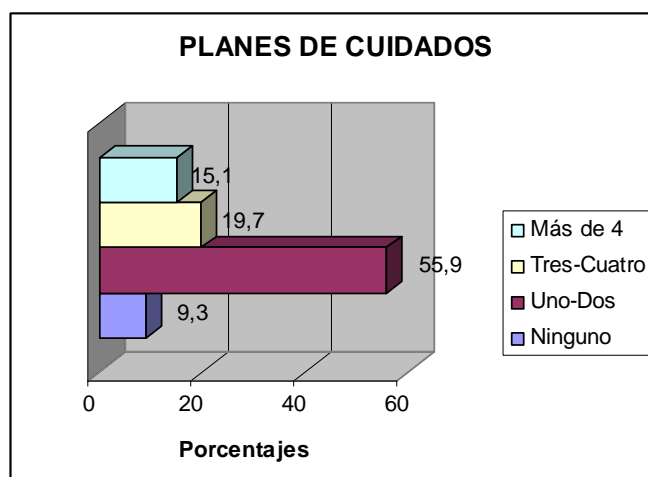


Figura 4.1.14

En cuanto a la organización funcional del trabajo enfermero (Figura 4.1.15), el mayor porcentaje está en el Cupo, correspondiendo el 94,7%.



Figura 4.1.15

El 92,1 % no realizan informe cuando el usuario ingresa en el hospital (Figura 4.1.16).

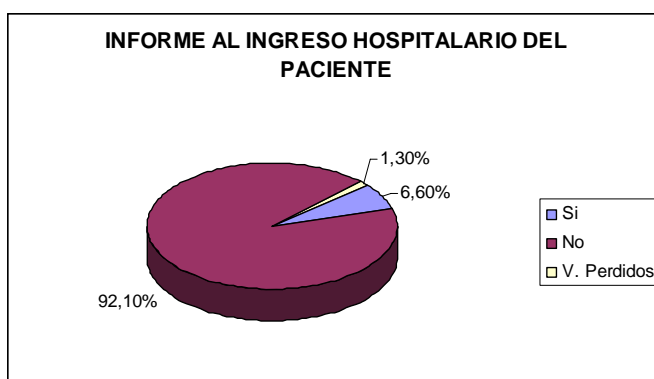


Figura 4.1.16

C. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO ENFERMERO COMUNITARIO

Dado que el contenido de los ítems que conforman el SNJCI nos ayudarán a *describir el trabajo de las/os enfermeras/os comunitarias/os*, presentamos a continuación los elementos que valoramos como más relevantes. Para la presentación de los mismos seguimos las DCP definido por las autoras:

En la **Importancia de la tarea** (Tabla 4.1.5) nos centraremos en los siguientes elementos:

Al ítem nº 10, el 27,6% de los profesionales de enfermería respondieron que dedican más tiempo a los usuarios y familias, mientras que el 17,7% dedican más tiempo a tareas administrativas, destacando que a veces dedican más tiempo a tareas burocráticas el 54,6%.

Con respecto al ítem 12 el 88,2% de las/os enfermeras/os previenen complicaciones siempre y casi siempre.

El 82,2% ayudan siempre y casi siempre a los usuarios y familias a hacer frente a situaciones de crisis mediante información, elemento 50.

Los enfermeras/os que hacen un seguimiento de las pruebas que se realizan a los usuarios, ítem 53, siempre y casi siempre es del 74,4%.

Haciendo referencia al elemento 55, el 82,8% trabajan, siempre y casi siempre, con objeto de que los servicios del centro funcionen bien para los usuarios.

El 98,1%, siempre y casi siempre, enseñan a los familiares lo que necesitan saber para el cuidado del enfermo en su casa, nº 59.

En el ítem nº 62, el 43,4% piensan que a veces ayudan a los pacientes a controlar el dolor, frente al 48% que creen que los ayudan siempre y casi siempre.

IV. Resultados

N° ítem	Nunca %	Casi nunca %	A veces %	Casi siempre %	Siempre %	N° casos
10	7,2	20,4	54,6	13,8	3,9	152
12	-	0,7	11,2	53,3	34,9	152
50	-	2	15,8	57,2	25	152
53	0,7	2,6	22,4	50,7	23,7	152
55	-	2,6	14,5	41,4	41,4	152
59	-	0,7	1,3	39,5	58,6	152
62	0,7	7,9	43,4	35,5	12,5	152
65	-	0,7	13,8	36,8	48,7	152
67	0,7	4,6	31,6	46,1	17,1	152
80	-	2,6	34,9	45,4	17,1	152
82	-	0,7	11,8	55,9	31,6	152
84	-	0,7	17,8	40,8	40,8	152
86	-	0,7	17,1	52	30,3	152
90	0,7	1,3	2,6	38,2	57,2	152
93	-	1,3	15,1	49,3	34,2	152
95	1,3	11,2	52	29,6	5,9	152
97	-	0,7	11,8	44,1	43,4	152

Tabla 4.1.5

El 85,5% de las/os enfermeras/os atienden, siempre y casi siempre, las peticiones de los pacientes moribundos y de su familia correspondiendo al n° 65.

Centrándonos en el n° 67: Identifico características de los usuarios de mi cupo/sector, que alguien que pasase menos tiempo con ellos no observaría, el 31,6% respondieron que a veces, mientras que el 46,1% dijeron que casi siempre y siempre el 17,1%.

Los profesionales que se aseguran, casi siempre de que el cuidado de los usuarios y familias se coordina con otras disciplinas y servicios, es del 45,4% y siempre el 17,1%, perteneciente al elemento 80.

El 87,5%, ítem 82, tranquilizan a los pacientes, siempre y casi siempre, informándoles de la normalidad de sus respuestas en el curso de la enfermedad o tratamiento.

Consideran una parte importante de su trabajo ayudar a reducir el miedo y la ansiedad de los usuarios y familias, n° 84, siempre y casi siempre el 81,6%.

El n° 86 trata de enseñar a los usuarios y familias cosas que les ayudan a sentirse mejor, respondiendo que siempre y casi siempre lo hacen el 82,3% de las/os enfermeras/os.

A través de la enseñanza a los usuarios y familias sobre cómo se deben cuidar por sí mismos, ítem 90, potencian el autocuidado, siempre y casi siempre el 95,4%.

Al contenido del elemento 93: Doy apoyo emocional a los usuarios y familias para ayudarles a resistir sus crisis, respondieron que siempre y casi siempre el 83,5% de los profesionales estudiados.

Destacamos en el ítem 95, que el 52% de las/os enfermeras/os pueden a veces, enseñar a los usuarios y familias cómo relajarse con eficacia, frente al 35,5% que lo hacen siempre y casi siempre.

El 87,5% de los profesionales respondieron al n° 97 siempre y casi siempre tranquilizan a usuarios y familiares en situaciones estresantes.

De la dimensión **Variabilidad de destreza**, mostramos en la Tabla 4.1.6 los siguientes ítems:

Al n° 22: Los procedimientos que realizo son bastante complejos, el 56,6% responden que a veces, frente al 27% casi nunca.

El 28,3% consideran, en el elemento 25, que casi nunca hay mucha monotonía y rutina en el cuidado que realizan, mientras que el 52,6% señala que a veces.

N° ítem	Nunca %	Casi nunca %	A veces %	Casi siempre %	Siempre %	N° casos
22	5,3	27	56,6	10,5	0,7	152
25	11,2	28,3	52,6	5,9	2	152
41	0,7	4,6	27,6	28,3	38,8	152
61	-	0,7	15,8	30,9	52,6	152

Tabla 4.1.6

En las diferentes categorías del ítem 41, especificaron el 67,1% que casi siempre y siempre su trabajo abarca desde proporcionar cuidados manuales sencillos a actuar en situaciones clínicas complicadas.

Hay que destacar que, n° 61, consideran necesaria una buena capacidad de valoración para realizar su trabajo, siempre y casi siempre el 83,5%.

Los elementos que presentamos a continuación corresponden a la dimensión **Identidad de la Tarea relacionada con el trabajo** (Tabla 1.7):

El elemento n° 2 muestra los siguientes porcentajes: 69,8% de los profesionales de enfermería informan a los usuarios siempre y casi siempre de lo que pueden esperar de los servicios que se desarrollan en el centro.

Del n° 6 queremos resaltar que el 84,9% hacen una valoración del usuario siempre y casi siempre, para priorizar los cuidados.

El 42,8% opinan que la organización de su centro le permite, casi siempre, atender a los mismos usuarios y familias, frente al 19,7% que señalan que siempre, n° 19.

Conocen lo suficiente a las familias y usuarios, ítem 26, como para fijar prioridades en la prestación de sus cuidados, casi siempre el 62,5% de los profesionales estudiados, siendo éste el elemento que muestra menor dispersión en sus respuestas.

N° ítem	Nunca %	Casi nunca %	A veces %	Casi siempre %	Siempre %	N° casos
2	-	3,9	26,3	50,7	19,1	152
6	0,7	2,6	11,8	48,7	36,2	152
19	3,9	5,3	28,3	42,8	19,7	152
26	-	2,6	25,7	62,5	9,2	152
36	-	3,3	21,7	46,7	28,3	152
45	0,7	1,3	17,8	33,6	46,7	152
68	-	5,3	38,2	45,4	11,2	152
70	0,7	-	3,9	33,6	61,8	152
92	-	4,6	19,1	45,4	30,9	152
94	2	2,6	18,4	48,7	28,3	152
98	0,7	9,2	31,6	39,5	19,1	152
100	2	3,9	23,7	43,4	27	152

Tabla 4.1.7

Las/os enfermeras/os que comienzan a trabajar los autocuidados con el usuario desde la primera consulta o visita siempre y casi siempre son el 75% de los profesionales.

En el elemento 45 el 80,3% animan, siempre y casi siempre, a los usuarios a que llamen al centro ante cualquier duda que les pueda surgir.

Los porcentajes en el ítem 68 varían, en la obtención de información sobre cómo están los usuarios tras una crisis o enfermedad, de 38,2 a 45,4% de a veces a casi siempre respectivamente.

Realizan visitas domiciliarias a los usuarios y familias para hacer un seguimiento de sus cuidados, n° 70, siempre y casi siempre el 95,4%.

Generalmente, cuidan a los mismos usuarios y familias el 76,3% siempre y casi siempre, ítem 92.

Con respecto al cuidado de los usuarios y familias a lo largo de las diferentes etapas de su vida, n° 94, el 77% responden que siempre y casi siempre.

IV. Resultados

En el n° 98 el 58,6% elaboran siempre y casi siempre el proceso de cuidados junto con el usuario, frente al 31,6% que lo hacen a veces.

Como continuidad de cuidados, el 70,4% contactan con los pacientes, siempre y casi siempre, para hacer un seguimiento de su recuperación tras ser dados de alta en el hospital, frente al 23,7% que lo hacen a veces, elemento 100.

Los ítems que exponemos a continuación, Tabla 4.1.8 corresponden a la dimensión

Identidad de la Tarea interpersonal:

El n° 21 hace referencia a que en su cupo o sector, los usuarios se nombran por patologías o problemas porque hay poca ocasión de aprender sus nombres, el 82,2% manifiesta que nunca y casi nunca sucede, frente al 17,8% que responden que a veces y casi siempre.

N° ítem	Nunca %	Casi nunca %	A veces %	Casi siempre %	Siempre %	N° casos
21	43,4	38,8	12,5	5,3	-	152
24	0,7	0,7	22,4	55,3	21,1	152
58	-	1,3	19,1	41,4	38,2	152

Tabla 4.1.8

El 76,4% de los encuestados llegan a conocer siempre y casi siempre, a las familias de su cupo o sector y a sus miembros, elemento 24.

Conocen a sus usuarios como personas, n° 58, siempre y casi siempre el 79,6%.

La siguiente dimensión que describiremos corresponde a **Autonomía** (Tabla 4.1.9):

Al ítem 16 contestaron el 53,3% que la toma de decisiones clínicas, en actuaciones propias de enfermería, casi nunca y nunca, está restringida por procedimientos y políticas del centro, mientras que el 31,6% señalaron que a veces.

El 92,8% toman sus propias decisiones, siempre y casi siempre, sobre qué enseñar a los usuarios y familias (Ejemplo: Tipo de dieta a seguir, ejercicio físico), elemento 32.

Tienen la oportunidad de tomar decisiones independientes, siempre y casi siempre el 95,4%, acerca de los cuidados de enfermería que realizan a los usuarios y familias (Ejemplo: actividad física diaria, cambios posturales, alimentación), n° 34.

El 77% de los profesionales en el ítem 56, tienen facultad para elaborar los diagnósticos enfermeros de los usuarios y familias, siempre y casi siempre.

N° ítem	Nunca %	Casi nunca %	A veces %	Casi siempre %	Siempre %	N° casos
16	18,4	34,9	31,6	11,2	3,9	152
32	0,7	1,3	5,3	47,4	45,4	152
34	-	0,7	3,9	34,2	61,2	152
56	0,7	2,6	19,7	34,2	42,8	152
69	-	7,9	30,3	36,8	25	152
75	0,7	7,2	19,7	42,8	29,6	152
78	0,7	3,9	27	38,8	29,6	152
83	-	0,7	8,6	33,6	57,2	152
85	1,3	8,6	32,2	43,4	14,5	152
87	18,5	47,7	27,2	5,3	1,3	151
91	5,4	8,8	27,7	30,4	27,7	148

Tabla 4.1.9

En cuanto a la facultad para iniciar actuaciones de emergencia, el 61,8% respondieron que siempre y casi siempre, frente al 30,3% que señalaron que a veces.

El 72,4% tienen facultad, siempre y casi siempre, para evaluar los resultados de los cuidados enfermeros, n° 75.

IV. Resultados

En el elemento 78, el 68,4% reconocieron poder planificar su propio trabajo, siempre y casi siempre, frente al 27% que respondieron a veces.

El 90,8% observaron tener libertad, siempre y casi siempre, para ajustar los planes de cuidados del usuario ante un cambio de sus necesidades, n° 83.

Perciben que en su centro cuentan con su opinión en la elaboración de sistemas de cuidados y actuaciones, casi siempre el 43,4%, mientras que el 9,9% sienten que nunca y casi nunca cuenta su opinión, frente al 14,5% que plantean que siempre, elemento n° 85.

El ítem 87 presenta un caso perdido, respondiendo el 66,2% de la muestra que nunca y casi nunca, no pueden conseguir para los usuarios lo que piensan que precisan, ya que los médicos no tienen en cuenta su opinión (Ejemplo: cambio de alimentación), mientras que el 27,2% respondieron que a veces.

Destacar que el ítem 91 presenta cuatro casos perdidos, respondiendo al mismo el 58,1% que su adjunto/a le anima, siempre y casi siempre, a que tome decisiones independientes sobre los cuidados de enfermería de sus usuarios y familias.

Los elementos que subrayamos a continuación (Tabla 4.1.10) forman parte de la dimensión **Atribución de resultados:**

Señalando el 46,1% que casi siempre pueden identificar su contribución personal a través de los resultados alcanzados por los usuarios y familias, n° 23, frente a un 42,1% que responden a veces.

N° ítem	Nunca %	Casi nunca %	A veces %	Casi siempre %	Siempre %	N° casos
23	-	3,9	42,1	46,1	7,9	152
31	4,6	6,6	39,5	36,8	12,5	152

Tabla 4.1.10

En el ítem 31 el 49,3% observan que las preferencias personales de los enfermos se tienen en cuenta, siempre y casi siempre, porque las comentan con los médicos (Ejemplo: “prefiero tomar pastillas a que me pinchen”) mientras que el 39,5% perciben que lo consiguen a veces.

Centrándonos en la dimensión **Retroalimentación del puesto** (Tabla 4.1.11)

El 62,5% pueden deducir por la evaluación de cuidados, siempre y casi siempre, cuando han solucionado el problema de un usuario y familias, n° 15, frente a los que responden a veces, 31,6%.

N° ítem	Nunca %	Casi nunca %	A veces %	Casi siempre %	Siempre %	N° casos
15	-	5,9	31,6	48	14,5	152
37	-	6,6	41,4	43,4	8,6	152
54	3,3	9,9	29,6	36,2	21,1	152

Tabla 4.1.11

Los usuarios y familias le informan de cuándo les hacen sentirse mejor, a veces un 41,4% y casi siempre un 43,4%, ítem 37.

El 57,3%, en el n° 54, pueden utilizar los datos clínicos, (Ejemplo: signos vitales, resultados de laboratorio) para conocer su efectividad, siempre y casi siempre.

Siguiendo con la dimensión de retroinformación nos centramos a continuación (Tabla 4.1.12) en **Retroalimentación de los agentes**:

El 46,1% cree que en su centro, a veces se informan mutuamente acerca de su práctica, mientras que el 38,2% perciben que casi siempre, n° 7.

En el elemento 14 el 2% (3) no respondieron al mismo, señalando el 21,5% creen que siempre y casi siempre, la retroalimentación de su adjunto/a, sobre como desempeña su trabajo es algo cotidiano, mientras que el 26,8% perciben que casi nunca, seguido del 42,3% a veces.

El 44,7% observan que a veces los médicos le indican cuándo están de acuerdo con sus sugerencias, n° 39, frente a un 30,3% que responden casi siempre y siempre.

N° ítem	Nunca %	Casi nunca %	A veces %	Casi siempre %	Siempre %	N° casos
7	0,7	3,9	46,1	38,2	11,2	152
14	9,4	26,8	42,3	18,1	3,4	149
39	6,6	18,4	44,7	20,4	9,9	152
77	1,3	7,9	27	46,1	17,8	152
79	11,2	20,4	50	13,2	5,3	152
96	4,6	31,6	41,4	19,1	3,3	152

Tabla 4.1.12

El 63,9% sabe, siempre y casi siempre, si otros compañeros quieren trabajar con él.

El ítem 79, informa sobre si los médicos le dicen lo que piensan de los cuidados que dispensa, señalando el 50% de los sujetos estudiados que a veces y un 20,4% que casi nunca.

Los miembros del equipo de salud le dicen lo que piensan sobre el cumplimiento de su trabajo, casi nunca el 31,6%, señalando el 41,4% que a veces, n° 96.

Para finalizar el SNJCI exponemos los resultados de los ítems de **Interacción requerida** (Tabla 4.1.13), que consideramos más relevantes atendiendo a su contenido:

El 93,5% determinan que, en el elemento 27, hablar con los usuarios y familias es una parte esencial de su trabajo, siempre y casi siempre.

En el ítem 48, el 82,2% de los sujetos estudiados establecen que su puesto requiere trabajar de cerca con otros miembros del equipo de salud, siempre y casi siempre.

N° ítem	Nunca %	Casi nunca %	A veces %	Casi siempre %	Siempre %	N° casos
27	-	1,3	5,3	34,9	58,6	152
48	-	0,7	17,7	35,5	46,7	152
57	0,7	7,9	35,8	25,8	29,8	151
99	4	10,6	27,8	30,5	27,2	151

Tabla 4.1.13

Señalan que necesitan coordinarse con otros profesionales de salud y de otros sectores, para conseguir un trabajo bien hecho (Ejemplo: Enfermera de Salud Mental, Educación, Servicios Sociales), n° 57, a veces el 35,8% y casi siempre y siempre el 55,6%, presentando un caso perdido este ítem.

Por último, el ítem n° 99, el 57,7% perciben que su trabajo requiere estar en contacto con la Unidad de Atención al Usuario del centro, siempre y casi siempre, frente al 27,8% que responden a veces.

D. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE COMO PERCIBEN EL TRABAJO ENFERMERO Y CÓMO SE SIENTEN EN SU DESEMPEÑO Y DESARROLLO PROFESIONAL LAS/OS ENFERMERAS/ COMUNITARIAS/OS

Describimos a continuación *como perciben el trabajo enfermero* a través de los Estados Psicológicos Críticos: Significado percibido del puesto, Responsabilidad y Conocimiento de resultados, los cuales presentan una escala de 1 a 7.

Con respecto al **Significado percibido del puesto**, ítem ja7, el 72,3% señalan que están de acuerdo y totalmente de acuerdo con que el trabajo que desempeñan en su puesto tiene mucho significado para ellos, mientras que el 13,2% indican estar un poco de acuerdo.

La dimensión de **Responsabilidad** (Tabla 4.1.14) va a estar descrita por los siguientes elementos:

A la afirmación (ja8): Siento un nivel muy alto de responsabilidad personal por el trabajo que realizo en este puesto, responden que están de acuerdo y totalmente de acuerdo el 76,8% y un poco de acuerdo el 15,8%.

El 79,6% están de acuerdo y totalmente de acuerdo con la aseveración del ítem ja12: Siento que debo responsabilizarme personalmente por los resultados correctos o incorrectos de mi trabajo; estando un poco de acuerdo con la misma el 13,2%.

Nº ítem	Totalmente desacuerdo %	En desacuerdo %	Un poco desacuerdo %	Neutral %	Un poco de acuerdo %	De acuerdo %	Totalmente de acuerdo %	Nº casos
Ja8	-	1,3	2	3,9	15,8	44,7	32,2	152
Ja12	0,7	0,7	2	3,9	13,2	48	31,6	152
Ja15	2	7,2	9,9	7,2	9,9	41,4	22,4	152

Tabla 4.1.14

El contenido del ja15: El que haga bien o mal mi trabajo es enteramente de mi responsabilidad, con este elemento están de acuerdo y totalmente de acuerdo el 63,8%, distribuyéndose el 19,1% entre totalmente en desacuerdo y un poco en desacuerdo.

La tercera y última dimensión que conforman los Estados Psicológicos Críticos es **Conocimiento de los resultados:**

Normalmente, saben si su desempeño es correcto o no, estando el 75,7% de acuerdo y totalmente de acuerdo, ja5.

En el n° ja11: Con frecuencia tengo dudas al pensar si estoy haciendo bien o mal mi trabajo; exponen el 32,2% estar totalmente en desacuerdo y en desacuerdo, frente al 17,8% que están de acuerdo y totalmente de acuerdo, pasando el 28,9% a estar un poco de acuerdo.

A través de las variables de Resultados Personales, describimos *como se sienten en su desempeño y desarrollo profesional*, en cuanto a Motivación interna, Satisfacción General y Satisfacción con la autorrealización.

En la dimensión **Motivación interna** (Tabla 4.1.15):

Están de acuerdo y totalmente de acuerdo el 81,6% con que su opinión de sí mismo/a mejora o aumenta cuando hace bien su trabajo, n° ja2.

La afirmación de: Siento una gran satisfacción personal cuando hago bien mi trabajo, pertenece al ítem ja6, contestando el 92,8% que están totalmente de acuerdo y de acuerdo, posicionándose todos en alguna alternativa de la escala, excepto en el valor neutral.

N° ítem	Totalmente desacuerdo %	En desacuerdo %	Un poco desacuerdo %	Neutral %	Un poco acuerdo %	De acuerdo %	Totalmente de acuerdo %	N° casos
Ja2	3,3	2	1,3	3,3	8,6	36,2	45,4	152
Ja6	0,7	2	0,7	-	3,9	30,3	62,5	152
Ja10	3,9	2,6	2,6	2	7,9	46,7	34,2	152

Tabla 4.1.15

En el elemento ja10: Me siento mal o insatisfecho/a cuando me doy cuenta de que no he hecho bien mi trabajo, señalan el 80,9% estar de acuerdo y totalmente de acuerdo.

La dimensión **Satisfacción General** (Tabla 4.1.16) la describimos a través de los ítems siguientes:

Con el contenido del ja3: En general, estoy muy satisfecho/a con este trabajo, están de acuerdo el 52,6%, un poco de acuerdo el 20,4% y totalmente de acuerdo el 8,6%.

Están en desacuerdo y total desacuerdo el 59,9% de las/os enfermeras/os con la afirmación de: Con frecuencia pienso en dejar este puesto, perteneciente al n° ja9.

N° ítem	Totalmente desacuerdo %	En desacuerdo %	Un poco desacuerdo %	Neutral %	Un poco acuerdo %	De acuerdo %	Totalmente de acuerdo %	N° casos
Ja3	0,7	5,3	6,6	5,9	20,4	52,6	8,6	152
Ja9	34,2	25,7	8,6	11,2	11,8	3,9	4,6	152
Ja13	0,7	2,6	2,6	5,9	11,8	56,6	19,7	152

Tabla 4.1.16

El 76,3% indican estar de acuerdo y totalmente de acuerdo en que en general, están satisfechos/as con el tipo de trabajo que desempeñan en su puesto, ja13.

La última dimensión de las variables de Resultado es **Satisfacción con la autorrealización**, (Tabla 4.1.17):

De los sujetos estudiados afirman el 48% estar satisfechos del grado de realización y de desarrollo personal que obtienen al desempeñar su puesto, n° jb3, algo satisfechos el 19,7%, frente a muy insatisfecho, insatisfecho y algo insatisfecho del 17,2%.

Están satisfechos con respecto al ítem jb6, el 50,7%: El sentimiento de autorrealización que obtengo al hacer mi trabajo, mientras que el 19,1% están algo satisfechos y el 11,8 muy satisfechos.

Con respecto al grado de independencia de ideas y acción que pueden ejercer en su puesto, n° jb10, están algo satisfechos y satisfechos el 62,5%, y muy satisfechos el 7,2%.

N° ítem	Muy insatisfecho %	Insatisfecho %	Algo insatisfecho %	Neutra l %	Algo satisfecho %	Satisfecho %	Muy satisfecho %	N° casos
Jb3	0,7	7,9	8,6	11,8	19,7	48	3,3	152
Jb6	1,3	2,6	4,6	9,9	19,1	50,7	11,8	152
Jb10	1,3	3,3	13,2	12,5	28,3	34,2	7,2	152
Jb13	2,6	5,3	8,6	13,2	23,7	40,8	5,9	152

Tabla 4.1.17

El 64,5% sostienen que están algo satisfechos y satisfechos en el ítem jb13: La medida en que mi puesto es estimulante.

Las variables Moduladoras nos ayudarán a describir como se siente el profesional de enfermería con respecto a la Satisfacción con el contexto (Satisfacción con la paga, con la seguridad en el puesto, Satisfacción social y con la supervisión) y con la Intensidad de necesidad de autorrealización.

Los resultados de la dimensión **Satisfacción con la paga** son los siguientes:

Correspondiendo al n° jb2: La cantidad de la paga y los complementos que reciba;

IV. Resultados

estando muy insatisfechos e insatisfechos el 48,7%, algo insatisfechos el 19,1 y algo satisfechos el 18,4%.

En relación a la medida en que su contribución a la organización o empresa está bien pagada, jb9, el 42,1% responden estar muy insatisfechos e insatisfechos con la misma, algo insatisfechos el 21,7%, algo satisfecho el 12,5% y satisfechos el 9,2% de las/os enfermeras/os estudiados.

Presentamos a continuación la dimensión **Satisfacción con la seguridad en el puesto:**

Con respecto al ítem jb1: Grado de seguridad o estabilidad que tengo en el puesto, el 34,9% se sitúan en la escala entre muy insatisfecho e insatisfecho, frente al 43,4% que se posicionan en el extremo contrario, satisfecho y muy satisfecho.

Centrándonos en la seguridad que sienten respecto a su futuro en la organización o empresa, jb11, el 38,1% dicen estar muy insatisfechos e insatisfechos, mientras que el 25% aseguran estar satisfechos y muy satisfechos.

En la Tabla 4.1.18 se muestran los porcentajes de los elementos que configuran la dimensión **Satisfacción social:**

En el elemento jb4, que hace referencia a la gente con la que hablan y con la que trabajan en su puesto, se sienten muy satisfechos y satisfechos el 70,4%.

Nº ítem	Muy insatisfecho %	Insatisfecho %	Algo insatisfecho %	Neutral %	Algo satisfecho %	Satisfecho %	Muy satisfecho %	Nº casos
Jb4	1,3	0,7	4,6	9,2	13,8	60,5	9,9	152
Jb7	-	0,7	1,3	11,8	16,4	55,9	13,8	152
Jb12	0,7	0,7	2	1,3	15,1	56,6	23,7	152

Tabla 4.1.18

El 69,7% señalan estar muy satisfechos y satisfechos con la oportunidad de conocer otras personas mientras realizan su trabajo, jb7.

Centrándose en la posibilidad de ayudar a otras personas mientras trabajan, correspondiente al ítem jb12, señalan que están muy satisfechos y satisfechos el 80,2% de las/os enfermeras/os.

Continuando con las variables Moduladoras, la siguiente dimensión correspondería a **Satisfacción con la supervisión** (Tabla 4.1.19):

Mantiene el 61,2% que están muy satisfechos y satisfechos del grado de respeto y de trato justo que recibe de su jefe, n° jb5.

Respecto al grado de orientación y de apoyo que reciben de su supervisor/a, correspondiendo al ítem jb8, aseguran estar muy satisfechos y satisfechos el 44,6%, destacando que existe un 18% que se sitúa en el punto central, ni satisfecho ni insatisfecho, presentando dos valores perdidos.

N° ítem	Muy insatisfecho %	Insatisfecho %	Algo insatisfecho %	Neutral %	Algo satisfecho %	Satisfecho %	Muy satisfecho %	N° casos
Jb5	3,9	4,6	5,3	11,8	13,2	46,7	14,5	152
Jb8	4	5,3	8	18	20	39,3	5,3	150
Jb14	4,6	3,9	12,5	30,3	17,1	28,9	2,6	152

Tabla 4.1.19

Al elemento jb14: La calidad global de la supervisión que recibo en mi trabajo, cerca de un tercio de los sujetos estudiados se posicionan en la parte neutral de la escala, mientras que el 28,9% parecen estar satisfechos con la calidad de la supervisión.

IV. Resultados

Para finalizar la descripción de *como se sienten en el desarrollo profesional*, pasamos a mostrar los resultados correspondientes a **Intensidad de necesidad de autorrealización**, (Tabla 4.1.20) recordamos que la escala utilizada en esta dimensión (de 4 a 10) es diferente a las escalas anteriores y en la que se pretende medir el grado en que les gustaría tener en su puesto de trabajo las siguientes características:

Con respecto a tener un trabajo estimulante y retador, n° jd2, el 31,5% les gustaría tenerlo mucho y mucho más, seguido de bastante más y muchísimo el 56,5% de las/os enfermeras/os.

Centrándonos en el n° jd3: Posibilidad de pensar y actuar con independencia en mi puesto, afirman que les gustaría tenerlo mucho y mucho más el 30,2%, y el 61,2% señalan que bastante más y muchísimo.

El 78,3% les gustaría tener la oportunidad de aprender cosas nuevas en su trabajo, bastante más y muchísimo, perteneciente al n° jd6.

N° ítem	Me gustaría tenerla (MGT): moderadamente %	MGT Un poco más %	MGT Tenerla bastante %	MGT Mucho %	MGT Mucho más %	MGT Bastante más %	MGT Muchísimo %	N° casos
Jd2	4,6	0,7	6,6	15,1	16,4	16,4	40,1	152
Jd3	3,3	2	3,3	18,4	11,8	18,4	42,8	152
Jd6	2	2	0,7	10,5	6,6	19,7	58,6	152
Jd8	2	-	4,6	11,2	11,2	19,1	52	152
Jd10	4,6	3,3	2,6	10,5	9,2	17,8	52	152
Jd11	3,3	0,7	1,3	12,5	9,2	17,1	55,9	152

Tabla 4.1.20

Responden el 52% que les gustaría muchísimo tener la posibilidad de ser creativo/a e imaginativo/a en su trabajo, n° jd8.

En cuanto a la oportunidad de desarrollo y progreso personal en su puesto, del elemento jd10, el 52% afirman que les gustaría tener dicha oportunidad muchísimo

A la posibilidad de realización personal en su trabajo, jd11, el 55,9 % señalan que les gustaría muchísimo el tenerla.

Los ítems de esta misma sección del cuestionario que no se contemplan en la Intensidad de necesidad de autorrealización se presentan en la Tabla 4.1.21 y los consideramos como **otros elementos**:

Les gustaría tener muchísimo el respeto y trato justo por parte de su supervisor, el 52,6%, n° jd1.

El elemento jd4 hace referencia a una gran seguridad de permanencia en el puesto, al que responden el 67,1% que les gustaría tenerla muchísimo.

Nº ítem	Me gustaría tenerla (MGT): moderadamente %	MGT Un poco más %	MGT Tenerla bastante %	MGT Mucho %	MGT Mucho más %	MGT Bastante más %	MGT Muchísimo %	Nº casos
Jd1	3,3	2,6	2	19,1	10,5	9,9	52,6	152
Jd4	4,6	1,3	0,7	15,8	4,6	5,9	67,1	152
Jd5	1,3	2	0,7	15,1	7,9	10,5	62,5	152
Jd7	2,6	0,7	1,3	6,6	5,3	10,5	73	152
Jd9	10	6	8	18,7	14,7	10,7	32	150

Tabla 4.1.21

Les gustaría muchísimo al 62,5%, tener a compañeros de trabajo agradables, jd5.

Con respecto al ítem jd7 el 73% les gustaría muchísimo tener un salario alto y grandes primas.

El jd9 trata sobre las promociones rápidas, resaltando que este elemento presenta dos valores perdidos y que el 42,7% les gustaría tenerlo bastante más y muchísimo, mientras que el 33,4% les gustaría mucho y mucho más.

E. ESTUDIO COMPARATIVO ÍNTER CENTROS DE SALUD DE LAS DIMENSIONES CENTRALES DEL PUESTO, ESTADOS PSICOLOGICOS CRITICOS, VARIABLES RESULTADO Y VARIABLES MODULADORAS

En el Anexo N° 10 se recogen las expresiones utilizadas para el cálculo de las dimensiones presentadas en este apartado.

Con el objetivo de preservar el anonimato de los Centros de Salud se presentan numerados en las figuras siguientes y en las Tabla recogidas en el Anexo N° 11.A, donde se muestran las medias y desviaciones típicas de las diferentes variables que constituyen las dimensiones del SNJCI y del JDS, correspondientes a los quince Centros de Salud estudiados.

- **Dimensiones Centrales del Puesto (DCP):** La escala utilizada en estas dimensiones fue de 1 “nunca” a 5 “siempre”.

En **Importancia de la tarea** encontramos la media más alta, 4,06 (\pm 0,12) en el Centro n° 12, correspondiendo a que el empleo es casi siempre reconocido por otros, tanto a nivel intra como extraorganizacional, siendo el Centro n° 6 el que tiene la media más baja, (3,67 \pm 0,46), el resto de los centros está próximo al cuatro. En la Figura 4.1.17 se pueden observar las medias obtenidas en los distintos Centros de Salud.

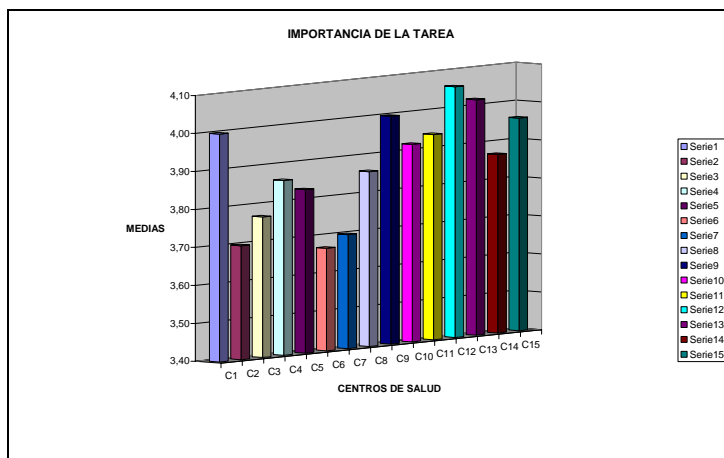


Figura 4.1.17

En cuanto a **Variabilidad de destreza**, la media se encuentra entre 3,20 ($\pm 0, 48$), (Centro n° 6) y 3,63 ($\pm 0, 45$), (Centro n° 12), en el que el empleo requiere a veces realizar diferentes actividades que precisan de distintas habilidades (Figura 4.1.18).

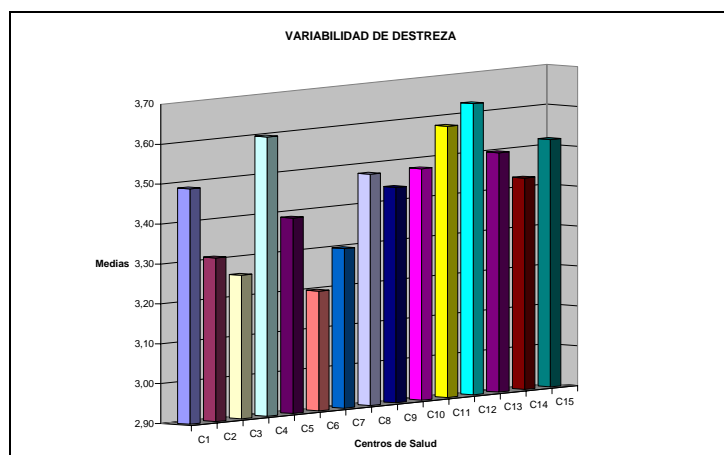


Figura 4.1.18

Los profesionales de enfermería comunitaria perciben que realizan casi siempre un trabajo completo e identificable, correspondiendo a la variable **Identidad de la tarea**

IV. Resultados

relacionada con el trabajo (Figura 4.1.19), ya que la media oscila entre 3,57 ($\pm 0,37$) (Centro n° 3) y 3,95 ($\pm 0,33$ para el Centro n° 9; para el n° 13 $\pm 0,36$ y n° 14 $\pm 0,39$).

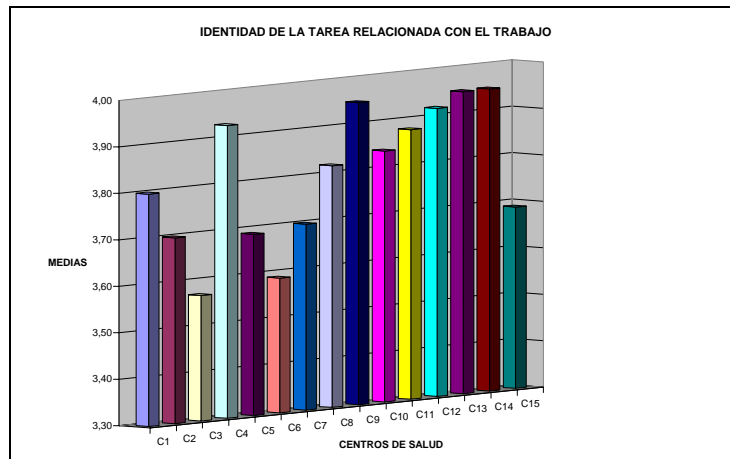


Figura 4.1.19

En la siguiente variable **Identidad de la tarea interpersonal**, el Centro n° 9 es el que presenta mayor media 4,23 ($\pm 0,43$) y la mínima de 3,67 ($\pm 0,46$) corresponde al Centro n° 15, identificando que la relación con la persona a la que se atiende casi siempre forma parte del proceso (Figura 4.1.20).

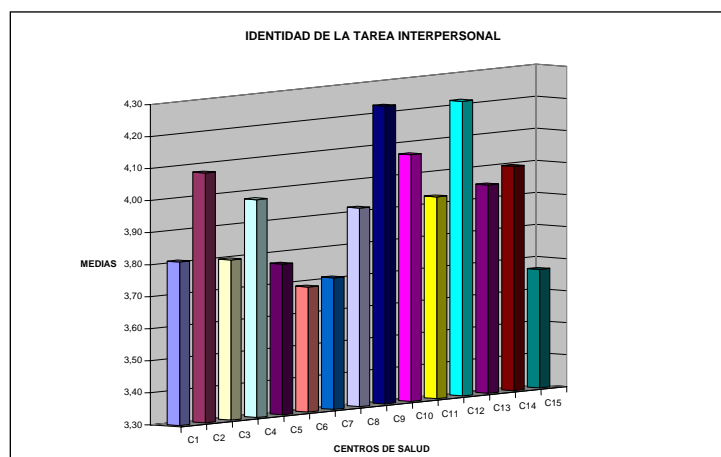


Figura 4.1.20

En la variable **Autonomía** (Figura 4.1.21), las/os enfermeras/os del Centro n° 10 señalan que casi siempre son independientes para poder planificar y desarrollar su trabajo, teniendo de media 4,12 ($\pm 0,31$), mientras que los del Centro n° 7 determinan que a veces, mostrando la media más baja de 3,48 ($\pm 0,37$).

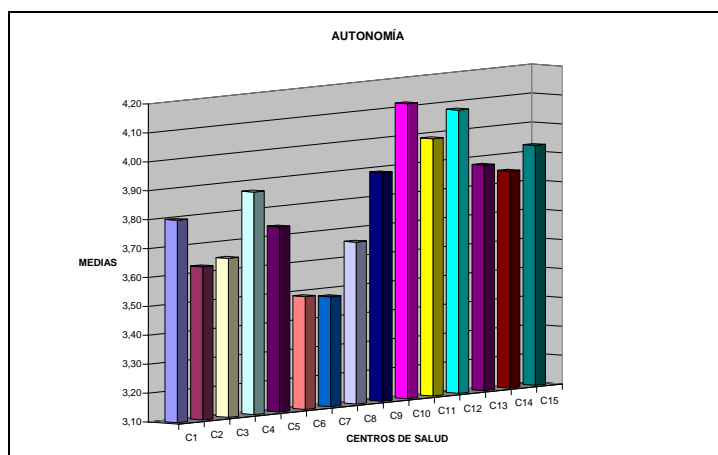


Figura 4.1.21

En la Figura 4.1.22 observamos, en **Atribución de resultados**, que la media fluctúa entre 3,42 ($\pm 0,40$) y 3,91 ($\pm 0,33$), correspondiendo a los Centros n° 4 y 12 respectivamente, indicando las/os enfermeras/os de dichos centros que pueden muchas veces discernir en el trabajo final, el resultado de sus esfuerzos individuales.

IV. Resultados

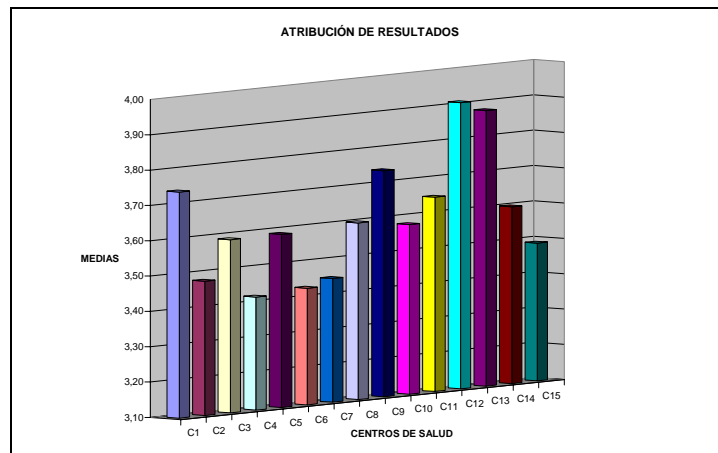


Figura 4.1.22

Los profesionales de enfermería del Centro n° 1 y 6 muestran una media de 3,71 (\pm 0,56) y 3,33 (\pm 0,37) respectivamente en **Retroalimentación del puesto** (Figura 4.1.23), señalando que las actividades que requiere el empleo, ofrecen por si mismas, a veces, una información directa sobre la efectividad de su desempeño.

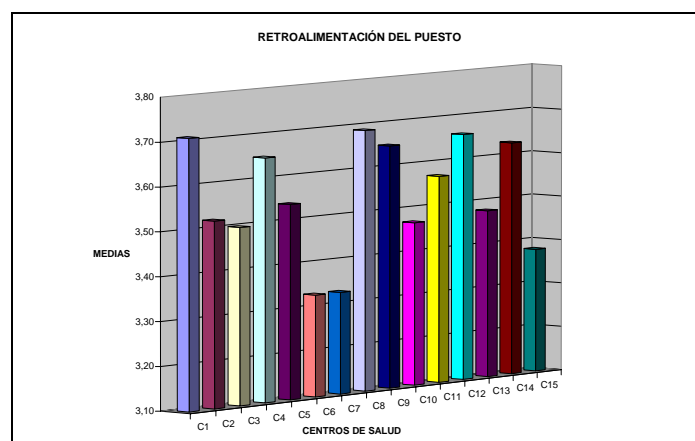


Figura 4.1.23

La media que presenta la variable **Retroalimentación de los agentes** de todos los centros estudiados, es la más bajas de las DCP (Figura 4.1.24); se encuentra situada entre 2,53 ($\pm 0,49$) Centro n° 8 y 3,37 ($\pm 0,61$) Centro n° 14, haciendo referencia a que casi nunca y a veces reciben información sobre el desempeño de su trabajo por parte de compañeros y supervisores.

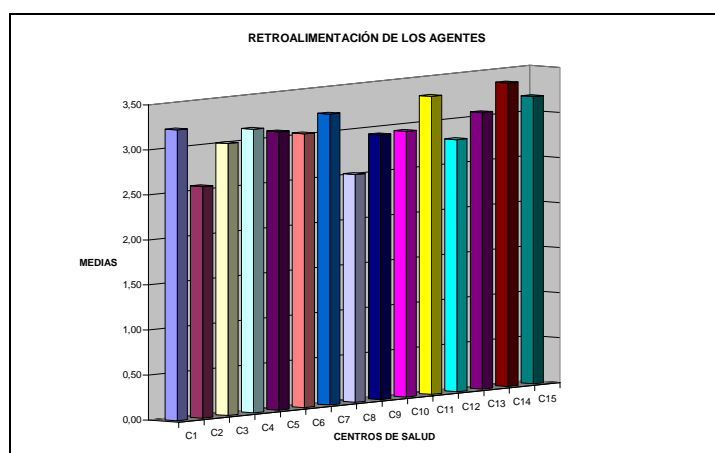


Figura 4.1.24

La última variable de dichas dimensiones (Figura 4.1.25) es **Interacción requerida**, con una media situada entre 3,73 ($\pm 0,30$) y 4,43 ($\pm 0,36$) correspondiendo a los Centros n° 3 y 9 respectivamente, refiriéndose que el desempeño del trabajo precisa casi siempre contactos con otras personas.

IV. Resultados

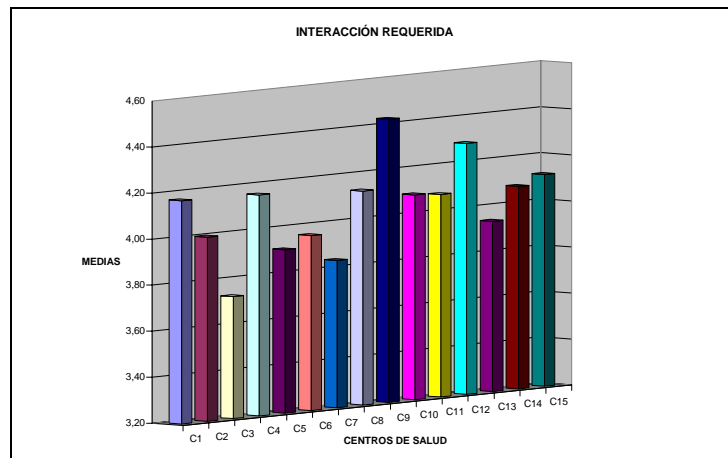


Figura 4.1.25

- **Estados Psicológicos Críticos (EPC):** Se recuerda el rango de la escala de 1 “totalmente en desacuerdo” o “totalmente insatisfecho/a” a 7 “totalmente de acuerdo” o “muy satisfecho”.

En cuanto a la primera variable **Significado percibido del puesto**, (Figura 4.1.26) que es el grado en que el empleado experimenta el trabajo significativo, valioso y de mérito, la media se sitúa entre 3,66 ($\pm 0,87$) y 4,41 ($\pm 0,46$), Centros n° 2 y 7 individualmente, posicionándose entre un poco de acuerdo y un poco en desacuerdo.

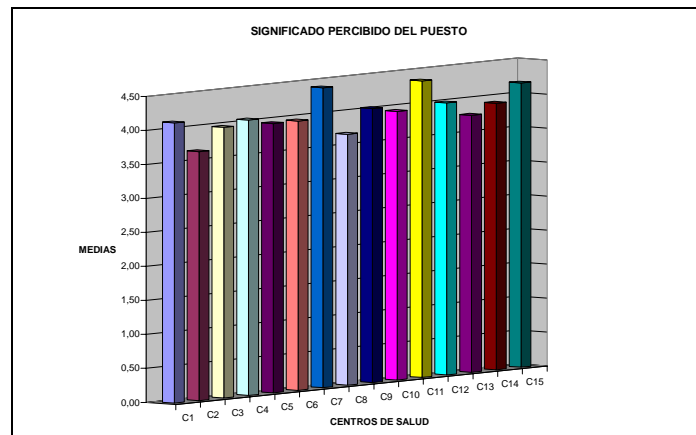


Figura 4.1.26

La media máxima perteneciente a **Responsabilidad por los resultados del trabajo** es de 5,67 ($\pm 0,41$) Centro n° 15 y la mínima de 4,77 ($\pm 0,63$; $\pm 0,58$) compartida por los Centros 7 y 8 respectivamente; haciendo referencia al grado en que el/la enfermero/a se siente personalmente responsable de los resultados obtenidos en el trabajo (Figura 4.1.27).

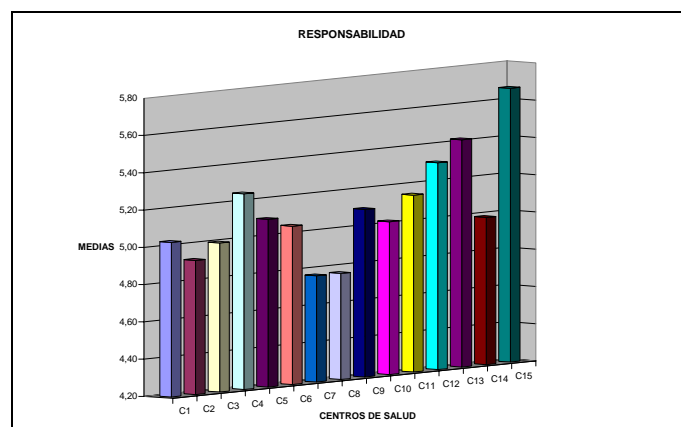


Figura 4.1.27

IV. Resultados

Para finalizar los EPC analizamos la variable Conocimiento de resultados observando en la Figura 4.1.28 que las medias están comprendidas entre 4,00 ($\pm 0,64$) y 5,37 ($\pm 0,70$), Centros 2 y 6 respectivamente, situándose estos profesionales en la escala un poco de acuerdo y neutral en cuanto a que el empleado conoce y valora la eficacia en el desempeño de su trabajo.

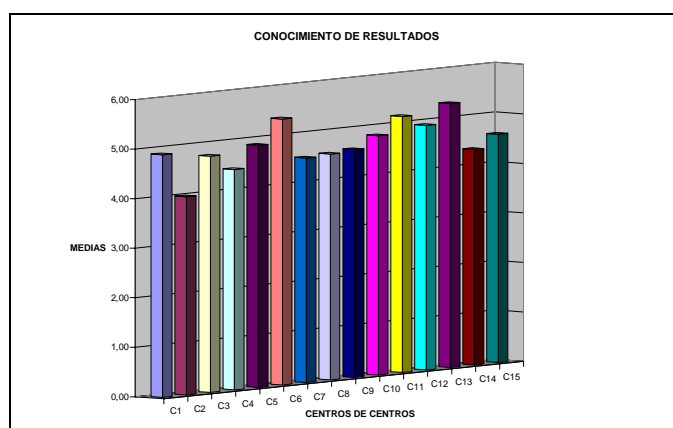


Figura 4.1.28

• **Variables de Resultado:** La primera variable que constituye esta dimensión es **Motivación interna del trabajo**, observando en la Figura 4.1.29 y en el Centro n° 11 la media más alta, 5,44 ($\pm 0,26$) de los mismos y la mínima 4,71 ($\pm 0,82$) en el Centro n° 14, estando en la escala próxima a un poco de acuerdo, en el que el profesional es automotivado para realizar eficazmente el trabajo, evaluando las sensaciones internas positivas que experimenta al trabajar con eficacia y las sensaciones internas negativas al hacerlo mal.

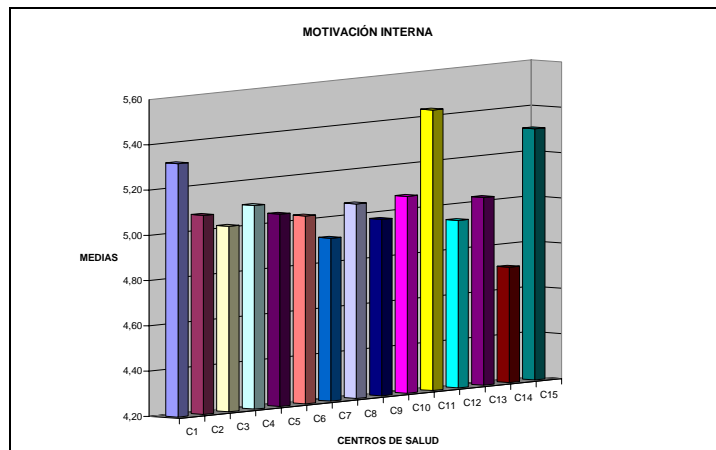


Figura 4.1.29

En **Satisfacción General** (Figura 4.1.30) la media máxima la presenta el Centro n° 11 con 4,71 ($\pm 0,55$) y la mínima de 3,92 ($\pm 0,78$) el n° 6; hace referencia a una medida global del grado en que el empleado está satisfecho con su trabajo.

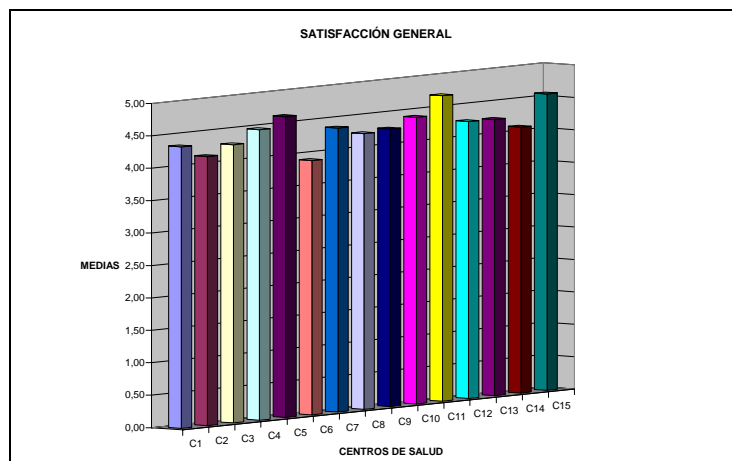


Figura 4.1.30

La oportunidad percibida por el trabajador para su crecimiento y desarrollo personal en el trabajo, es lo que se denomina **Satisfacción con la autorrealización**, presentando una media máxima de 5,98 (\pm 0,51), Centro n° 10, en el que los profesionales de enfermería parecen estar satisfechos con el trabajo que desarrollan y el Centro n° 2 presenta la media más baja, 3,69 (\pm 0,86) posicionándose entre algo insatisfechos, próximos al punto neutral (Figura 4.1.31).

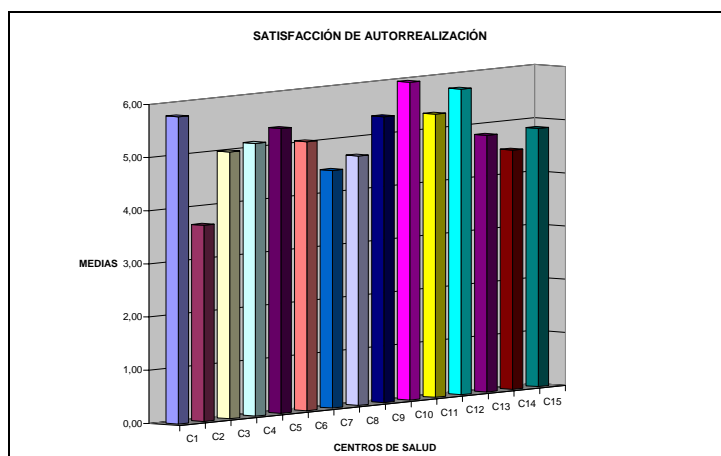


Figura 4.1.31

- Las **Variables Moduladores**: Están formadas por la **Satisfacción con el contexto** la cual nos proporciona información de la satisfacción del profesional con la paga y otras remuneraciones; satisfacción con la seguridad en el puesto; satisfacción social y satisfacción con la supervisión; la segunda variable que la constituye es la **Intensidad de necesidad de autorrealización**.

Comenzamos esta dimensión con la **Satisfacción con la paga**, (Figura 4.1.32) constatando que la media máxima la recoge el Centro nº 9 con 4,45 ($\pm 1,62$) y la mínima el nº 2 con 1,94 ($\pm 0,62$), presentando esta variable uno de los mayores rangos de medias.

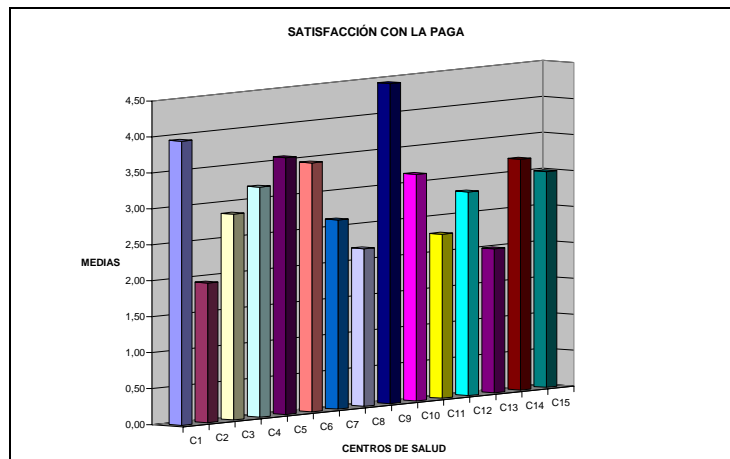


Figura 4.1.32

La media más alta en **Satisfacción con la seguridad en el puesto** (Figura 4.1.33) se sitúa en el Centro nº 13, con 4,90($\pm 1,60$) y el nº 7 recoge la mínima 2,81($\pm 1,81$), ubicándose en la escala entre algo satisfecho y algo insatisfecho.

IV. Resultados

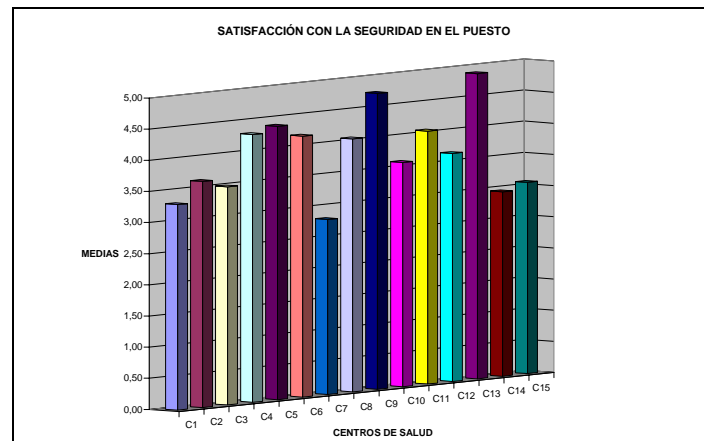


Figura 4.1.33

Una de las medias máximas pertenece a **Satisfacción social**, (Figura 4.1.34) con $6,37 (\pm 0,58)$, correspondiendo al Centro n° 1, mientras que la mínima de $4,92 (\pm 0,68)$ la recoge el Centro n° 2, situándose, los profesionales de enfermería comunitaria, en la escala próximos a algo satisfechos y satisfechos.

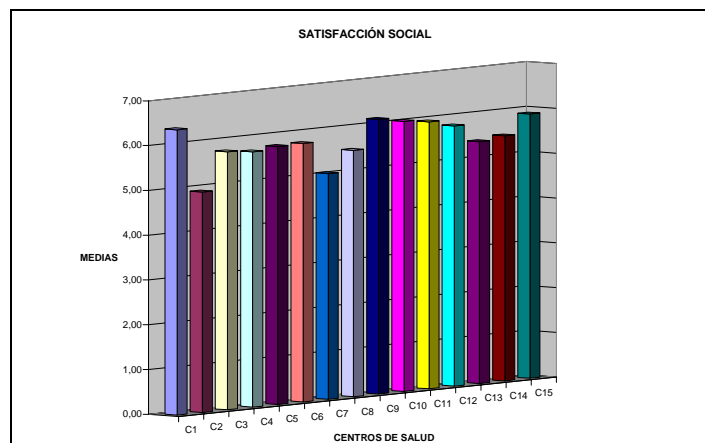


Figura 4.1.34

Para finalizar las variables de Satisfacción con el contexto presentamos a continuación **Satisfacción con la supervisión**, ofreciendo el Centro n° 9 la media más

alta de 5,60 ($\pm 0,58$) y la mínima de 2,92 ($\pm 1,18$) la recoge el Centro n° 2, situándose cercanos a satisfecho y algo insatisfecho (Figura 4.1.35).

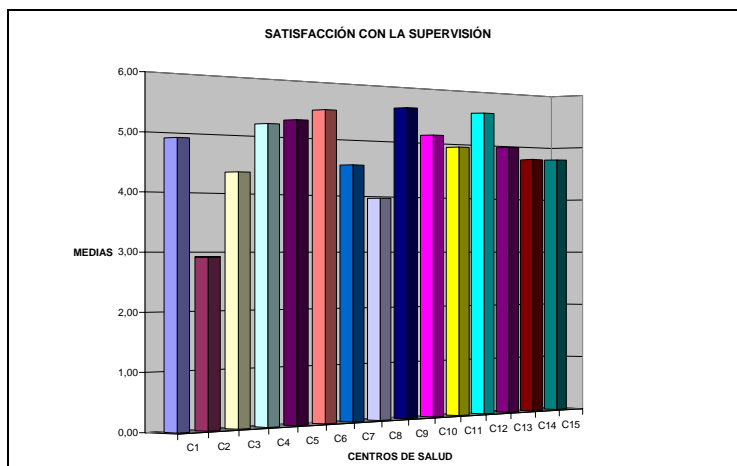


Figura 4.1.35

Terminamos este apartado con la **Intensidad de necesidad de autorrealización**, (Figura 4.1.36) encontrándose en los Centros n° 7 y 12 la media máxima, 6,65 ($\pm 0,63$; ($\pm 0,46$, respectivamente) y 4,98 ($\pm 1,11$) la mínima en el Centro n° 3, afirmando que les gustaría lograr bastante más un crecimiento y desarrollo personal mediante su trabajo.

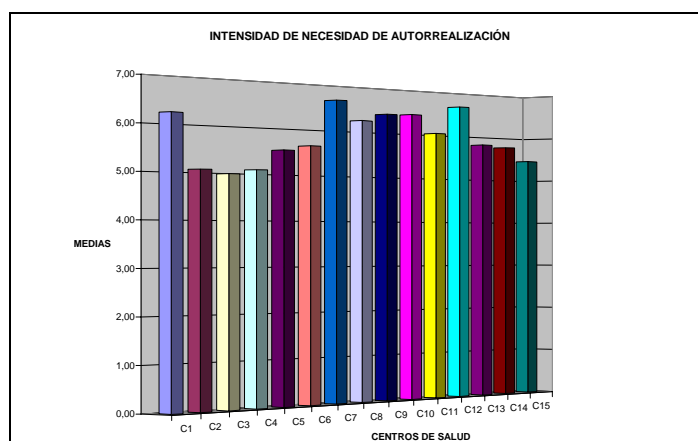


Figura 4.1.36

F. DIMENSIONES CENTRALES DEL PUESTO Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE PROFESIÓN

No se cumple la normalidad en algunos casos. Como dicen Tabachnich y Fidell (1989) esto es esperable con muestras grandes, por lo que hemos optado por el uso de pruebas paramétricas (Análisis de la varianza con un factor y t de Student), ya que no se viola el resto de los supuestos.

Mediante la t de Student para muestras independientes se relacionaron las diferentes DCP con la variable Sexo no hallándose diferencias significativas. La homoscedasticidad se cumple en todos los casos; presentamos a continuación y en el mismo orden que en la Tabla 4.1.22, los valores de la prueba de Levene para la igualdad de varianzas (1) $F = 0,370$, (N.S.); (2) $F = 2,655$, (N.S.); (3) $F = 1,050$, (N.S.); (4) $F = 1,521$, (N.S.); (5) $F = 1,211$, (N.S.); (6) $F = 0,033$, (N.S.); (7) $F = 0,312$, (N.S.); (8) $F = 0,150$, (N.S.); (9) $F = 0,010$ (N.S.).

DCP	Sexo	Estadístico t	g.l.	P
(1) Importancia de la Tarea		-0,590	148	N.S
(2) Variabilidad de destreza		1,217	149	N.S
(3) Identidad tarea relacionada trabajo		-1,230	150	N.S
(4) Identidad tarea interpersonal		-0,015	150	N.S
(5) Autonomía		-0,006	145	N.S
(6) Atribución de Resultados		-0,131	149	N.S
(7) Retroalimentación del puesto		-0,102	150	N.S
(8) Retroalimentación de los agentes		0,330	145	N.S
(9) Interacción requerida		-1,489	148	N.S

Tabla 4.1.22

Se categorizaron las variables de Tiempo en el trabajo actual, Tiempo trabajado de enfermeras/os y Años que finalizó la carrera con base en los cuarteles 25, 50, 75.

A través del Análisis de la Varianza con un factor no se encontraron diferencias significativas entre las DCP con respecto a las variables Tiempo de trabajo actual y Planes de cuidados (Tabla 4.1.23).

DCP	Tiempo trabajo actual			Planes de cuidados		
	Estadístico F	g.l.	P	Estadístico F	g.l.	P
Importancia de la Tarea	0,319	2	N.S	2,237	3	N.S
Variabilidad de destreza	0,208	2	N.S.	0,337	3	N.S.
Identidad tarea relacionada con trabajo	0,241	2	N.S	1,734	3	N.S
Identidad tarea interpersonal	0,073	2	N.S	0,420	3	N.S
Autonomía	0,677	2	N.S	0,310	3	N.S
Atribución de Resultados	0,873	2	N.S	1,777	3	N.S
Retroalimentación del puesto	0,085	2	N.S	0,848	3	N.S
Retroalimentación de los agentes	0,173	2	N.S	0,467	3	N.S
Interacción requerida	0,450	2	N.S.	2,752	3	N.S.

Tabla 4.1.23

Como puede observarse en la Tabla 4.1.24 la dimensión Atribución de resultados presenta diferencias significativas con las variables Tiempo trabajado de enfermera/o ($F = 7,207$; $gl = 2$ y $p = 0,001$). Mediante la prueba post hoc de Scheffé se concretaron las diferencias de medias ($I-J$) = 0,2624, estadísticamente significativas entre el grupo 1 (≤ 13 años) y el grupo 2 (14-29 años), ($p < 0,05$), presentando un Intervalo de Confianza (IC) al 95% de 0,0580 a 0,4669. Al mismo tiempo muestran diferencias significativas entre el

IV. Resultados

grupo 1 (≤ 13 años) y el grupo 3 (≥ 20 años) de la misma variable, (I-J = 0,2820; $p < 0,05$) e IC al 95% entre 0,0776 y 0,4865. (Figuras 1.37)

	Tiempo trabajado enfermera/o			Tiempo que finalizó carrera		
	Estadístico F	g.l.	P	Estadístico F	g.l.	P
Importancia de la Tarea	0,843	2	N.S	0,845	2	N.S
Variabilidad de destreza	0,779	2	N.S.	1,281	2	N.S.
Identidad tarea relacionada trabajo	0,921	2	N.S	0,619	2	N.S
Identidad tarea interpersonal	0,035	2	N.S	0,257	2	N.S
Autonomía	2,002	2	N.S	1,730	2	N.S
Atribución de Resultados	7,207	2	0,001*	5,665	2	0,004*
Retroalimentación del puesto	0,252	2	N.S	0,195	2	N.S
Retroalimentación de los agentes	0,521	2	N.S	0,530	2	N.S
Interacción requerida	0,064	2	N.S.	0,029	2	N.S.

* $p < 0,05$

Tabla 4.1.24

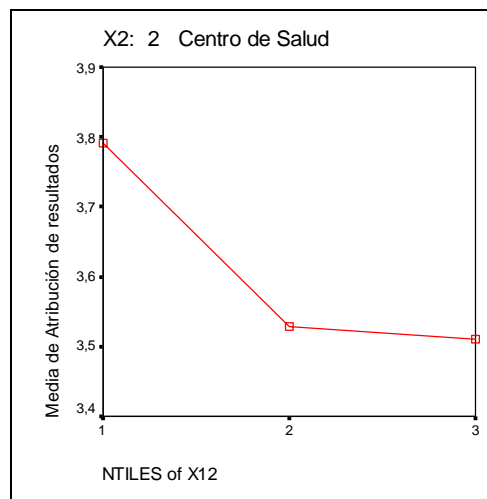


Figura 4.1.37

Así mismo presenta diferencias estadísticamente significativas, dicha dimensión con la variable Tiempo que finalizó la carrera (Tabla 4.1.24), el grupo 1 (≤ 13 años) con el grupo 2 (14-19) y con el grupo 3 (≥ 20 años), ($F = 5,665$; $gl = 2$ y $p = 0,004$); siendo para el grupo 1 y 2 las diferencias de medias (I-J) = 0,2322, ($p < 0,05$); IC al 95% de 0,0221 a 0,4423 y para el grupo 1 y 3 (I-J) = 0,2637, ($p < 0,05$); IC al 95% de 0,0554 a 0,4720, halladas todas ellas mediante la prueba de Scheffé, (Figura 4.1.38).

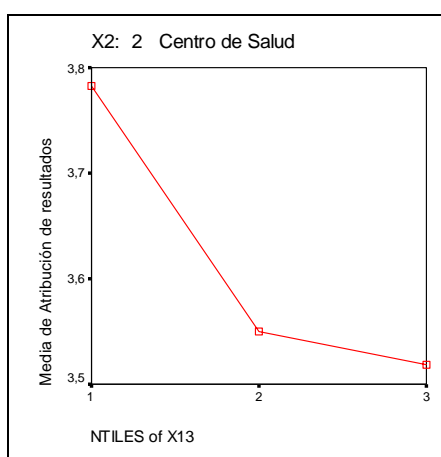


Figura 4.1.38

La Identidad de la tarea interpersonal con respecto a la variable Situación administrativa (Tabla 4.1.25) presenta diferencias significativas entre los profesionales que tienen plaza en propiedad y los profesionales contratados y entre los interinos y los contratados ($F = 3,971$; $gl = 2$ y $p = 0,021$); a través de la prueba de Scheffé se hallaron las diferencias de medias (I-J) = 0,0143, ($p < 0,05$); IC al 95% de 0,0312 a 0,6323, para el primero y para el segundo (I-J) = 0,3175, ($p < 0,05$); IC al 95% de 0,0059 a 0,6290, (Figura 4.1.39).

DCP / Situación Administrativa	Estadístico F	g.l.	P
Importancia de la Tarea	0,705	2	N.S
Variabilidad de destreza	0,148	2	N.S.
Identidad tarea relacionada con trabajo	0,084	2	N.S
Identidad tarea interpersonal	3,971	2	0,021*
Autonomía	0,124	2	N.S
Atribución de Resultados	1,941	2	N.S
Retroalimentación del puesto	0,231	2	N.S
Retroalimentación de los agentes	1,405	2	N.S
Interacción requerida	0,713	2	N.S.

*p< 0,05

Tabla 4.1.25

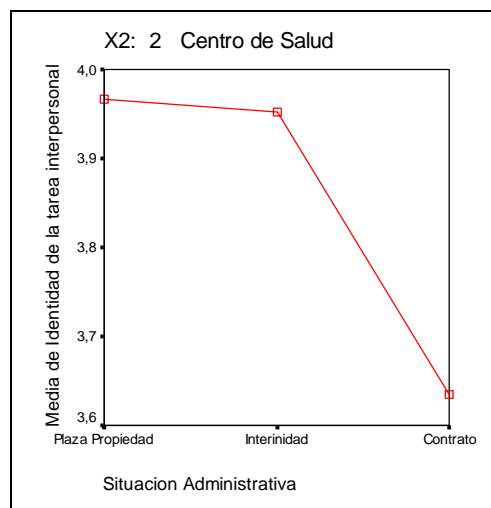


Figura 4.1.39

G. MOTIVACIÓN INTERNA-SATISFACCIÓN LABORAL Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, DE PROFESIÓN Y DE FORMACIÓN

Al relacionar Motivación interna y Satisfacción General con las variables sociodemográficas, de profesión, de formación y desarrollo profesional hemos encontrado que:

La correlación entre Motivación y Edad no resultó significativa ($r = 0,063$; $p = 0,457$ y $N = 142$). No se halló correlación significativa entre Satisfacción y Edad ($r = -0,133$; $p = 0,113$ y $N = 142$).

A través de la prueba de t de de Student, ambas variables, Motivación y Satisfacción, no presentan diferencias significativas con respecto al Sexo, (Tabla 4.1.26). La homoscedasticidad se cumple en ambos casos, para Motivación $F = 0,079$, (N.S.) y para Satisfacción $F = 1,195$, (N.S.).

VDemog	V. Dependiente	Estadístico t	g.l.	P
Sexo	Motivación I.	-0,045	150	N.S.
	Satisfacción G.	1,700	150	N.S.

Tabla 4.1.26

Mediante el Análisis de la Varianza con un factor, no se encontraron diferencias significativas entre Motivación y Satisfacción con respecto a las siguientes variables: Estado civil, Situación administrativa, Tiempo en el trabajo actual, Años que finalizó la carrera, Baja por enfermedad, Cursos de formación, Artículos publicados, Proyectos de investigación, Reuniones científicas, Comunicaciones a congresos y Planes de cuidados. La Motivación interna no muestra diferencias significativas con respecto al Tiempo trabajado de enfermera/o. En la Tabla 4.1.27 se muestran los resultados de las mismas.

VSDPF	V. Dependiente	Estadístico F	g.l.	P
Estado Civil	Motivación I.	0,862	3	N.S.
	Satisfacción G.	0,312	3	N.S.
S. Administrativa	Motivación I.	0,043	2	N.S.
	Satisfacción G.	3,018	2	N.S.
Tiempo Trabajo Actual	Motivación I.	2,374	2	N.S.
	Satisfacción G.	3,109	2	N.S.
Tiempo Trabajo Enfermera/o	Motivación I.	0,292	2	N.S.
	Satisfacción G.	3,254	2	0,041*
Años Acabo Carrera	Motivación I.	0,512	2	N.S.
	Satisfacción G.	2,829	2	N.S.
Baja Enfermedad	Motivación I.	0,293	2	N.S.
	Satisfacción G.	0,603	2	N.S.
Cursos	Motivación I.	0,744	3	N.S.
	Satisfacción G.	0,696	3	N.S.
Artículos	Motivación I.	0,801	3	N.S.
	Satisfacción G.	0,442	3	N.S.
P. Investigación	Motivación I.	0,494	3	N.S.
	Satisfacción G.	0,618	3	N.S.
R. Científicas	Motivación I.	1,276	3	N.S.
	Satisfacción G.	0,452	3	N.S.
Comunicaciones	Motivación I.	0,199	3	N.S.
	Satisfacción G.	0,142	3	N.S.
Planes de Cuidados	Motivación I.	0,684	3	N.S.
	Satisfacción G.	0,578	3	N.S.

* p < 0,05

Tabla 4.1.27

Como puede observarse en la Tabla anterior la Satisfacción presenta diferencias estadísticamente significativas con respecto a la variable Tiempo trabajado de enfermera/o (F = 3,254; gl = 2 y p = 0,041). Mediante la prueba post hoc de Scheffé se concretaron las

diferencias de medias (I-J) = 0,5110, estadísticamente significativas entre el grupo 1 (≤ 13 años) y grupo 3 (≥ 20 años), ($p < 0,05$), (Figura 4.1.40), con un IC al 95% de 0,0261 a 0,9959.

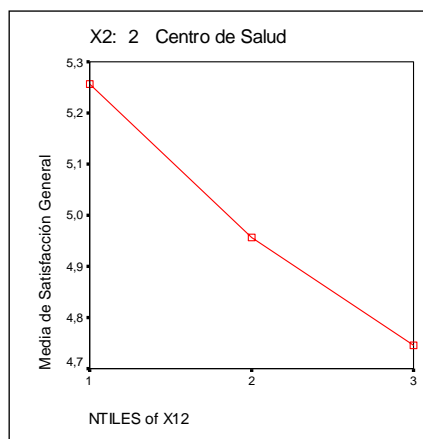


Figura 4.1.40

IV.4.2 ENFERMERÍA HOSPITALARIA:

A. DESCRIPCIÓN GENERAL

La población total de Hospitales es de 1205 enfermeras/os de los cuales **cumplimentaron el cuestionario** el 33,44% (403); con respecto al número de profesionales por centro la tasa de respuesta se distribuiría de la siguiente forma: El 35,38% de las respuestas (282) correspondería al Hospital Regional Carlos Haya, perteneciendo el 29,63% al Pabellón General (120); el 48,28% al Hospital Civil (56) y el 38,4% (106) al Hospital Materno Infantil. Centrándonos en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria la tasa de respuesta fue del 29,66% (121), vinculados al Hospital Clínico el 29,46% y al Hospital Marítimo el 31,58%. En la última columna de la Tabla

IV. Resultados

4.2.1: Tasa de Respuesta por Centro Hospitalario, se presentan los porcentajes por hospitales con base en el total de respuestas (403).

Hospitales	Población General	Porcentaje Población	Respuesta/ /T.Respuesta Ht ^{al}	Tasa Respuesta total Respuestas
H Regional Carlos H:	797	66,14	282 35,38%	70%
H General	405	33,61	120 29,63%	29,8%
H Civil	116	9,63	56 48,28%	13,9 %
H M-Infantil	276	22,9	106 38,4%	26,3%
H U V de la Victoria:	408	33,86	121 29,66%	30%
H Clínico	370	30,71	109 29,46%	27%
H Marítimo	38	3,15	12 31,58%	3%
Total	1205	100	403 33,44%	100% (403)

Tabla 4.2.1 Tasa de respuesta por Centro Hospitalario

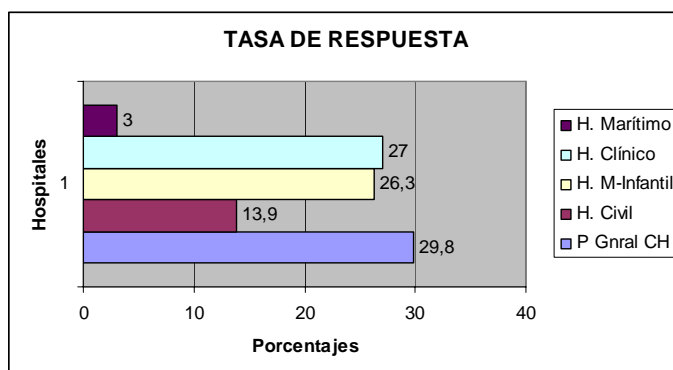


Figura 4.2.1

Las/os enfermeras/os hospitalarias/os que no dieron respuesta al cuestionario fueron el 66,56% (802) del total, disponiendo de información del 25,69% (206); el Anexo nº 12.B recoge la descripción de dicha muestra.

B. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS-PROFESIONALES, DE FORMACIÓN- INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

Comenzaremos presentando los resultados de las **Variables Sociodemográficas**, incluidas en el cuestionario **VSDPFE**

La media de edad de las/os enfermeras/os hospitalarios/as que cumplimentaron los cuestionarios es de 39,23, con una desviación típica de 7,77. En la Figura 4.2.2 se presenta la distribución de la misma.

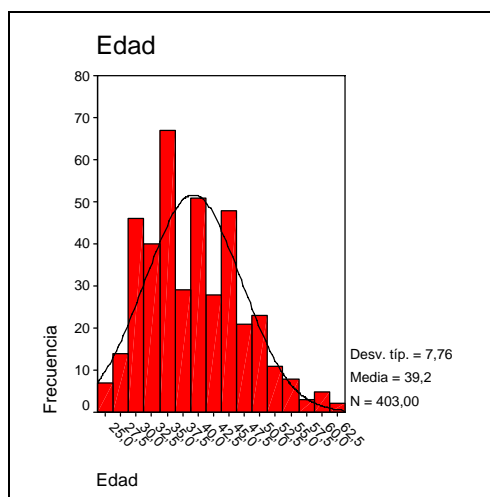


Figura 4.2.2

El 74,7% de los profesionales son mujeres (Figura 4.2.3).

IV. Resultados

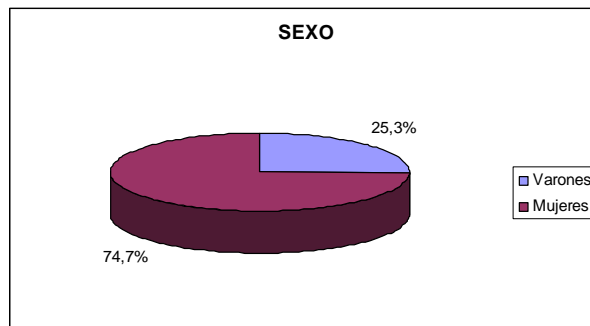


Figura 4.2.3

El 65,5% están casados; el 21,1% solteros y separados o divorciados el 9,7. En la Tabla 4.2.2 se presentan las frecuencias y porcentajes del estado civil.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero/a	85	21,1
Separado/ Divorciado/a	39	9,7
Casado/a	264	65,5
Otros	14	3,5
Total	402	99,8
Perdidos 9	1	,2
Total	403	100,0

Tabla 4.2.2

Respecto a las **Variables Profesionales** tenemos que:

El 94,5% son enfermeras/os asistenciales, correspondiendo a los supervisores el 5,5%, (Figura 4.2.4).

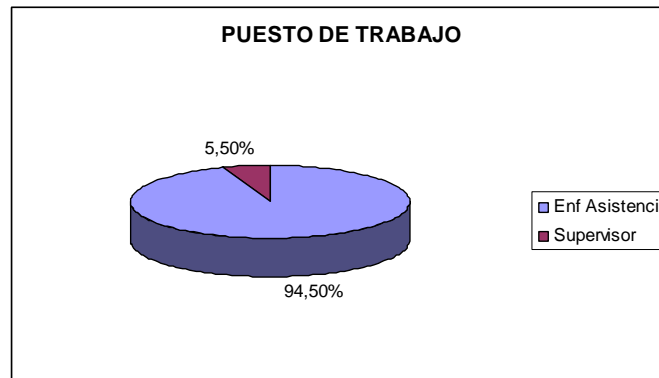


Figura 4.2.4

La situación Administrativa que observamos en la Figura 4.2.5 es que el 61,5 % tienen plaza en propiedad, con interinidad el 27,5% y el 11% contrato temporal.



Figura 4.2.5

El 70,5% tienen turno rotatorio en el las diferentes unidades hospitalaria (Figura 4.2.6).

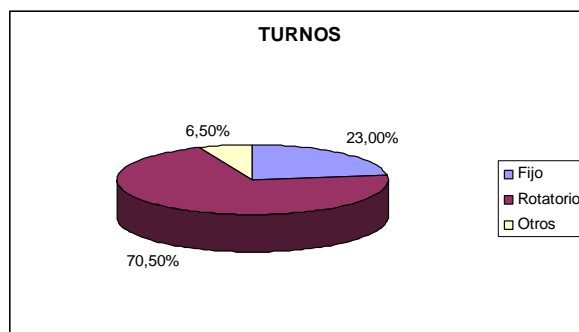


Figura 4.2.6

La media de experiencia laboral es de 16,59, con una desviación típica de $\pm 7,3$; la media de permanencia en el trabajo actual es de 7,8 con una desviación típica de $\pm 6,9$; y el promedio de permanencia en la profesión es de 17,4 presentando una desviación típica de $\pm 7,37$. La Tabla 4.2.3 recoge los estadísticos descriptivos de las tres variables.

	Tiempo Trabajo Actual	Tiempo Trabajo Enfermera/o	Años Acabo Carrera
Media	7,81	16,59	17,45
Desv. típ.	6,91	7,30	7,37
Varianza	47,79	53,29	54,40
Mínimo	,08	1,00	3,00
Máximo	30,00	39,00	41,00

Tabla 4.2.3

En el último año el 63,8% no presentó ninguna baja por enfermedad, correspondiendo al 34% entre una y dos bajas laborales y tres o cuatro al 1%. (Tabla 4.2.4 se presentan las frecuencias y porcentajes correspondientes).

Baja Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	257	63,8
1-2	137	34,0
3-4	4	1,0
Mas de 4	5	1,2
Total	403	100,0

Tabla 4.2.4

El motivo principal por el que eligieron la profesión enfermera, (Figura 4.2.7), fue la “vocación” con un 62% del total, seguido de “facilidad de encontrar trabajo” con un 18,4%; correspondiendo a “cortos estudios” el 6%; 5% “influencia familiar”; en quinto lugar estaría “no haber podido acceder a la carrera deseada” con un 3,4%; el sexto lugar recaería sobre “reconocimiento social” con un 2,5%; en “tradición familiar” el 1,2% y en último lugar con un 0,5% estaría “el salario”.

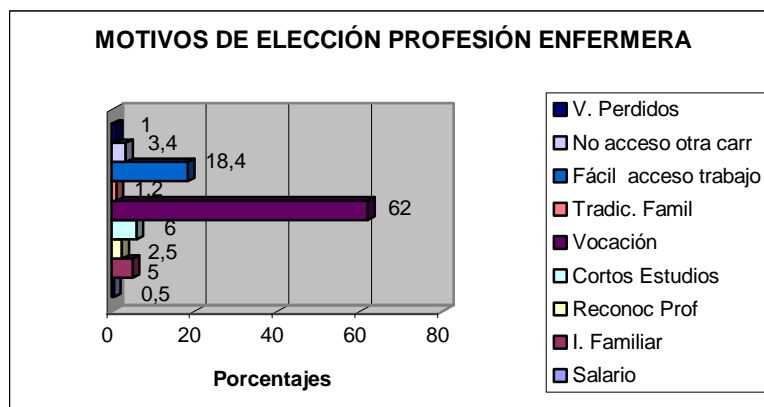


Figura 4.2.7

Los motivos por los que permanecen en la profesión enfermera, el 72% responde que porque “le satisface, le gusta”; mientras que el 14,6% es por “no poder acceder a otro

trabajo”; el 8,2% por “el salario”; con un 3,5% está la “facilidad de encontrar trabajo”, siendo los últimos el “reconocimiento” y “la tradición familiar” con un 1,2%. En la Tabla 4.2.5 se presentan las frecuencias y porcentajes de los motivos por los que permanecen en la profesión enfermera.

Motivos por los que permanece en Enfermería		Frecuencia	Porcentaje
	Me gusta/Me satisface	290	72,0
	No acceso otro trabajo	59	14,6
	Salario	33	8,2
	Fácil encontrar trabajo	14	3,5
	Reconocimiento	4	1,0
	Tradición Familiar	1	,2
	Total	401	99,5
Perdidos	9	2	,5
Total		403	100,0

Tabla 4.2.5

Variables de Formación-Investigación y Desarrollo Profesional:

Al igual que en las enfermeras comunitarias se estudiaron, en los tres últimos años, cursos realizados, artículos publicados, proyectos de investigación desarrollados, asistencia a reuniones científicas, comunicaciones presentadas, planes de cuidados desarrollados diariamente, organización funcional del trabajo enfermero, por tareas o asignación enfermera-paciente, y realización del informe al alta hospitalaria del usuario.

Los cursos realizados por las enfermeras hospitalarias corresponden el 45,2% a la realización de más de cuatro cursos y el 26% está entre uno o dos cursos. En la Figura 4.2.8 se presentan los porcentajes.

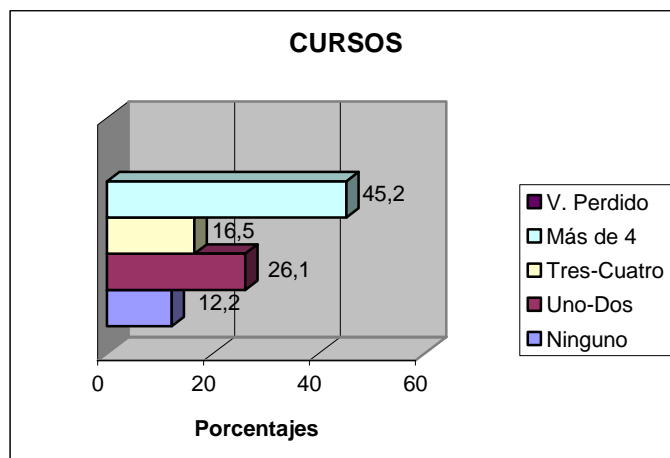


Figura 4.2.8

El 82,6% no ha publicado ningún artículo, frente al 13,7% que ha publicado uno o dos (Figura 4.2.9).

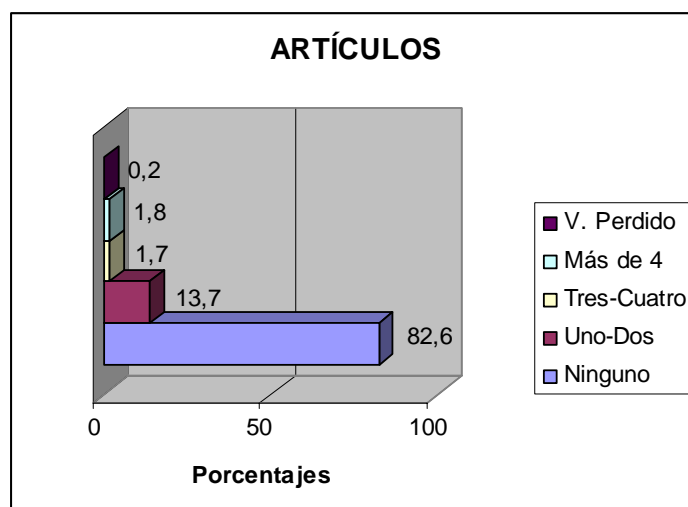


Figura 4.2.9

Con respecto a los proyectos de investigación desarrollados, (Figura 4.2.10) el 14,4% ha realizado uno o dos investigaciones, mientras que el 83,4% no ha desarrollado ninguna.

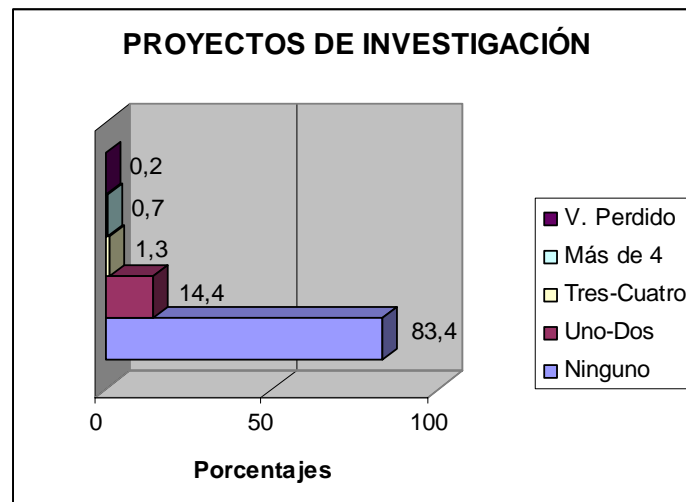


Figura 4.2.10

El 35% no han asistido en los tres últimos años a ninguna reunión, y el 37% a una o dos reuniones, (Figura 4.2.11).

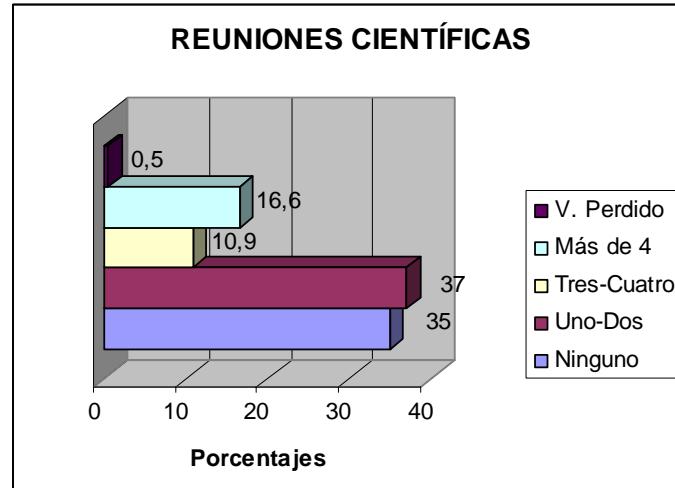


Figura 4.2.11

El 8,5% han presentado más de tres comunicaciones a congresos, frente al 76,4% que no han presentado ninguna, (Figura 4.2.12).

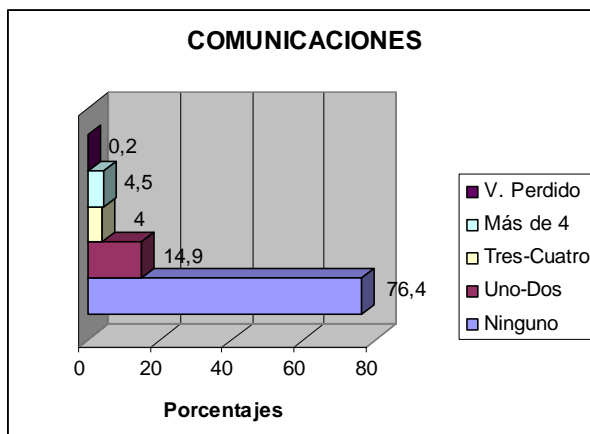


Figura 4.2.12

Haciendo referencia a la elaboración de planes de cuidados, (Figura 4.2.13), el 31,8% realiza diariamente de uno a tres planes de cuidados, frente al 44,4% que no realiza ninguno, realizando más de ocho planes el 14%.

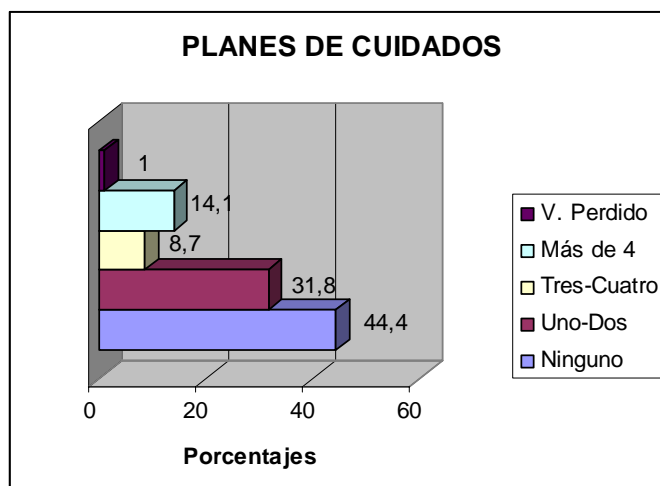


Figura 4.2.13

IV. Resultados

En cuanto a la organización funcional del trabajo enfermero, (Figura 4.2.14), el mayor porcentaje está en la atención o asignación enfermera/paciente con un 75,2%, mientras que el trabajo por tareas corresponde a un 24,1%.

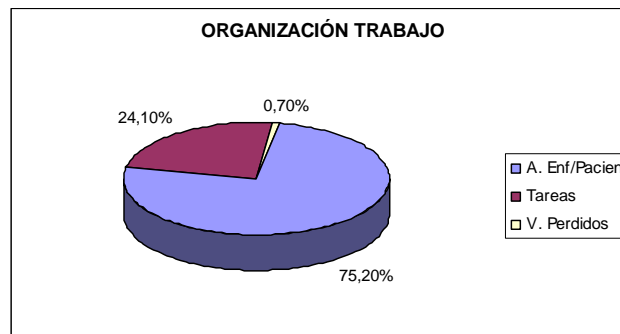


Figura 4.2.14

El 71,2% no realizan informe cuando el usuario es dado de alta en el hospital, siendo positivo en un 28,6%, (Figura 4.2.15).

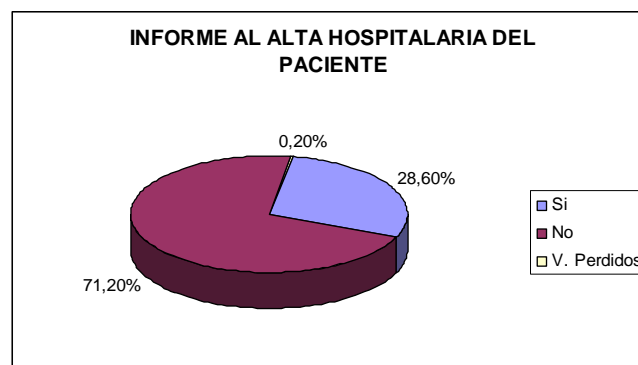


Figura 4.2.15

C. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO ENFERMERO HOSPITALARIO

Continuando con la misma estructura que en la descripción anterior, mostramos los ítems más relevantes por su contenido del SNJCI, y a través de los mismos describiremos *las características del trabajo enfermero hospitalario*.

La primera dimensión que describimos del cuestionario es **Importancia de la tarea** (Tabla 4.2.6) centrándonos en los siguientes elementos:

El 39,7% de los profesionales de enfermería dedican más tiempo a los usuarios y familias, mientras que el 24,3% dedican casi siempre y siempre más tiempo a tareas administrativas, destacando que a veces dedican más tiempo a tareas burocráticas el 35%.

Con respecto al ítem 12 el 77,8% de las/os enfermeras/os previenen complicaciones siempre y casi siempre.

El 60,8% de los profesionales enfermeros ayudan a los usuarios y familias siempre y casi siempre a hacer frente a su enfermedad mediante información.

Los profesionales de enfermería que hacen un seguimiento, siempre y casi siempre, de las pruebas que se realiza a los pacientes, ítem 53, es del 82,4%.

Nº ítem	Nunca %	Casi nunca %	A veces %	Casi siempre %	Siempre %	Nº casos
10	12,4	27,3	35	21,1	4,2	403
12	0,7	2,5	18,9	43,5	34,3	402
50	4,5	6,7	28	39,7	21,1	403
53	1	4	12,7	32,3	50,1	403
55	5,8	7	19,8	35,5	32	400
59	4	8,9	25,1	38,5	23,6	403
62	2,7	3,5	18,9	38,6	36,3	402
65	9,7	3,2	13,2	29,5	44,4	403
67	1,7	5,2	44,3	32,3	16,4	402
80	7,7	14,2	32,2	32,4	13,5	401
82	3,7	2,7	14,9	43,4	35,2	403

IV. Resultados

84	3,2	3,5	16,4	36	40,9	403
86	3,5	6	34,5	33,5	22,6	403
90	8,2	7	28,9	31,6	24,4	402
93	2,7	4	20,3	39	34	403
95	7,2	13,4	48,6	23,1	7,7	403
97	0,2	1,5	18,6	37,2	42,4	403

Tabla 4.2.6

Haciendo referencia al elemento 55, el 67,5% trabajan, siempre y casi siempre, con objeto de que los sistemas hospitalarios funcionen bien para los pacientes, presentando tres casos perdidos.

El 62,1% enseñan a los familiares siempre y casi siempre, lo que necesitan saber para el cuidado del paciente, cuando esté en su casa, n° 59, frente al 25,1% que lo hacen a veces.

En el n° 62, el 74,9%, piensan que ayudan siempre y casi siempre a los pacientes a controlar el dolor, con un caso perdido.

El 73,9% de las/os enfermeras/os atienden, siempre y casi siempre, las peticiones de los pacientes moribundos, correspondiendo al elemento n° 65.

Con respecto al n° 67: Identifico características de mis pacientes que alguien que pase menos tiempo con ellos no observaría, el 44,3% respondieron que a veces, mientras que el 32,3% dijeron que casi siempre y el 16,4% siempre.

Las/os enfermeras/os que se aseguran, casi siempre de que el cuidado de los paciente se coordina con otras disciplinas y departamentos, es del 32,4%, a veces el 32,2% y casi nunca el 14,2%, perteneciente al elemento 80.

El 78,6%, ítem 82, tranquilizan a los pacientes, siempre y casi siempre, informándoles de la normalidad de sus respuestas en el curso de la enfermedad o tratamiento.

Consideran una parte importante de su trabajo ayudar a reducir el miedo y la ansiedad de los pacientes, n° 84, siempre y casi siempre el 78,6%.

El n° 86 trata de enseñar a los pacientes cosas que les ayudan a sentirse mejor, respondiendo que siempre y casi siempre el 56,1% de las/os enfermeras/os, mientras que el 34,5% señalan que a veces.

A través de la enseñanza a los pacientes sobre cómo se deben cuidar por sí mismos, ítem 90, potencian así el autocuidado siempre y casi siempre el 56%, sosteniendo un 28,9% que lo hacen a veces.

Al preguntarles si dan apoyo emocional a los pacientes para ayudar a resistir sus crisis, responden a veces el 20,3% y siempre y casi siempre el 73% de los profesionales estudiados.

Destacamos en el ítem 95, que el 48,6% de las/os enfermeras/os pueden a veces, enseñar a los pacientes cómo relajarse con eficacia, frente al 23,1% que lo hacen casi siempre.

El 79,6% de los profesionales que respondieron al n° 97 siempre y casi siempre tranquilizan a pacientes y familiares en situaciones estresantes.

De la dimensión **Variabilidad de destreza**, mostramos en la Tabla 4.2.7 los siguientes ítems:

IV. Resultados

Al contenido del elemento 22: Los procedimientos que realizo son bastante complejos, el 53,7% advierten que a veces, frente al 20,4% casi siempre.

El 21,8% consideran, en el n° 25, que casi nunca hay mucha monotonía y rutina en el cuidado que realizan, mientras que el 45,7% señala que a veces.

N° ítem	Nunca %	Casi nunca %	A veces %	Casi siempre %	Siempre %	N° casos
22	4,2	18,2	53,7	20,4	3,5	402
25	10,7	21,8	45,7	15,6	6,2	403
41	1,5	2,7	9,9	28	57,8	403
61	3	4	15,1	39	39	403

Tabla 4.2.7

En el ítem 41 especifican el 57,8%, que siempre su trabajo abarca desde proporcionar cuidados manuales sencillos a actuar en situaciones clínicas complicadas, mientras que el 28% responden que casi siempre.

Hay que destacar que, n° 61, consideran necesaria una buena capacidad de valoración para realizar su trabajo, siempre y casi siempre el 78%.

Los elementos que presentamos a continuación corresponden a la dimensión **Identidad de la Tarea relacionada con el trabajo** (Tabla 4.2.8):

El 33% de los profesionales de enfermería hablan con los pacientes y familiares (n° 2), al ingreso a veces, casi siempre el 34,7% y siempre el 18,9%, sobre lo que pueden esperar durante la hospitalización.

Del n° 6 queremos resaltar que el 70,4% hacen una valoración del usuario siempre y casi siempre, para decidir si el descanso o la comodidad de un paciente es más importante que una orden determinada (Ejemplo: despertar a un paciente para los signos vitales).

El 24,3% tienen casi siempre, la oportunidad de cuidar de los mismos pacientes desde el momento de su ingreso hasta que son dados de alta de su unidad, frente al 19,4% que exponen que siempre, n° 19.

Conocen lo suficiente a los pacientes, ítem 26, como para fijar prioridades en la prestación de sus cuidados, casi siempre el 47,6%.

N° ítem	Nunca %	Casi nunca %	A veces %	Casi siempre %	Siempre %	N° casos
2	5,2	8,2	33	34,7	18,9	403
6	2,7	5,2	21,9	38,6	31,6	402
19	11,4	16,1	28,8	24,3	19,4	403
26	1,2	7,2	25,3	47,6	18,6	403
36	52,4	27,3	11,7	6,2	2,5	403
45	24,6	24,9	21,1	12,7	16,7	402
68	41,2	32	20,3	5,5	1	403
92	29	26,3	29,8	6,2	8,7	403
94	8,2	9,2	23,1	24,1	35,5	403
98	14,6	14,4	24,1	22,1	24,8	403

Tabla 4.2.8

Las/os enfermeras/os que comienzan a planificar el alta desde la admisión del paciente nunca y casi nunca son el 79,7% de los profesionales, ítem 36.

En el elemento 45, el 49,5% responden que nunca y casi nunca animan a los pacientes a que después del alta, llamen a la unidad ante cualquier duda que les pudiera surgir, y casi siempre y siempre el 29,4%.

Los porcentajes que presenta el n° 68, en la obtención de información sobre cómo están los pacientes tras el alta de la unidad, el 73,2% plantean que nunca y casi nunca obtienen esa información.

Se encargan de los mismos pacientes cada vez que son ingresados el 55,3% siempre y casi siempre, y a veces el 29,8%, correspondiente al ítem 92.

IV. Resultados

Con respecto al cuidado de los pacientes a lo largo de las diferentes etapas de su enfermedad, n° 94, el 59,6% responden que siempre y casi siempre, y a veces el 23,1%.

Las respuestas dadas en el n° 98 oscilan entre un 24,1% a veces y 24,8% que siempre, cuyo contenido es participar en la planificación del plan de cuidados del paciente, pasando por el 22,1% que lo hacen casi siempre.

Los ítems que exponemos a continuación, Tabla 4.2.9 corresponden a la dimensión

Identidad de la Tarea interpersonal:

El n° 21 hace referencia a que en su unidad, los pacientes se nombran por números de habitación o cama porque hay poca ocasión de aprender sus nombres, el 51,5% manifiesta que nunca y casi nunca sucede, frente al 27,1% que responden que a veces y el 17,4% casi siempre.

N° ítem	Nunca %	Casi nunca %	A veces %	Casi siempre %	Siempre %	N° casos
21	20,4	31,1	27,1	17,4	4	402
24	2,5	9,2	40,2	36,0	12,2	403
58	2	9,2	29	28,3	31,5	403

Tabla 4.2.9

El 40,2% de los encuestados llegan a conocer a veces a las familias de sus pacientes, señalando el 36% que casi siempre, elemento 24.

Conocen a sus usuarios como personas, n° 58, siempre y casi siempre el 59,8%.

La siguiente dimensión que describiremos corresponde a **Autonomía** (Tabla 4.2.10):

Al ítem 16 contestaron el 41,8% que la toma de decisiones clínicas, en actuaciones propias de enfermería, casi nunca está restringida por procedimientos y políticas del centro frente al 28,4% que señalan que siempre y casi siempre existe dicha restricción, con un caso perdido en las respuestas.

El 48,9% toman sus propias decisiones, casi nunca y a veces sobre qué enseñar a los pacientes, (Ejemplo: Dieta a seguir, cómo autoinyectarse), frente al 43,1% que lo hacen siempre y casi siempre, elemento 32.

Tienen la oportunidad de tomar decisiones independientes, siempre y casi siempre el 70,5% acerca de los cuidados de enfermería que realizan a los pacientes (Ejemplo: actividad física diaria, cambios posturales, alimentación), nº 34.

El 50,8% de los profesionales en el ítem 56, tienen facultad para elaborar los diagnósticos enfermeros de los de los pacientes, siempre y casi siempre, apuntando el 25,4% que nunca y casi nunca tienen esa facultad.

Nº ítem	Nunca %	Casi nunca %	A veces %	Casi siempre %	Siempre %	Nº casos
16	7	22,9	41,8	17,7	10,7	402
32	7,9	15,4	33,5	29	14,1	403
34	1,2	3,5	24,8	48,4	22,1	403
56	13,2	12,2	23,8	28,5	22,3	403
69	1,2	3	21,1	37,7	13	403
75	8,2	8,7	23,1	32	28	403
78	2	5,2	17,1	37,7	38	403
83	8,2	8,7	26,1	31	26,1	403
85	10,9	14,6	33,5	25,8	15,1	403
87	10,2	31,3	42,4	13,4	2,7	403
91	25,4	12,7	25,6	19,7	16,7	402

Tabla 4.2.10

IV. Resultados

En cuanto a la facultad para iniciar actuaciones de emergencia, el 74,7% respondieron que siempre y casi siempre, frente al 21,1% que señalaron que a veces.

El 60% tienen facultad, siempre y casi siempre, para evaluar los resultados de los cuidados enfermeros, mientras que el 23,1% cree que a veces, n° 75.

En el elemento 78, el 75,7% reconocieron poder planificar su propio trabajo, siempre y casi siempre.

El 57,1% observaron tener libertad, siempre y casi siempre, para ajustar los planes de cuidados de los pacientes ante un cambio de sus necesidades, mientras que el 26,1% anota que a veces, n° 83.

Perciben que en su centro cuentan con su opinión en la elaboración de sistemas de cuidados y actuaciones, casi siempre el 25,8%, mientras que el 25,5% sienten que nunca y casi nunca cuenta su opinión, frente al 15,1% que plantean que siempre, correspondiente al elemento n° 85.

Al ítem 87, responden el 31,3% de la muestra que casi nunca, no pueden conseguir para los pacientes lo que piensan que precisan, ya que los médicos no tienen en cuenta su opinión (Ejemplo: retirar sonda vesical, cambio de alimentación), mientras que el 42,4% responden que a veces lo consiguen.

Destacar que el ítem 91 presenta un caso perdido, respondiendo al mismo el 36,4% que su supervisora le anima, siempre y casi siempre, a que tome decisiones independientes sobre los cuidados de enfermería de sus pacientes, frente al 38,1% que señalan que nunca y casi nunca.

Los elementos que a seguidamente subrayamos (Tabla 4.2.11) forman parte de la dimensión **Atribución de resultados**:

Señalando el 52,7% que a veces pueden identificar su contribución personal a través de los resultados alcanzados por los pacientes, nº 23, mientras que el 24,4% responden que casi siempre.

Nº ítem	Nunca %	Casi nunca %	A veces %	Casi siempre %	Siempre %	Nº casos
23	6,5	11,2	52,7	24,4	5,2	402
31	9,4	8,9	30	33,5	18,1	403

Tabla 4.2.11

En el ítem 31 el 51,6% dice que siempre y casi siempre las preferencias personales de los enfermos se tienen en cuenta, porque las comentan con los médicos (Ejemplo: “prefiero tomar pastillas a que me pinchen”) mientras que el 30% perciben que a veces lo consiguen.

Centrándonos en la dimensión **Retroalimentación del puesto** (Tabla 4.2.12):

El 43,7% pueden deducir por la evaluación de cuidados, siempre y casi siempre, cuando han solucionado el problema de un paciente, nº 15, frente al 36,5% los que responden que a veces pueden concluir cuando han solucionado el problema.

Nº ítem	Nunca %	Casi nunca %	A veces %	Casi siempre %	Siempre %	Nº casos
15	8,2	11,7	36,5	33,3	10,4	403
37	7,2	9,2	46,9	29,5	7,2	403
54	9,9	10,2	33	25,8	21,1	403

Tabla 4.2.12

IV. Resultados

A si los pacientes le informan de cuándo les hacen sentirse mejor, responden a veces un 46,9% y casi siempre un 29,5%, ítem 37.

El 46,9%, en el n° 54, pueden utilizar los datos clínicos, (Ejemplo: signos vitales, resultados de laboratorio) para conocer su efectividad, siempre y casi siempre y el 33% a veces pueden utilizarlos.

Siguiendo con la dimensión de retroinformación nos centramos a continuación (Tabla 4.2.13) en **Retroalimentación de los agentes:**

El 61,3% cree que en su unidad, se informan mutuamente acerca de su práctica, siempre y casi siempre, mientras que el 24,2% perciben que a veces, n° 7, indicando dos casos perdidos.

En el elemento 14, el 53,5% creen que nunca y casi nunca, la retroalimentación (información) de su supervisor/a, sobre como desempeña su trabajo es algo cotidiano, mientras que el 27,1% perciben que a veces, en este ítem se encuentra un caso perdido, teniendo la media más baja de la escala junto con el ítem 79.

El 32,3% muestran que nunca y casi nunca los médicos le indican cuándo están de acuerdo con sus sugerencias, n° 39, frente a un 37% que responden que a veces y un 25,3% casi siempre.

N° ítem	Nunca %	Casi nunca %	A veces %	Casi siempre %	Siempre %	N° casos
7	4,5	10	24,2	35,4	25,9	401
14	24,9	28,6	27,1	14,4	5	402
39	13,2	19,1	37	25,3	5,5	403
77	4,2	4,7	26,8	43,7	20,6	403
79	23,1	25,8	36	11,9	3,2	403
96	25,8	30,5	31,5	8,7	3,5	403

Tabla 4.2.13

El 64,3% saben siempre y casi siempre, si otros compañeros quieren trabajar con él, n° 77.

El ítem 79, informa sobre si los médicos le dicen lo que piensan de los cuidados que dispensa, señalando el 48,9% de los sujetos estudiados que nunca y casi nunca y un 36% que a veces.

Los médicos le dicen lo que piensan sobre el cumplimiento de su trabajo, nunca y casi nunca el 56,3%, señalando el 31,5% que a veces, n° 96.

Para finalizar el SNJCI exponemos alguno de los ítems de **Interacción requerida** (Tabla 4.2.14):

El 75,5% determinan en el elemento 27, que hablar con los pacientes es una parte esencial de su trabajo, siempre y casi siempre.

En el ítem 48, el 75,7% de las/os enfermeras/os creen que su trabajo requiere trabajar de cerca con otros miembros del equipo de salud, siempre y casi siempre, presentando un caso perdido.

N° ítem	Nunca %	Casi nunca %	A veces %	Casi siempre %	Siempre %	N° casos
27	2,5	6,5	15,6	29,3	46,2	403
48	5,2	5,2	13,9	26,4	49,3	402
57	5,2	8,7	21,3	32,8	32	403
99	31,8	24,3	29,5	7,4	6,9	403

Tabla 4.2.14

Señalan que necesitan coordinarse a veces el 21,3 % con otros profesionales de la salud, para conseguir un trabajo bien hecho, n° 57, y casi siempre y siempre el 64,8%.

Por último, en el n° 99, el 56,1% perciben que su trabajo requiere estar en contacto con el Servicio de Atención al Usuario del hospital, nunca y casi nunca, frente al 29,5% que responden a veces.

D. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE COMO PERCIBEN EL TRABAJO ENFERMERO Y CÓMO SE SIENTEN EN SU DESEMPEÑO Y DESARROLLO PROFESIONAL LAS/OS ENFERMERAS/OS HOSPITALARIAS/OS

A continuación describiremos *como perciben el trabajo enfermero* los profesionales estudiados, a través de la descripción de los ítems de los Estados Psicológicos Críticos: Significado percibido del puesto, responsabilidad y conocimiento de resultados, recordando que presentan una escala de 1 a 7.

Con respecto al **Significado percibido del puesto**, ítem ja7, señalan el 67% que están de acuerdo y totalmente de acuerdo con que el trabajo que desempeñan en su puesto tiene mucho significado para ellos.

La dimensión de **Responsabilidad** (Tabla 4.2.15) va a estar descrita por los siguientes elementos:

Responden a la afirmación: Siento un nivel muy alto de responsabilidad personal por el trabajo que realizo en este puesto, (ja8) que están de acuerdo y totalmente de acuerdo el 78,7%.

El 79,6% están de acuerdo y totalmente de acuerdo con la aseveración del ítem ja12: Siento que debo responsabilizarme personalmente por los resultados correctos o incorrectos de mi trabajo.

N° ítem	Totalmente desacuerdo %	En desacuerdo %	Un poco desacuerdo %	Neutral %	Un poco acuerdo %	De acuerdo %	Totalmente de acuerdo %	N° casos
Ja8	-	1,7	2,5	7,2	9,9	39,2	39,5	403
Ja12	0,7	2,7	3	4,7	9,2	42,8	36,8	402
Ja15	6,9	9,7	10,2	3,7	12,4	29	28	403

Tabla 4.2.15

El contenido del ítem ja15: El que haga bien o mal mi trabajo es enteramente de mi responsabilidad; con este elemento están de acuerdo y totalmente de acuerdo el 55%, estando un poco de acuerdo con el mismo el 12,4%.

La tercera y última dimensión que conforman los Estados Psicológicos Críticos es **Conocimiento de los resultados**

Normalmente, saben si su desempeño es correcto o no, estando el 87,1% de acuerdo y totalmente de acuerdo, ja5.

En el n° ja11: Con frecuencia tengo dudas al pensar si estoy haciendo bien o mal mi trabajo; exponen el 41,5% estar totalmente en desacuerdo y en desacuerdo, frente al 13,4% que están de acuerdo y totalmente de acuerdo, pasando el 19,9% a estar un poco de acuerdo.

Mediante las variables de Resultados Personales describimos *como se sienten en el desempeño y desarrollo profesional* las/os enfermeras/os hospitalarias/os, con respecto a Motivación interna, Satisfacción General y Satisfacción con la autorrealización.

La dimensión **Motivación interna** (Tabla 4.2.16):

IV. Resultados

Están de acuerdo y totalmente de acuerdo el 85,5% con que su opinión de sí mismo/a mejora o aumenta cuando hace bien su trabajo, presenta un caso perdido el elemento ja2.

Siento una gran satisfacción personal cuando hago bien mi trabajo; el 95,8% están totalmente de acuerdo y de acuerdo con la afirmación del ítem ja6, posicionándose todos en alguna alternativa de la escala, excepto en total desacuerdo.

Nº ítem	Totalmente desacuerdo %	En desacuerdo %	Un poco desacuerdo %	Neutral %	Un poco acuerdo %	De acuerdo %	Totalmente de acuerdo %	Nº casos
Ja2	2	1,7	05	5	5,7	34,6	50,5	402
Ja6	-	0,7	0,2	1,7	1,5	31,8	64	403
Ja10	2,2	1,7	1,5	3,2	10,7	41,2	39,5	403

Tabla 4.2.16

El elemento ja10: Me siento mal o insatisfecho/a cuando me doy cuenta de que no he hecho bien mi trabajo, señalan el 80,7% estar de acuerdo y totalmente de acuerdo.

La dimensión **Satisfacción General** (Tabla 4.2.17) la describimos a través de los ítems siguientes:

ja3: En general, estoy muy satisfecho/a con este trabajo, estando de acuerdo el 41,9%, un poco de acuerdo el 15,9% y totalmente de acuerdo el 19,9%.

Están en desacuerdo y total desacuerdo el 54,3% de las/os enfermeras/os con la afirmación de: Con frecuencia pienso en dejar este puesto, perteneciente al nº ja9, frente al 26% que responden estar un poco de acuerdo y de acuerdo.

Nº ítem	Totalmente desacuerdo %	En desacuerdo %	Un poco desacuerdo %	Neutral %	Un poco acuerdo %	De acuerdo %	Totalmente de acuerdo %	Nº casos
Ja3	1	7,9	6,9	6,5	15,9	41,9	19,9	403
Ja9	27,5	26,8	6,2	8,7	16,6	10,4	3,7	403
Ja13	1	3,7	5	5,5	14,1	50,1	20,6	403

Tabla 4.2.17

El 70,7% indican estar de acuerdo y totalmente de acuerdo en que en general, están satisfechos/as con el tipo de trabajo que desempeñan en su puesto, ja13.

La última dimensión de las variables de Resultado es **Satisfacción con la autorrealización**, (Tabla 4.2.18):

De los profesionales de enfermería estudiados afirman el 39,2% estar satisfechos del grado de realización y de desarrollo personal que obtienen al desempeñar su puesto, nº jb3, algo satisfechos el 20,3%, frente a insatisfecho y algo insatisfecho del 22,5%.

Están satisfechos con respecto al ítem jb6, el 47,9%: El sentimiento de autorrealización que obtengo al hacer mi trabajo, mientras que el 20,8% están algo satisfechos y el 15,1% muy satisfechos.

Con respecto al grado de independencia de ideas y acción que pueden ejercer en su puesto, nº jb10, están algo satisfechos y satisfechos el 42,4% e insatisfechos y algo insatisfechos el 32,5%, señalando la posición neutral del 22,3% de los sujetos estudiados.

Nº ítem	Muy insatisfecho %	Insatisfecho %	Algo insatisfecho %	Neutra l %	Algo satisfecho %	Satisfecho %	Muy satisfecho %	Nº casos
Jb3	2,5	11,7	10,9	8,2	20,3	39,2	7,2	403
Jb6	1,5	4	5	5,7	20,8	47,9	15,1	403
Jb10	2	16,1	16,4	22,3	25,8	16,6	0,7	403
Jb13	3,7	9,9	12,7	14,1	22,1	29,5	7,9	403

Tabla 4.2.18

IV. Resultados

El 51,6% sostienen que están algo satisfechos y satisfechos en el ítem jb13: La medida en que mi puesto es estimulante.

Las variables Moduladoras nos ayudarán a describir como se sienten los profesionales con respecto a la Satisfacción con el contexto (Satisfacción con la paga, con la seguridad, satisfacción social y con la supervisión) y con la Intensidad de necesidad de autorrealización.

Los resultados de la dimensión **Satisfacción con la paga** los exponemos a continuación:

Correspondiendo al n° jb2: La cantidad de la paga y los complementos que reciba; estando muy insatisfechos e insatisfechos el 54,3%, algo insatisfechos el 21,8% y satisfechos el 11,7%.

En relación a la medida en que su contribución a la organización o empresa está bien pagada, jb9, el 49,5% responden estar muy insatisfechos e insatisfechos con la misma, algo insatisfechos el 22,1%, sin posicionarse el 12,4%, es decir neutral y el resto de la escala es inferior a 8%, este elemento muestra un caso perdido.

Presentamos a continuación la dimensión **Satisfacción con la seguridad** en el puesto:

Con respecto al ítem jb1: Grado de seguridad o estabilidad que tengo en el puesto, el 23,3% se sitúan en la escala entre muy insatisfecho e insatisfecho, frente al 43,4% que se posicionan en el extremo opuesto, satisfecho el 34,7% y muy satisfecho el 15,4%.

Centrándonos en la seguridad que sienten respecto a su futuro en la organización o empresa, jb11, el 27% dicen estar muy insatisfechos e insatisfechos, mientras que el

25,8% aseguran estar satisfechos, el 11,7% y el 14,1% afirman estar algo insatisfecho y algo satisfecho respectivamente.

En la Tabla 4.2.19 se muestran los porcentajes de los elementos que configuran la dimensión **Satisfacción social**:

En el elemento jb4, que hace referencia a la gente con la que hablan y con la que trabajan en su puesto, se sienten algo satisfechos el 16,9% y satisfechos el 55,6%.

Nº ítem	Muy insatisfecho %	Insatisfecho %	Algo insatisfecho %	Neutral %	Algo satisfecho %	Satisfecho %	Muy satisfecho %	Nº casos
Jb4	-	2,2	5	6,7	16,9	55,6	13,6	403
Jb7	0,2	2,2	4	22,3	14,9	45,2	11,2	403
Jb12	-	0,7	1,2	6,9	12,4	55,1	23,6	403

Tabla 4.2.19

El 45,2% señalan estar satisfechos con la oportunidad de conocer otras personas mientras realizan su trabajo, jb7, y algo satisfechos el 14,9%.

Centrándose en la posibilidad de ayudar a otras personas mientras trabajan, correspondiente al ítem jb12, señalan estar muy satisfechos y satisfechos el 78,7% de las/os enfermeras/os.

Continuando con las variables Moduladoras, la siguiente dimensión correspondería a **Satisfacción con la supervisión** (Tabla 4.2.20):

Sostiene el 43,4% que están satisfechos del grado de respeto y de trato justo que recibe de su jefe, nº jb5, algo satisfechos el 12,2% y muy satisfechos el 13,6%.

IV. Resultados

Respecto al grado de orientación y de apoyo que reciben de su supervisor/a, correspondiendo al ítem jb8, aseguran estar satisfechos el 31,5%, destacando que existe un 18,4% que se sitúa en el punto central, ni satisfecho ni insatisfecho.

N° ítem	Muy insatisfecho %	Insatisfecho %	Algo insatisfecho %	Neutral %	Algo satisfecho %	Satisfecho %	Muy satisfecho %	N° casos
Jb5	2,7	6	8,4	13,9	12,2	43,2	13,6	403
Jb8	7,7	10,9	8,7	18,4	16,4	31,5	6,5	403
Jb14	6	14,9	9,5	25,1	14,2	24,6	5,7	402

Tabla 4.2.20

En el elemento jb14: La calidad global de la supervisión que recibo en mi trabajo, un 14,9% afirman estar insatisfechos, con un 25,1% que se posicionan en la parte neutral de la escala, mientras que el 24,6% parecen estar satisfechos con la calidad de la supervisión.

Para finalizar la descripción de *como se sienten en el desarrollo profesional*, pasamos a mostrar los resultados correspondientes a **Intensidad de necesidad de autorrealización**, Tabla 4.2.21, recordamos que la escala utilizada en esta dimensión (de 4 a 10) es diferente a las escalas anteriores y en la que se pretende medir el grado en que les gustaría tener en su puesto de trabajo las siguientes características:

Con respecto a tener un trabajo estimulante y retador, n° jd2, muestra dos casos perdidos y afirman que les gustaría tenerlo mucho el 30,9%, y el 36,4% señalan que muchísimo.

Centrándonos en el n° jd3: Posibilidad de pensar y actuar con independencia en mi puesto, se sitúan en la escala de mucho a muchísimo el 87% de las/os enfermeras/os.

El 58,2% les gustaría muchísimo tener la oportunidad de aprender cosas nuevas en su trabajo, perteneciente al n° jd6.

N° ítem	Me gustaría tenerla (MGT): moderadamente %	MGT Un poco más %	MGT Tenerla bastante %	MGT Mucho %	MGT Mucho más %	MGT Bastante más %	MGT Muchísimo %	N° casos
Jd2	8,2	2,2	4,7	30,9	7,5	10	36,4	401
Jd3	6	3	4	32,3	10,4	10,7	33,6	402
Jd6	2,2	0,2	1,7	15,9	8,2	13,4	58,2	402
Jd8	4,2	1	4,5	24,1	12,9	10,4	42,8	402
Jd10	4,2	2,5	4,5	18,7	7,5	11,9	50,7	402
Jd11	2,5	0,2	2,5	18,9	7,2	14,7	54	402

Tabla 4.2.21

El 42,8% reconocen que les gustaría muchísimo tener la posibilidad de ser creativo/a e imaginativo/a en su trabajo.

En cuanto a la oportunidad de desarrollo y progreso personal en su puesto, jd10, afirman el 50,7% que les gustaría tener dicha oportunidad muchísimo.

A la posibilidad de realización personal en su trabajo, jd11, el 54 % señalan que les gustaría muchísimo tenerla.

Se pierde un caso en los últimos cinco elementos.

Los ítems de esta misma sección del cuestionario que no se contemplan en la operativización de Intensidad de necesidad de autorrealización los vamos a considerar como **otros elementos** (Tabla 4.2.22), comentar que en cada uno de los ítems se pierden de uno a tres casos.

Les gustaría tener muchísimo el respeto y trato justo por parte de su supervisor, el 48,3%, n° jd1.

IV. Resultados

El elemento jd4 hace referencia a una gran seguridad de permanencia en el puesto, al que responden el 59,1% les gustaría tenerla muchísimo.

Nº ítem	Me gustaría tenerla (MGT): moderadamente %	MGT Un poco más %	MGT Tenerla bastante %	MGT Mucho %	MGT Mucho más %	MGT Bastante más %	MGT Muchísimo %	Nº casos
Jd1	3,8	4,3	5	28	5	5,8	48,3	400
Jd4	5,2	2	2,2	15,5	5,7	10,2	59,1	401
Jd5	2,2	1,2	2	16,9	6	7	64,7	402
Jd7	1,5	1,5	2,2	15,9	6,5	6,2	66,2	402
Jd9	18	8,8	7,3	23,5	6,5	9,3	26,8	400

Tabla 4.2.22

Les gustaría muchísimo al 64,7%, tener a compañeros de trabajo agradables, jd5.

Con respecto al ítem jd7 el 66,2% les gustaría muchísimo tener un salario alto y grandes primas.

El jd9 trata sobre las promociones rápidas, el 18% señalan que les gustaría tenerla moderadamente, el 23,5% les gustaría tenerlo mucho, y el 26,8% muchísimo.

E. ESTUDIO COMPARATIVO ÍNTER CENTROS HOSPITALARIOS DE LAS DIMENSIONES CENTRALES DEL PUESTO- ESTADOS PSICOLOGICOS CRITICOS- VARIABLES RESULTADO Y VARIABLES MODULADORAS

En el Anexo N° 10 se recogen las expresiones utilizadas para el cálculo de las dimensiones presentadas en este apartado.

Al igual que en el apartado correspondiente a los Centros de Salud, los Hospitales han sido numerados para mantener la confidencialidad de los resultados.

En el Anexo N° 11.B se muestran las medias y desviaciones típicas de las diferentes

variables que conforman las dimensiones del SNJCI y del JDS, correspondientes a los cinco Hospitales (Hal) estudiados.

- **Dimensiones Centrales del Puesto (DCP):** La media máxima 4,03 ($\pm 0,40$), que muestra la variable **Importancia de la tarea**, en la Figura 4.2.16 se sitúa en el Hal n° 5 entendiendo que el empleo es casi siempre reconocido por otros, tanto a nivel intra como extraorganizacional, siendo el Hal n° 3 el que presenta una media más baja, 3,55 ($\pm 0,54$); el resto de los centros está próximo al cuatro.

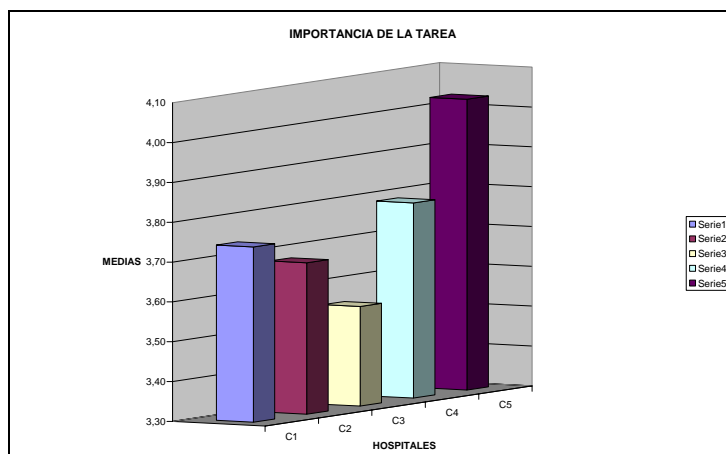


Figura 4.2.16

En la Figura 4.2.17 que representa a **Variabilidad de destreza**, se puede observar cómo la media se encuentra entre 3,22 ($\pm 0,49$) correspondiéndole al Hal n° 2 y 3,44 ($\pm 0,48$) al Hal n° 3; en el que el empleo requiere a veces realizar diferentes actividades que precisan de distintas habilidades.

IV. Resultados

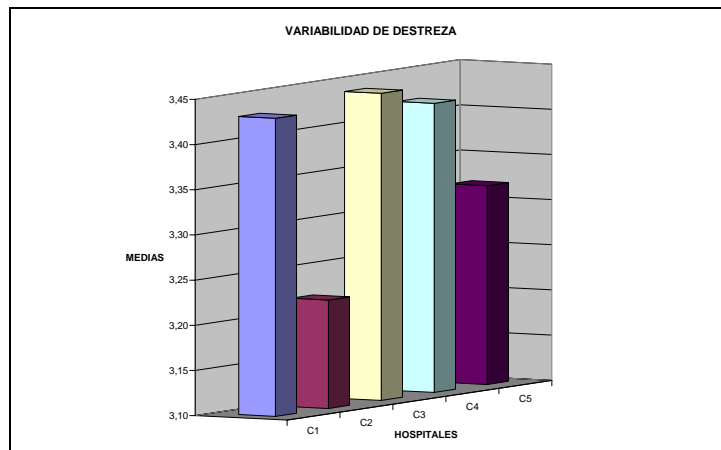


Figura 4.2.17

Los profesionales de enfermería hospitalaria casi nunca y a veces perciben que realizan un trabajo completo e identificable, perteneciendo a la variable **Identidad de la tarea relacionada con el trabajo**, ya que la media oscila entre 2,61 ($\pm 0,44$), Hal n° 1 y 3,10 ($\pm 0,47$), Hal n° 5, (Figura 4.2.18).

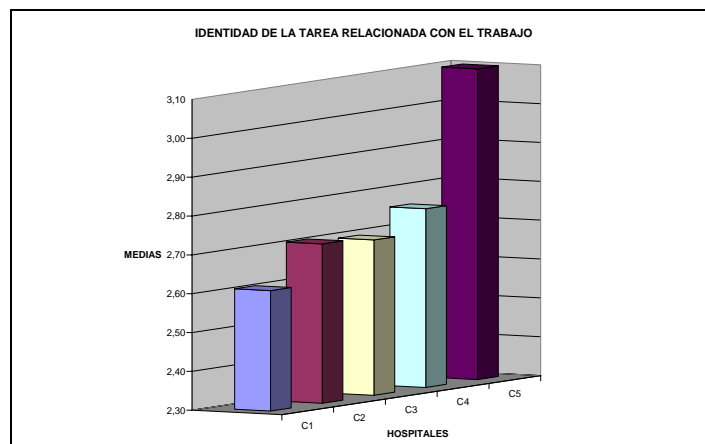


Figura 4.2.18

En la siguiente variable, **Identidad de la tarea interpersonal**, (Figura 4.2.19) el Hal n° 5 es el que presenta mayor media 3,58 ($\pm 0,59$) y la mínima de 3,33 ($\pm 0,62$)

corresponde al Hal n° 1, haciendo referencia a que la relación con la persona a la que se atiende forma a veces parte del proceso.

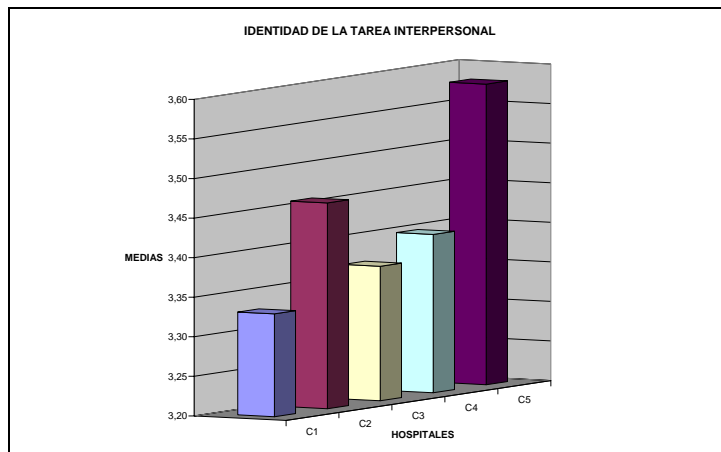


Figura 4.2.19

En la variable **Autonomía**, las/os enfermeras/os del Hal n° 3 y 5 señalan que a veces son independientes para poder planificar y desarrollar su trabajo, teniendo de media 3,23 ($\pm 0,44$) y 3,68 ($\pm 0,48$) respectivamente, (Figura 4.2.20).

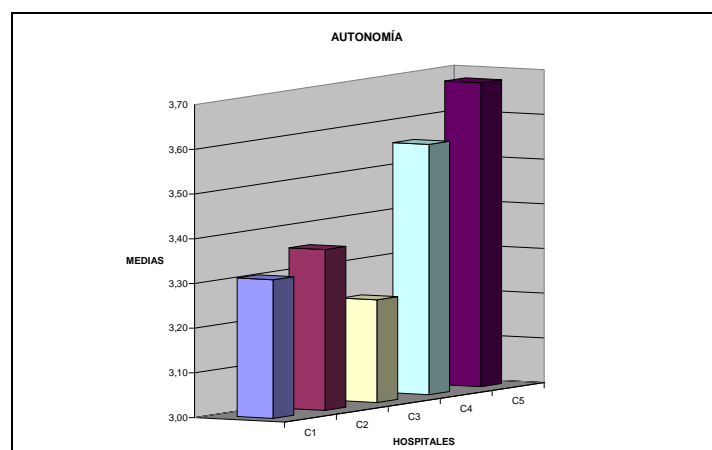


Figura 4.2.20

IV. Resultados

Centrándonos en **Atribución de resultados**, (Figura 4.2.21) la media fluctúa entre 3,33 ($\pm 0,54$) y 3,78 ($\pm 0,53$) correspondiendo a los Hal n° 3 y 5 individualmente, contestando las/os enfermeras/os de este nivel de atención que pueden discernir a veces y muchas veces el resultado de sus esfuerzos individuales, en el trabajo final.

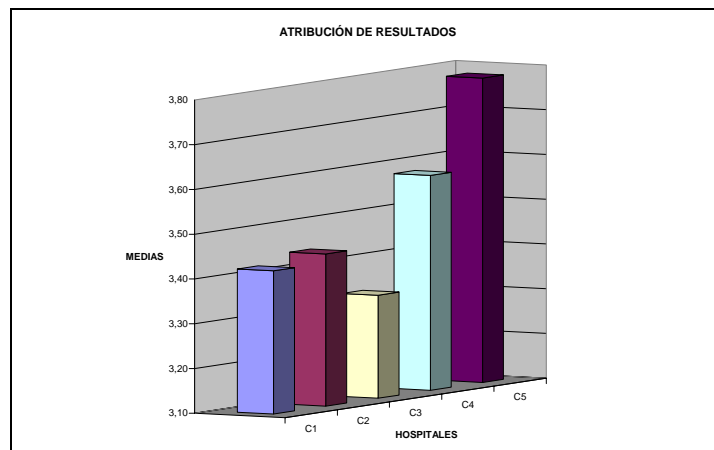


Figura 4.2.21

Los profesionales de enfermería del Hal n° 3 y 5 muestran en la Figura 4.2.22 una media de 2,98 ($\pm 0,72$) y 3,61 ($\pm 0,61$) respectivamente en **Retroalimentación del puesto**, describiendo que las actividades que requiere el empleo, ofrecen por si mismas, a veces, una información directa sobre la efectividad de su desempeño.

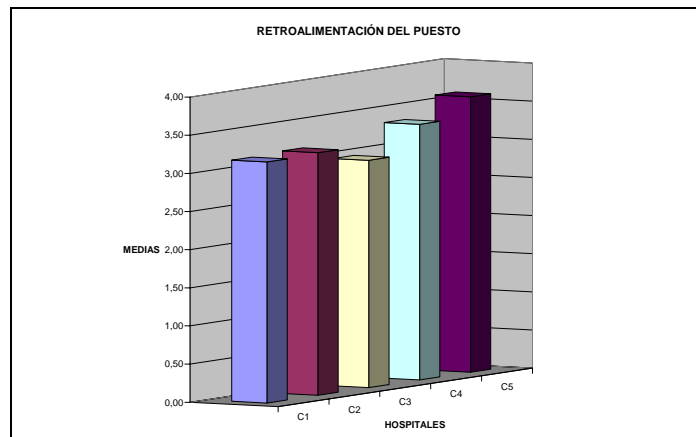


Figura 4.2.22

La media que presenta la variable **Retroalimentación de los agentes** (Figura 4.2.23) se encuentra situada entre 2,64 ($\pm 0,58$), Hal n° 1 y 3,03 ($\pm 0,922$), Hal n° 5, haciendo referencia a que casi nunca y a veces reciben información sobre el desempeño de su trabajo por parte de compañeros y supervisores.

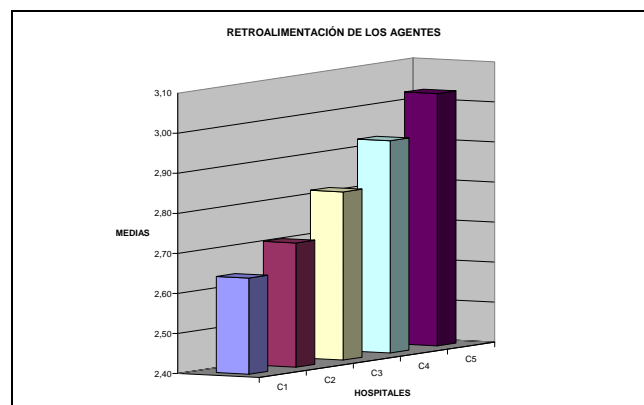


Figura 4.2.23

La última variable de las DCP es **Interacción requerida** con una media situada entre 3,45 ($\pm 0,63$) y 3,92 ($\pm 0,50$) correspondiendo a los Hales n° 1 y 5 respectivamente,

aludiendo a que el desempeño del trabajo precisa a veces y casi siempre contactos con otras personas (Figura 4.2.24).

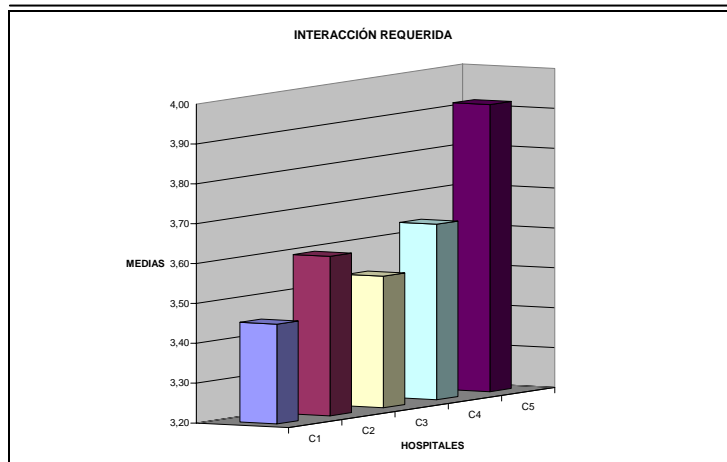


Figura 4.2.24

- **Estados Psicológicos Críticos (EPC):** En la Figura 4.2.25 se muestra que la media máxima de **Significado percibido del puesto**, se encuentra en el Hal n° 3 de 4,07 ($\pm 0,69$) y la mínima 3,87 ($\pm 0,58$) la presenta el Hal n° 1, siendo el grado en que el empleado experimenta el trabajo significativo, valioso y de mérito, estando ambas próximas al punto neutral. (Se recuerda el rango de la escala utilizada de 1 “totalmente en desacuerdo” o “totalmente insatisfecho/a” a 7 “totalmente de acuerdo” o “muy satisfecho”).

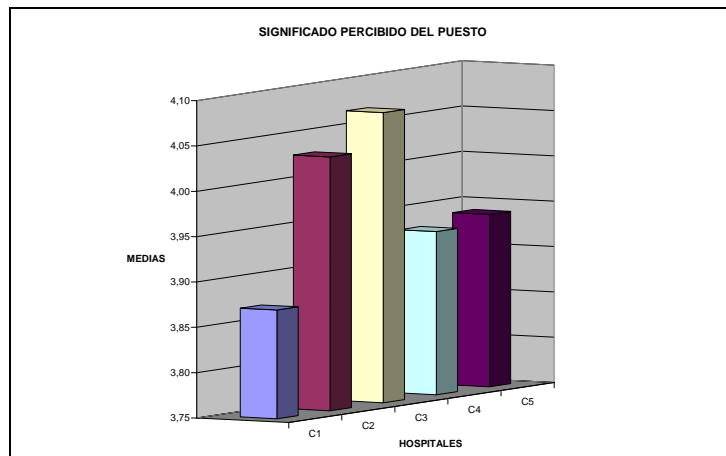


Figura 4.2.25

La media máxima perteneciente a **Responsabilidad por los resultados del trabajo** (Figura 4.2.26) es de 5,17 ($\pm 0,94$), Hal n° 5 y la mínima 4,84 ($\pm 0,89$), Hal n° 2, estando las/os enfermeras/os de los Centros un poco de acuerdo en que se sienten personalmente responsables de los resultados obtenidos en el trabajo.

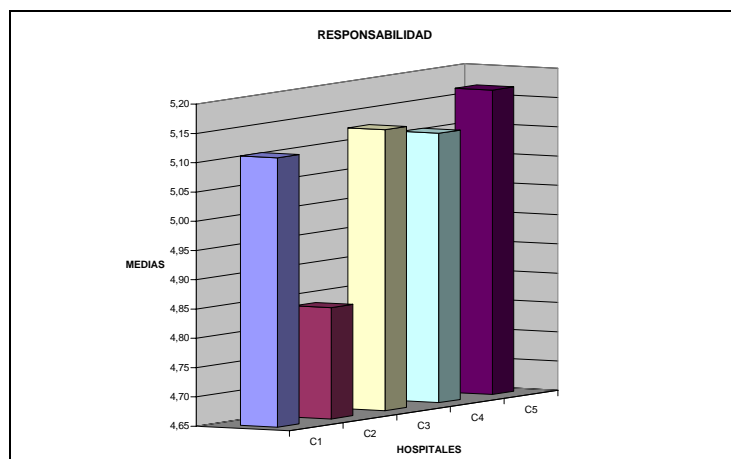


Figura 4.2.26

Para finalizar los EPC analizamos el **Conocimiento de resultados** con las medias entre 4,50 ($\pm 0,94$) y 5,17 ($\pm 0,79$), Hales n° 5 y 3 respectivamente, situándose estos profesionales en la escala un poco de acuerdo y casi neutral ante la afirmación de que ellos conocen y valoran la eficacia en el desempeño de su trabajo (Figura 4.2.27).

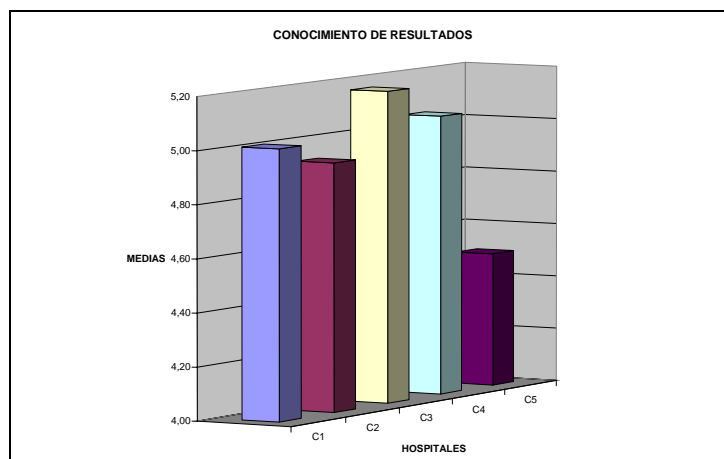


Figura 4.2.27

• **Variables de Resultado:** En **Motivación interna del trabajo** (Figura 4.2.28) objetivamos en los Hales n° 1, 4 y 5 la media más alta de 5,14 ($\pm 0,56$; $\pm 0,51$; $\pm 0,63$) respectivamente y la mínima de 4,92 ($\pm 0,56$) en el Hal n° 2, estando en la escala más próxima a un poco de acuerdo en el que el profesional es automotivado para realizar eficazmente el trabajo, evaluando las sensaciones internas positivas que experimenta al trabajar con eficacia y las sensaciones internas negativas al hacerlo mal.

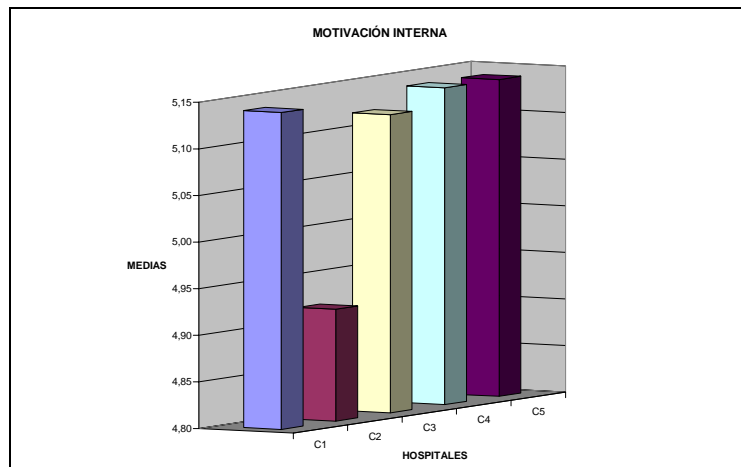


Figura 4.2.28

En **Satisfacción General** la media máxima la presenta el Hal n° 5 con 4,67 ($\pm 0,58$) y la mínima de 4,32 ($\pm 0,75$) el n° 2, haciendo referencia a una medida global del grado en que el empleado está satisfecho con su trabajo (Figura 4.2.29).

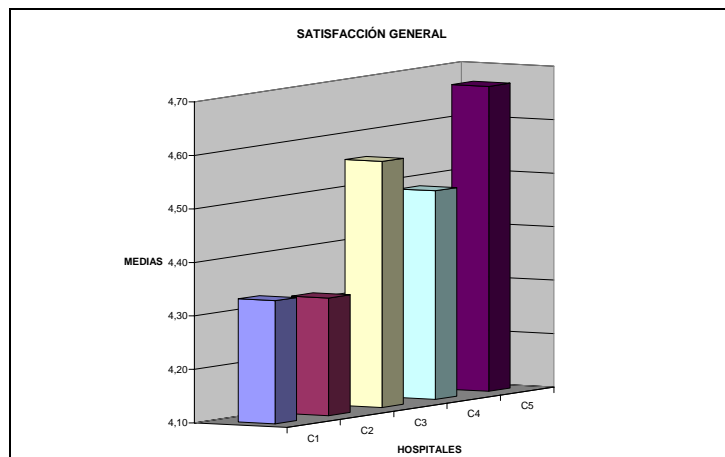


Figura 4.2.29

La oportunidad percibida por el trabajador para su crecimiento y desarrollo personal en el trabajo, es lo que se denomina **Satisfacción con la autorrealización**, (Figura 4.2.30) presentando una media máxima de 5,17 ($\pm 0,89$), Hal n° 5, en el que los profesionales de enfermería parecen estar algo satisfechos con el trabajo que desarrollan y el n° 1 presenta la media más baja, 4,55 ($\pm 1,25$) posicionándose entre neutral y algo satisfechos.

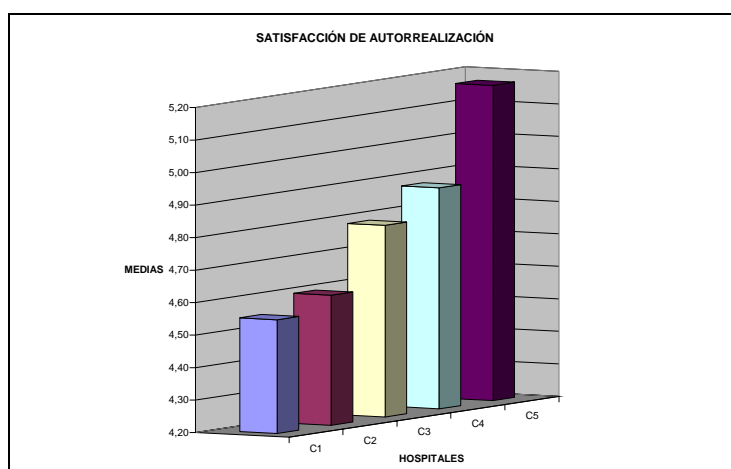


Figura 4.2.30

- **Variables Moduladores:** Están formadas por la **Satisfacción con el contexto** la cual nos proporciona información de la satisfacción del profesional con la paga y otras remuneraciones; satisfacción con la seguridad en el puesto; satisfacción social y satisfacción con la supervisión; la segunda variable que la constituye es la **Intensidad de necesidad de autorrealización**.

Comenzamos esta dimensión con la **Satisfacción con la paga**, constatando en la Figura 4.2.31 que la media máxima la recoge el Hal n° 5 con 4,08 ($\pm 1,55$) y la mínima el n° 2 con 2,52 ($\pm 1,42$).

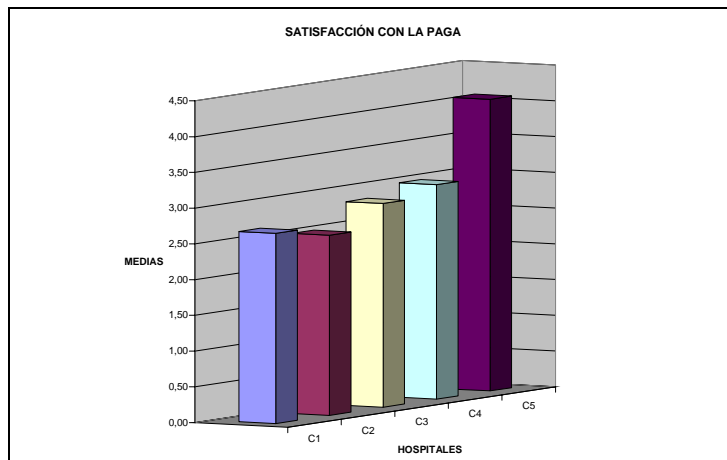


Figura 4.2.31

La media más alta en **Satisfacción con la seguridad en el puesto** (Figura 4.2.32) se sitúa en el Hal nº 5, con 4,88 (\pm 1,68) y el nº 1 recoge la mínima 4,05 (\pm 1,77), disponiéndose en la escala entre neutral y próximo a algo satisfecho.

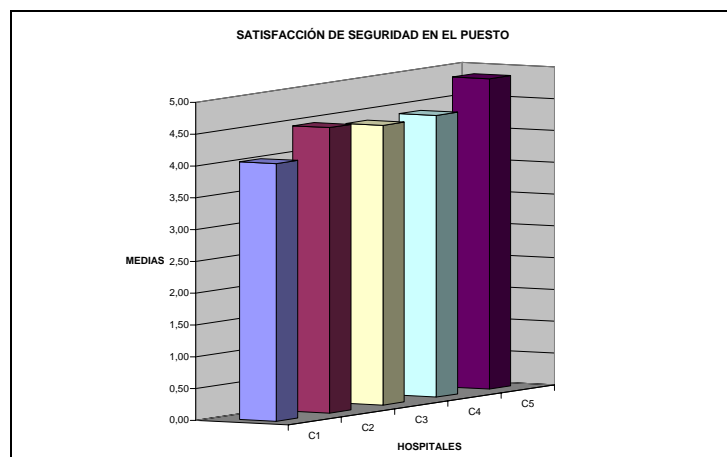


Figura 4.2.32

Una de las medias máximas de esta dimensión pertenece a **Satisfacción social**, con 5,69(\pm 0,80), Hal nº 5, (Figura 4.2.33), mientras que la mínima de 5,45 (\pm 0,90) la alberga el Hal nº 2, estando los profesionales de enfermería en la escala algo más satisfechos.

IV. Resultados

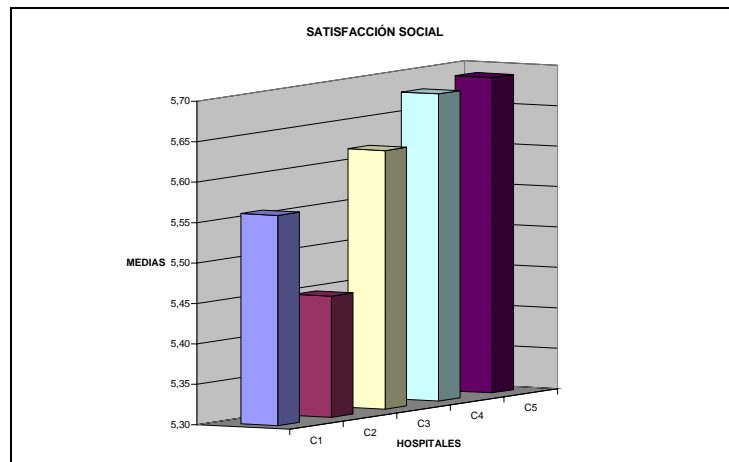


Figura 4.2.33

Para finalizar las variables de Satisfacción con el contexto presentamos a continuación **Satisfacción con la supervisión**, ofreciendo el Hal nº 5 la media más alta de la misma 5,30 ($\pm 0,99$) y la mínima 3,96 ($\pm 1,57$) la recoge el Hal nº 1, situándose próxima a neutral y algo insatisfecho (Figura 4.2.34).

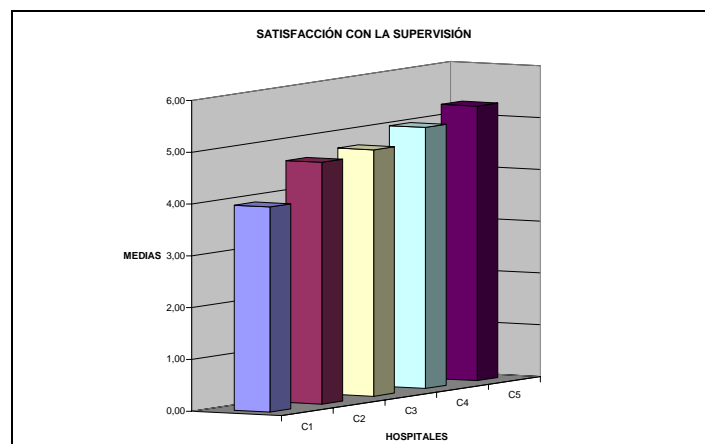


Figura 4.2.34

Terminamos este apartado con la **Intensidad de necesidad de autorrealización**, (Figura 4.2.35) situándose en el Hal nº 1 la media máxima 5,58 ($\pm 1,27$) y 5,10 (± 2) de mínima en el Hal nº 5, posicionándose estos profesionales en que les gustaría lograr mucho más un crecimiento y desarrollo personal mediante su trabajo.

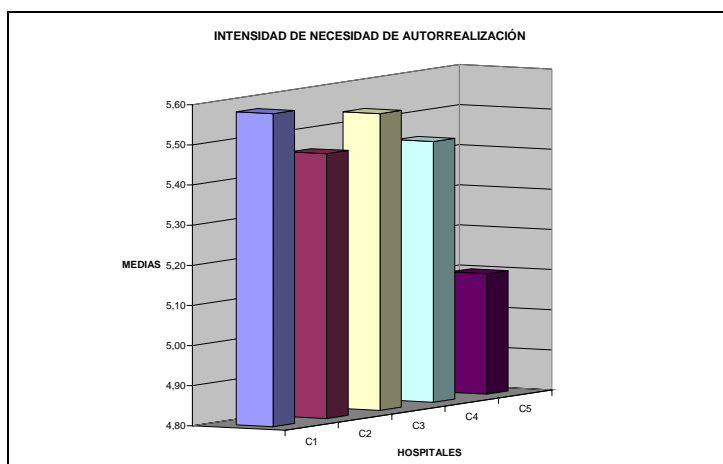


Figura 4.2.35

F. DIMENSIONES CENTRALES DEL PUESTO Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE PROFESIÓN

Al igual que en la muestra de los profesionales de enfermería comunitaria, no se cumple la normalidad en algunos casos. Según Tabachnich y Fidell (1989) esto es esperable con muestras grandes, por lo que hemos optado por la aplicación de pruebas paramétricas (Análisis de la varianza con un factor y t de Student), ya que no se violan el resto de los supuestos.

Mediante la t de Studen para muestras independientes se observó que ninguna de las DCP muestra diferencias significativas con respecto al Sexo. La homoscedasticidad se

IV. Resultados

cumple en todas ellas. Mostramos a continuación los valores de la prueba de Levene para la igualdad de varianzas, correspondientes a cada una de las dimensiones respetando el orden que se presenta en la Tabla 4.2.23; (1) $F = 1,312$, (N.S.); (2) $F = 0,205$, (N.S.); (3) $F = 0,029$ (N.S.); (4) $F = 0,065$, (N.S.); (5) $F = 2,950$, (N.S.); (6) $F = 0,354$, (N.S.); (7) $F = 0,442$, (N.S.); (8) $F = 0,220$, (N.S.); (9) $F = 0,453$ (N.S.).

DCP	Sexo	Estadístico t	g.l.	P
(1) Importancia de la Tarea		0,974	389	N.S
(2) Variabilidad de destreza		1,007	399	N.S
(3) Identidad tarea relacionada trabajo		0,025	397	N.S
(4) Identidad tarea interpersonal		-1,942	399	N.S
(5) Autonomía		0,490	393	N.S
(6) Atribución de Resultados		0,816	400	N.S
(7) Retroalimentación del puesto		0,020	401	N.S
(8) Retroalimentación de los agentes		-0,035	395	N.S
(9) Interacción requerida		-0,827	400	N.S

Tabla 4.2.23

De la misma forma que en enfermería comunitaria, se categorizaron las variables Tiempo en el trabajo actual, Tiempo trabajado de enfermeras/os y Años que finalizó la carrera, con base en los cuarteles 25, 50, 75.

No presentan diferencias significativas ninguna de las DCP con las variables Tiempo trabajado de enfermera/o, Tiempo que finalizó la carrera y Situación administrativa, comprobado mediante el Análisis de la Varianza con un factor. (Tablas 2.24 y 2.25).

DCP	Tiempo trabajado enfermera/o			Tiempo que finalizó carrera		
	Estadístico F	g.l.	P	Estadístico F	g.l.	P
Importancia de la Tarea	0,058	2	N.S	0,279	2	N.S
Variabilidad de destreza	0,108	2	N.S.	1,031	2	N.S.
Identidad tarea relacionada trabajo	0,624	2	N.S	0,445	2	N.S
Identidad tarea interpersonal	0,994	2	N.S	1,037	2	N.S
Autonomía	0,377	2	N.S	0,826	2	N.S
Atribución de Resultados	0,688	2	N.S	0,306	2	N.S
Retroalimentación del puesto	0,530	2	N.S	0,940	2	N.S
Retroalimentación de los agentes	0,372	2	N.S	0,162	2	N.S
Interacción requerida	0,927	2	N.S.	1,084	2	N.S.

Tabla 4.1.24

DCP	Situación administrativa	Estadístico F	g.l.	P
Importancia de la Tarea		0,040	2	N.S
Variabilidad de destreza		0,254	2	N.S.
Identidad tarea relacionada con trabajo		0,891	2	N.S
Identidad tarea interpersonal		0,059	2	N.S
Autonomía		0,869	2	N.S
Atribución de Resultados		0,112	2	N.S.
Retroalimentación del puesto		1,572	2	N.S
Retroalimentación de los agentes		0,573	2	N.S
Interacción requerida		0,230	2	N.S.

Tabla 4.2.25

Como se puede observar en la Tabla 4.2.26 muestran diferencias significativas con la dimensión Interacción requerida la variable Tiempo en el trabajo actual ($F = 3,818$; $g.l = 2$ y $p = 0,023$). Mediante la prueba post hoc de Scheffé se concretaron las diferencias de medias (I-J) = 0,1729 estadísticamente significativas, ($p < 0,05$) entre el grupo 1,

enfermeras/os hospitalarias/os que llevan en el trabajo actual ≤ 3 años y el grupo 3 (≥ 10 años); IC al 95% de 0,0093 a 0,3365. (Figura 4.2.36).

DCP	Tiempo trabajo actual			Planes de cuidados		
	Estadístico F	g.l.	P	Estadístico F	g.l.	P
Importancia de la Tarea	0,419	2	N.S	6,411	3	0,000*
Variabilidad de destreza	0,210	2	N.S.	0,556	3	N.S.
Identidad tarea relacionada trabajo	0,895	2	N.S	8,451	3	0,000*
Identidad tarea interpersonal	0,184	2	N.S	3,206	3	0,023*
Autonomía	1,237	2	N.S	10,196	3	0,000*
Atribución de Resultados	0,211	2	N.S	2,585	3	N.S
Retroalimentación del puesto	1,703	2	N.S	10,157	3	0,000*
Retroalimentación de los agentes	0,053	2	N.S	6,550	3	0,000*
Interacción requerida	3,818	2	0,023*	1,357	3	N.S.

*p < 0,05

Tabla 4.2.26

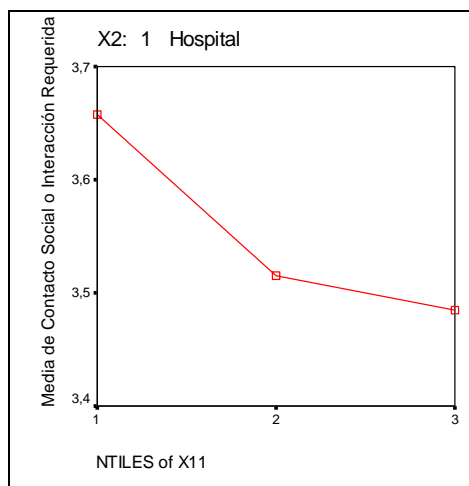


Figura 4.2.36

Las dimensiones siguientes presentan diferencias significativas con respecto a la variable Planes de cuidados (Tabla 4.2.26). Importancia de la tarea (F = 6,411; gl = 3 y p

= 0,000); siendo las diferencias de medias entre el grupo 1, que no realizan ningún plan de cuidados, y el grupo 2, los que realizan de 1 a 3, (I-J) = -0,2038, (p<0,05); IC al 95% de -0,3625 a -0,0452 y el grupo 1 con el grupo 4, que realizan más de 8, (I-J) = -0,2317, (p<0,05); IC al 95% de -0,4367 a -0,0266, halladas ambas mediante la prueba de Scheffé, (Figura 4.2.37).

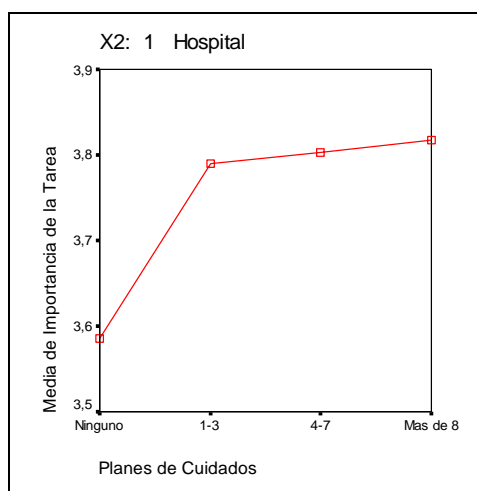


Figura 4.2.37

Mediante la prueba post hoc de Scheffé, las diferencias de medias de Identidad de la tarea relacionada con el trabajo con la variable Planes de cuidados (Tabla 4.2.26) (F = 8,451; gl = 3 y p = 0,000); muestran significación estadística, el grupo 1 (ningún plan de cuidados) con el grupo 2 (1-3), (I-J = -0,1792, (p<0,05); IC al 95% de -0,3195 a -0,0389); con el grupo 3 (4-7), (I-J = -0,2660, (p<0,05); IC al 95% de -0,4916 a -0,0405) y con el grupo 4 (más de 8) (I-J = -0,2490, (p<0,05); IC al 95% de -0,4325 a -0,0656), (Figura 4.2.38).

IV. Resultados

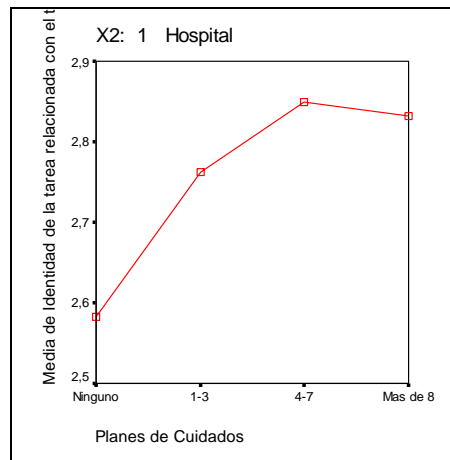


Figura 4.2.38

Identidad de la tarea interpersonal presenta diferencias estadísticamente significativas (Tabla 4.2.26) entre el grupo 1, que no realiza ningún plan de cuidados, y el grupo 3 (4-7), ($F = 3,206$; $gl = 3$ y $p = 0,023$). Mediante la prueba post hoc de Scheffé se concretaron las diferencias de medias $(I-J) = -0,3409$, ($p < 0,05$) e IC al 95% de $-0,6654$ a $0,00164$, (Figura 4.2.39).

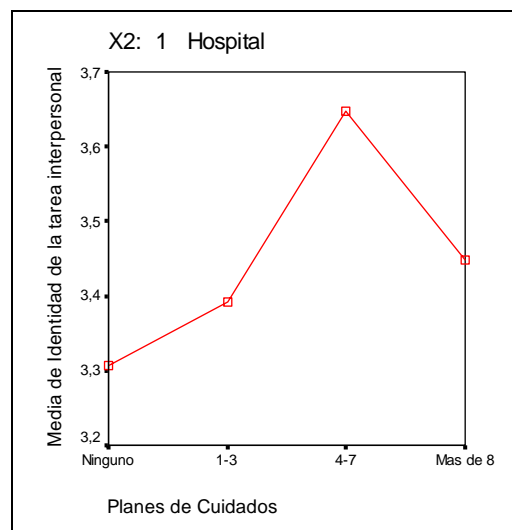


Figura 4.2.39

Presenta diferencias significativas Autonomía con Planes de cuidados (Tabla 4.2.26), ($F = 10,196$; $gl = 3$ y $p = 0,000$); el grupo 1 (ningún plan de cuidados) con el grupo 2 (1-3), ($I-J = -0,2559$, ($p < 0,05$); IC al 95% de $-0,4159$ a $-0,0959$), con el grupo 3 (4-7), ($I-J = -0,3498$, ($p < 0,05$); IC al 95% de $-0,6066$ a $-0,0929$), y con el grupo 4 (más de 8) ($I-J = -0,2525$, ($p < 0,05$), e IC al 95% de $-0,4616$ a $-0,0434$, halladas todas ellas mediante la prueba de Scheffé, (Figura 4.2.40).

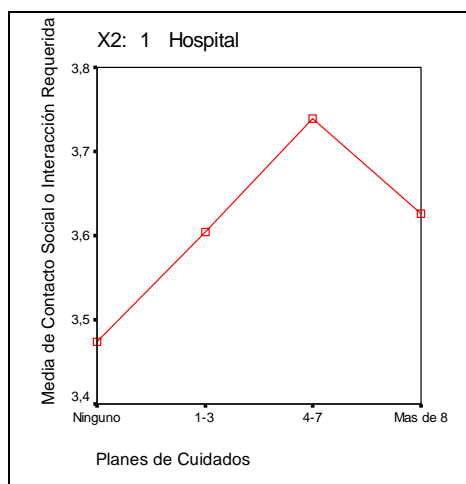


Figura 4.2.40

Retroalimentación del puesto con los Planes de cuidados (Tabla 4.2.26) ($F = 10,157$; $gl = 3$ y $p = 0,000$); mediante la prueba post hoc de Scheffé, las diferencias de medias muestran significación estadística, el grupo 1 (ningún plan de cuidados) con el grupo 2 (1-3), ($I-J = -0,2999$, ($p < 0,05$); IC al 95% de $-0,4998$ a $-0,0999$); con el grupo 3 (4-7), ($I-J = -0,4800$, ($p < 0,05$); IC al 95% de $-0,7993$ a $-0,1608$), y con el grupo 4 (más de 8), ($I-J = -0,2944$, ($p < 0,05$) e IC al 95% de $-0,5571$ a $-0,0317$, (Figura 4.2.41).

IV. Resultados

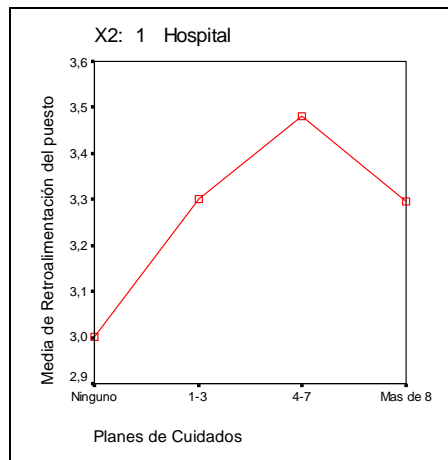


Figura 4.2.41

Retroalimentación de los agentes con la variable Planes de cuidados presentan diferencias significativas (Tabla 4.2.26); ($F = 6,550$; $gl = 3$ y $p = 0,000$) el grupo 1 con el grupo 2 ($I-J = -0,2202$, ($p < 0,05$) e IC al 95% de $-0,4155$ a $-0,0249$ y con el 3 ($I-J = -0,4215$, ($p < 0,05$); IC al 95% de $-0,7311$ a $-0,1120$), (Figura 4.2.42).

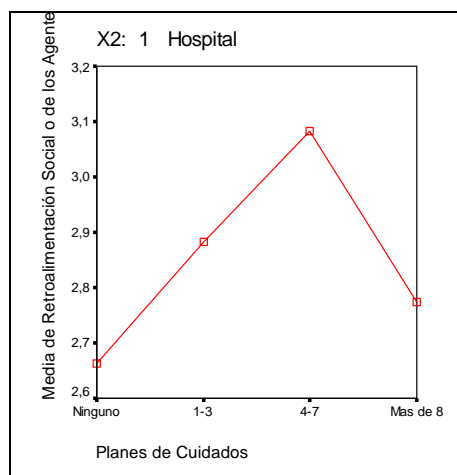


Figura 4.2.42

G. MOTIVACIÓN INTERNA-SATISFACCIÓN LABORAL Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, DE PROFESIÓN Y DE FORMACIÓN

Al relacionar Motivación interna y Satisfacción General con las variables sociodemográficas, de profesión, de formación y desarrollo profesional hemos encontrado que:

La correlación entre Motivación y Satisfacción con la Edad no es significativa, (para Motivación: $r = -0,077$; $p = 0,122$ y $N = 401$), (para Satisfacción: $r = 0,027$; $p = 0,594$ y $N = 402$).

Dichas variables, Motivación y Satisfacción, no presentan diferencias significativas con respecto al Sexo (Tabla 4.2.27). La homoscedasticidad se cumple en ambos casos, para Motivación $F = 0,655$, (N.S.) y para Satisfacción $F = 2,765$, (N.S.).

VDemog	V. Dependiente	Estadístico t	g.l.	P
Sexo	Motivación I.	-0,275	399	N.S.
	Satisfacción G.	-1,862	400	N.S.

Tabla 4.2.27

Mediante el Análisis de la Varianza con un factor, no se encontraron diferencias significativas entre Motivación y Satisfacción con respecto a las siguientes variables: Estado civil, Turnos, Situación administrativa, Cursos de formación, Artículos publicados, Proyectos de investigación, Reuniones científicas y Comunicaciones a congresos. La Motivación interna no muestra diferencias significativas con respecto al Tiempo trabajado

de enfermera/o, Años que finalizó la carrera, Baja por enfermedad y Planes de cuidados.

En la Tabla 4.2.28 se muestran los resultados de las mismas.

VSDPF	V. Dependiente	Estadístico F	g.l.	P
Estado Civil	Motivación I.	1,442	3	N.S.
	Satisfacción G.	1,706	3	N.S.
Turnos	Motivación I.	0,680	2	N.S.
	Satisfacción G.	0,322	2	N.S.
S. Administrativa	Motivación I.	2,463	2	N.S.
	Satisfacción G.	1,543	2	N.S.
Tiempo Trabajo Actual	Motivación I.	4,744	2	0,009*
	Satisfacción G.	1,559	2	N.S.
Tiempo Trabajo Enfermera/o	Motivación I.	2,357	2	N.S.
	Satisfacción G.	5,836	2	0,003*
Años Acabo Carrera	Motivación I.	2,538	2	N.S.
	Satisfacción G.	5,769	2	0,003*
Baja Enfermedad	Motivación I.	1,269	3	N.S.
	Satisfacción G.	5,137	3	0,002*
Cursos	Motivación I.	0,926	3	N.S.
	Satisfacción G.	0,382	3	N.S.
Artículos	Motivación I.	2,147	3	N.S.
	Satisfacción G.	0,148	3	N.S.
P. Investigación	Motivación I.	1,809	3	N.S.
	Satisfacción G.	0,940	3	N.S.
R. Científicas	Motivación I.	0,338	3	N.S.
	Satisfacción G.	0,201	3	N.S.
Comunicaciones	Motivación I.	0,804	3	N.S.
	Satisfacción G.	0,606	3	N.S.
Planes de Cuidados	Motivación I.	2,054	3	N.S.
	Satisfacción G.	4,371	3	0,005*

*p< 0,05

Tabla 4.2.28

Como se muestra en la Tabla anterior, la Motivación presenta diferencias estadísticamente significativas con respecto a la variable Tiempo en el trabajo actual. Al no cumplirse la homoscedasticidad, ($gl_1 = 2$; $gl_2 = 395$; $p = 0,017$), hemos aplicado la transformación logarítmica a la variable Motivación, obteniendo los siguientes resultados: $F = 4,744$; $gl = 2$ y $p = 0,009$; mediante la prueba post hoc de T3 de Dunnet, se concretaron las diferencias de medias (I-J) = 0,0404, estadísticamente significativas entre el grupo 1 (≤ 3 años) y grupo 2 (4-9 años), ($p < 0,05$), con un IC entre 0,009 y 0,0718 al 95%, (Figura 4.2.43).

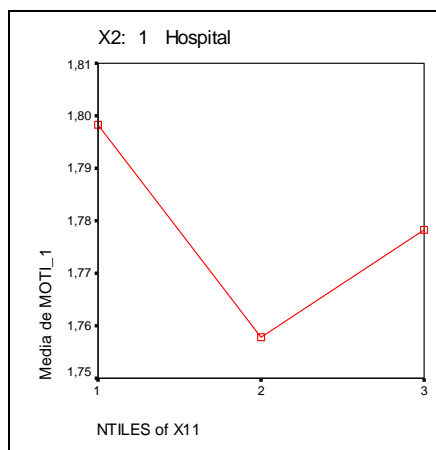


Figura 4.2.43

La Satisfacción presenta diferencias estadísticamente significativas con respecto a la variable Tiempo trabajado de enfermeras/os, ($F = 5,836$; $gl = 2$; $p = 0,003$). Mediante la prueba post hoc de Scheffé se concretaron las diferencias de medias (I-J) = 0,4501 estadísticamente significativas, (IC = 0,1052-0,7951, al 95%) entre el grupo 1 (≤ 12 años) y grupo 2 (13-19 años), ($p < 0,05$), y entre el grupo 2 y 3 (≥ 20 años), mostrando una I-J = -0,3723, ($p < 0,05$), (I-C de -0,7142 a -0,0303) (Figura 4.2.44).

IV. Resultados

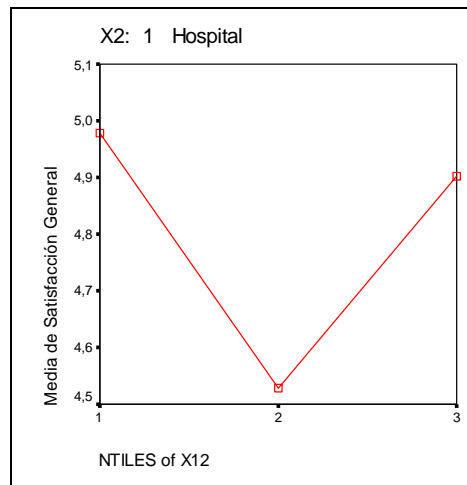


Figura 4.2.44

Con respecto a la variable Años que acabó la carrera y Satisfacción encontramos diferencias significativas, ($F = 5,769$; $gl = 2$; $p = 0,003$), entre los grupos 1 (≤ 12 años) y 2 (13-20) con $(I-J) = 0,4335$; (IC = 0,0912-0,7758 al 95%) y entre el 2 y el 3 (≥ 21 años), con un valor de $(I-J) = -0,366$ (NC de -0,7019 a -0,0309 al 95%), halladas ambas medias a través de la prueba de Scheffé, y grado de significación $< 0,05$; (Figura 4.2.45).

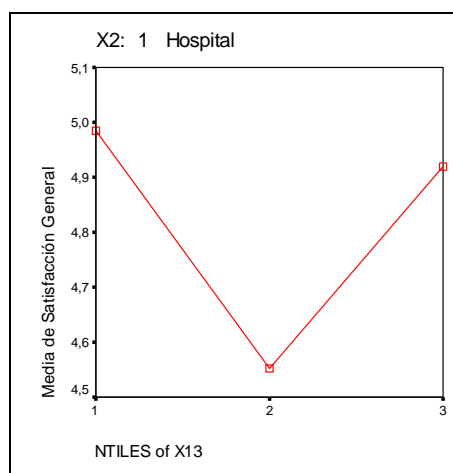


Figura 4.2.45

Presentan diferencias significativas la Satisfacción general con la variable Bajas por enfermedad ($F = 5,137$; $gl = 3$; $p = 0,002$). Mediante la prueba de Scheffé se concretaron las diferencias de medias (I-J) = 0,4347 siendo estadísticamente significativas, presentan un IC = 0,0977-0,7717 al 95%, entre el grupo que no tuvo ninguna baja en el último año y el grupo que presentó de una a dos bajas ($p < 0,05$), (Figura 4.2.46).

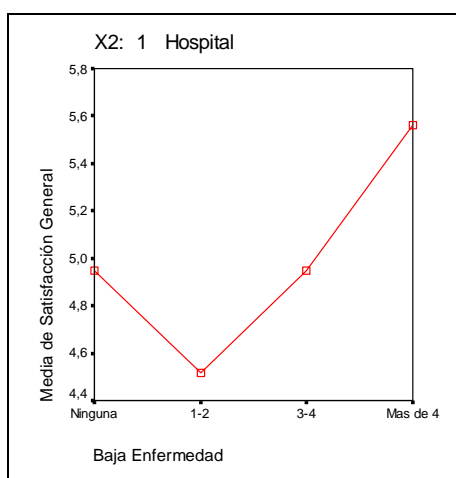


Figura 4.2.46

El grupo que no realiza ningún Plan de cuidados, con respecto a Satisfacción general, presenta diferencias significativas, ($F = 4,371$; $gl = 3$; $p = 0,005$), con el grupo que realiza diariamente de 4 a 7 planes de cuidados, mostrando un valor de (I-J) = -0,6551, (IC al 95% de -1,2460 a -0,0642), hallada mediante la prueba post hoc de Scheffé, ($p < 0,05$), (Figura 4.2.47).

IV. Resultados

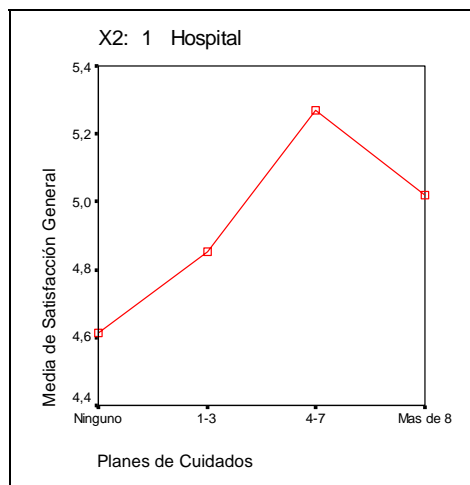


Figura 4.2.47

IV.5 ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE ENFERMERÍA COMUNITARIA Y ENFERMERÍA HOSPITALARIA

IV.5.1 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS DIMENSIONES CENTRALES DEL PUESTO, POTENCIAL MOTIVADOR DEL PUESTO, ESTADOS PSICOLÓGICOS CRÍTICOS, VARIABLES RESULTADO Y VARIABLES MODULADORAS

Hallada la muestra aleatoria del 37,72% del subgrupo de las enfermeras hospitalaria, 152 sujetos, los mismos que conforman el subgrupo de las enfermeras comunitarias, y mediante la prueba de t de Student para muestras independientes, se compararon las Dimensiones Centrales del Puesto entre ambos subgrupos, no encontrando diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de Variabilidad de destreza, cumpliéndose la homoscedasticidad $F = 1,806$, (N.S.).

Como se puede observar en la Tabla 5.1, existen diferencias significativas entre las/os enfermeras/os comunitarias/os y hospitalarias/os en Importancia de la tarea, Identidad de la tarea interpersonal, Autonomía, Atribución de resultados y Retroalimentación del puesto, mostrando la prueba de Levene para la igualdad de varianzas $F = 14,093$, ($p = 0,000$); $F = 7,001$, ($p = 0,009$); $F = 7,493$, ($p = 0,007$); $F = 5,095$, ($p = 0,025$) y $F = 13,585$, ($p = 0,000$); respectivamente, no pudiéndose asumir varianzas iguales en dichas dimensiones, tomando los valores correspondientes a varianzas distintas. Los Intervalos de Confianza muestran la magnitud de las diferencias de las medias encontradas.

DCP	Estadístico t	g.l.	P	IC al 95% L Inferior/L. Superior
Importancia de la Tarea	4,130	255,323	0,000*	0,1095 a 0,3091
Variabilidad de destreza	0,830	300	N.S.	-0,0545 a 0,1340
Identidad tarea relacionada trabajo	23,347	301	0,000*	1,0106 a 1,1966
Identidad tarea interpersonal	8,807	288,306	0,000*	0,4453 a 0,7016
Autonomía	8,120	278,813	0,000*	0,3337 a 0,5472
Atribución de Resultados	2,608	283,357	0,010*	0,0364 a 0,2603
Retroalimentación del puesto	6,434	266,692	0,000*	0,2899 a 0,5456
Retroalimentación de los agentes	4,612	295	0,000*	0,1734 a 0,4315
Interacción requerida	8,552	300	0,000*	0,4057 a 0,6482
POTENCIAL MOTIVADOR PUESTO	9,517	280	0,000*	11,1836 a 17,0162

*p < 0,05

Tabla 5.1

Identidad de la tarea relacionada con el trabajo, Retroalimentación de los agentes e Interacción requerida, muestran diferencias significativas entre ambos subgrupos, presentando varianzas iguales a $F = 2,534$, (N.S.); $F = 3,751$, (N.S.); $F = 1,674$, (N.S.); individualmente.

En el Anexo N° 10 se recogen las expresiones utilizadas para el cálculo del Potencial Motivador del Puesto, el cual presenta diferencias significativas entre las/os enfermeras/os comunitarias/os y enfermeras/os hospitalarias/os, (Tabla 5.1), no mostrando la prueba de Levene significación estadística, ($F = 0,011$, N.S.).

Para poder identificar más exhaustivamente, las diferencias existentes entre las características del trabajo enfermero comunitario y hospitalario se muestran los resultados de los ítems, agrupados por dimensiones en aquellas que presentaron significación estadística.

En la Tabla 5.2 se muestran los estadísticos correspondientes a los ítems que conforman la dimensión Importancia de la tarea, pudiéndose observar en los mismos que existen diferencias significativas entre los profesionales de comunitaria y de hospitales; cumpliéndose la homoscedasticidad en alguno de ellos; n°1 F = 0,375, (N.S.); n°38 F = 2,039, (N.S.); n°50 F = 27,303 (p = 0,000); n°53 F = 2,642, (N.S.); n°55 F = 14,991, (p = 0,000); n°59 F = 26,748, (p = 0,000); n°62 F = 0,003 (N.S.); n°65 F = 23,100, (p = 0,000); n°68 F = 0,665, (N.S.); n°80 F = 23,841, (p = 0,000); n°86 F = 30,520, (p = 0,000); n°90 F = 42,759 (p = 0,000); n°93 F = 5,689, (p = 0,018); n°95 F = 0,042, (N.S.) y n°97 F = 0,150 (N.S.); tomando los valores correspondientes en función de la prueba de Levene. Los Intervalos de Confianza muestran la magnitud de las diferencias de las medias encontradas.

N° ítem	Estadístico t	g.l.	P	IC al 95% L Inferior/L. Superior
1	-4,127	302	0,000*	-0,593 a -0,210
38	-2,414	302	0,016*	-0,406 a -0,041
50	3,806	270,796	0,000*	0,181 a 0,569
53	-3,855	302	0,000*	-0,527 a -0,171
55	4,054	267,176	0,000*	0,234 a 0,677
59	9,754	245,794	0,010*	0,693 a 1,044
62	-3,640	301	0,000*	-0,577 a -0,172
65	3,272	236,629	0,001*	0,160 a 0,643
67	3,051	301	0,002*	0,104 a 0,482
80	5,176	257,907	0,000*	0,362 a 0,807
86	5,147	268,613	0,000*	0,317 a 0,709
90	8,320	237,147	0,000*	0,718 a 1,164
93	2,885	279,270	0,004*	0,090 a 0,476

IV. Resultados

95	2,770	302	0,006*	0,080 a 0,473
97	2,318	302	0,021*	0,030 a 0,365

*p< 0,05

Tabla 5.2

La prueba de significación estadística de los ítems correspondientes a Identidad de la tarea relacionada con el trabajo, se exponen en la Tabla 5.3, mostrando diferencias significativas entre los dos grupos de profesionales. Al no poderse asumir varianzas iguales en todos los elementos se toman los valores correspondientes en cada uno de ellos. N°2 F = 10,281, (p = 0,000); n°6 F = 3,229, (N.S.); n°19 F =17,524, (p = 0,000); n°30 F = 2,552, (N.S.); n°36 F = 14,403, (p = 0,000); n°45 F = 58,947, (p = 0,000); n°68 F = 3,456, (N.S.); n°92 F = 40,021, (p = 0,000); n°94 F = 42,412, (p = 0,000) y n°98 F = 17,918, (p = 0,000).

N° ítem	Estadístico t	g.l.	P	IC al 95% L Inferior/L. Superior
2	2,638	288,521	0,009*	0,067 a 0,460
6	2,191	302	0,029*	0,023 a 0,425
19	2,962	285,356	0,003*	0,128 a 0,635
30	9,541	301	0,000*	0,968 a 1,471
36	21,119	283,657	0,000*	2,028 a 2,445
45	11,365	244,788	0,010*	1,256 a 1,783
68	17,517	302	0,000*	1,536 a 1,925
92	12,469	259,247	0,002*	1,296 a 1,783
94	3,403	268,847	0,001*	0,177 a 0,665
98	4,626	267,201	0,000*	0,348 a 0,863

*p< 0,05

Tabla 5.3

Existen diferencias significativas entre las/os enfermeras/os comunitarias/os y hospitalarias/os con respecto a los ítems correspondientes a Identidad de la tarea

interpersonal (Tabla 5.4) con los siguientes valores, no cumpliéndose la homoscedasticidad, en la mayoría de ellos. N°4 F = 4,429, (p = 0,036); n°13 F = 1,007, (N.S.); n°21 F = 24,036, (p = 0,000); n°24 F = 16,796, (p = 0,000); n°51 F = 1,047, (N.S.) y n°58 F = 30,975, (p = 0,000).

N° ítem	Estadístico t	g.l.	P	IC al 95% L Inferior/L. Superior
4	-5,543	298,975	0,000*	-0,838 a -0,399
13	6,684	302	0,000*	0,501 a 0,920
21	-6,681	279,213	0,000*	-1,005 a -0,548,
24	5,713	288,992	0,000*	0,349 a 0,716
51	-2,482	302	0,014*	-0,556 a -0,065
58	4,407	268,872	0,000*	0,269 a 0,704

*p < 0,05

Tabla 5.4

Como podemos observar en la Tabla 5.5, los elementos correspondientes a Autonomía presentan diferencias significativas entre las enfermeras de comunitaria y hospitales. Sucede lo mismo con la homoscedasticidad, no cumpliéndose en algunos de los elementos. N°3 F = 2,332, (N.S.); n°16 F = 2,534, (N.S.); n°32 F = 22,724, (p = 0,000); n°34 F = 0,747, (N.S.); n°43 F = 4,945, (p = 0,000); n°46 F = 5,659, (p = 0,000); N°56 F = 40,762, (p = 0,000); n°69 F = 0,483, (N.S.); n°72 F = 45,139, (p = 0,000); n°75 F = 16,189, (p = 0,000); n°83 F = 53,401, (p = 0,000); n°85 F = 13,132, (p = 0,000); n°87 F = 4,912, (p = 0,027) y n°91 F = 8,200, (p = 0,004).

IV. Resultados

Nº ítem	Estadístico t	g.l.	P	IC al 95% L Inferior/L. Superior
3	4,885	302	0,000*	0,365 a 0,858
16	-4,389	301	0,000*	-0,762 a -0,290
32	10,880	258,343	0,016*	0,938 a 1,352
34	7,846	302	0,000*	0,488 a 0,815
43	7,370	293,374	0,002*	0,672 a 1,162,
46	3,431	278,216	0,001*	0,143 a 0,528
56	6,690	257,280	0,000*	0,622 a 1,141
69	-3,170	302	0,002*	-0,533 a -0,125
72	5,778	262,430	0,010*	0,434 a 0,882
75	2,159	283,846	0,032*	0,023 a 0,503
83	7,936	231,038	0,000*	0,697 a 1,158
85	3,348	276,006	0,00*	0,168 a 0,648
87	-4,046	297,114	0,000*	-0,633 a -0,219
91	5,008	287,337	0,000*	0,450 a 1,032

*p< 0,05

Tabla 5.5

De la misma forma que en las dimensiones anteriores se han seleccionado los ítems que hemos creído más relevantes por su contenido, pertenecientes a Atribución de resultados, (Tabla 5.6) encontrando diferencias significativas entre las enfermeras/os comunitarias/os y las/os hospitalarias/os. Nº23 F = 0,223, (N.S.) y nº64 F = 16,151, (p = 0,000).

Nº ítem	Estadístico t	g.l.	P	IC al 95% L Inferior/L. Superior
23	5,224	301	0,000*	0,307 a 0,679
64	2,243	274,837	0,026*	0,025 a 0,379

*p< 0,05

Tabla 5.6

En los ítems que constituyen la dimensión Retroalimentación del puesto, los profesionales de ambos niveles de atención, presentan diferencias significativas, (Tabla 5.7), no cumpliéndose la homoscedasticidad para alguno de ellos. N°15 F = 4,262, (p = 0,040); n°37 F = 0,015, (N.S.); n°42 F = 14,257, (p = 0,000); n°49 F = 20,191, (p = 0,000); n°54 F = 5,769, (p = 0,017) y n°81 F = 4,376, (p = 0,037).

N° ítem	Estadístico t	g.l.	P	IC al 95% L Inferior/L. Superior
15	5,308	281,777	0,000*	0,352 a 0,767
37	4,470	302	0,000*	0,236 a 0,606
42	3,217	282,957	0,001*	0,135 a 0,562
49	4,308	291,190	0,000*	0,322 a 0,863
54	2,449	290,858	0,015*	0,063 a 0,581
81	-2,620	285,597	0,009*	-0,461a -0,065

*p < 0,05

Tabla 5.7

Existen diferencias significativas entre los profesionales de ambos grupos con respecto a Retroalimentación de los agentes, (Tabla 5.8), no pudiendo asumir varianzas iguales en alguno de los elementos, tomando los valores correspondientes, en función de la prueba de Levene. N°14 F = 11,662, (p = 0,001); n°29 F = 13,702, (p = 0,000); n°35 F = 10,084, (p = 0,002); n°39 F = 0,752, (N.S.); n°60 F = 8,480, (p = 0,004); n°66 F = 3,876, (N.S.); n°79 F = 6,379, (p = 0,012) y n°96 F = 6,386, (p = 0,000).

N° ítem	Estadístico t	g.l.	P	IC al 95% L Inferior/L. Superior
14	2,642	290,731	0,009*	0,082 a 0,561
29	3,226	289,478	0,001*	0,136 a 0,561
35	4,567	296,344	0,000*	0,326 a 0,819
39	2,221	302	0,027*	0,030 a 0,496
60	2,714	294,417	0,007*	0,080 a 0,499
66	9,242	300	0,000*	0,714 a 1,100
79	3,285	299,449	0,001*	0,156 a 0,621
96	3,975	296,278	0,000*	0,223 a 0,659

Tabla 5.8

Los elementos de Interacción requerida presentan diferencias estadísticamente significativas entre las enfermeras comunitarias y las enfermeras hospitalarias, como se puede observar en la Tabla 5.9, mostrando la prueba de Levene para la igualdad de varianzas en n17 $F = 10,593$, ($p = 0,001$); n27 $F = 10,991$, ($p = 0,001$); n48 $F = 12,827$, ($p = 0,000$); n71 $F = 6,254$, ($p = 0,013$) y n99 $F = 0,869$, (N.S.); no pudiéndose asumir varianzas iguales en todos los elementos excepto en el n°99, tomando los valores correspondientes a varianzas distintas.

N° ítem	Estadístico t	g.l.	P	IC al 95% L Inferior/L. Superior
17	7,851	282,510	0,000*	0,646 a 1,078
27	4,634	257,134	0,000*	0,265 a 0,656
48	2,496	260,813	0,013*	0,060 a 0,506
71	-4,696	300,700	0,000*	-0,775 a -0,317
99	12,009	301	0,000*	1,252 a 1,743

* $p < 0,05$

Tabla 5.9

Presentamos los resultados de los Estados Psicológicos Críticos, no encontrando diferencias significativas en Significado percibido del puesto, Responsabilidad y Conocimiento de resultados, cumpliéndose la homoscedasticidad en todas las variables $F = 0,581$, (N.S.); $F = 1,829$, (N.S.); $F = 0,030$, (N.S.), respectivamente (Tabla 5.10).

EPC	Estadístico t	g.l.	P
Significado percibido del puesto	0,457	301	N.S.
Responsabilidad	0,226	301	N.S.
Conocimiento de resultados	-0,296	301	N.S.

Tabla 5.10

La Motivación interna ($F = 2,127$, N.S.) y Satisfacción general ($F = 1,127$; N.S.); no presentan diferencias significativas entre los profesionales de ambos niveles de atención (Tabla 5.11), comprobándose que las varianzas son iguales.

Presenta diferencias significativas la Satisfacción con la autorrealización ($F = 0,074$; N.S.), con varianzas iguales.

V. RESULTADO	Estadístico t	g.l.	P	IC al 95% L Inferior/L. Superior
Motivación interna	-1,212	301	N.S.	-0,2464 a 0,0585
Responsabilidad	1,161	301	N.S.	-0,0957 a 0,3715
Satisfacción con la autorrealización	3,181	302	0,002*	0,1593 a 0,6762

* $p < 0,05$

Tabla 5.11

Para poder identificar las diferencias existentes con mayor exactitud, en Satisfacción con la autorrealización, entre las enfermeras comunitarias y hospitalarias,

IV. Resultados

presentamos en la Tabla 5.12, los resultados de los ítems correspondientes a la misma. La prueba de Levene para la igualdad de medias es la siguiente, para jb10 $F = 1,484$, (N.S.) y jb13 $F = 6,445$, ($p = 012$), por lo que no se han asumido varianzas iguales en este último elemento.

Item	Estadístico t	g.l.	P	IC al 95% L Inferior/L. Superior
Jb10	5,941	302	0,000*	0,625 a 1,244
Jb13	2,548	296,520	0,011*	0,102 a 0,793

* $p < 0,05$

Tabla 5.12

Como podemos observar en la Tabla 5.13 las Variables Moduladoras no presentan diferencias significativas, excepto Satisfacción con la seguridad en el puesto. La homoscedasticidad se cumple en Satisfacción social ($F = 2,431$; N.S.); Satisfacción con la supervisión ($F = 1,860$; N.S.) e Intensidad de necesidad de autorrealización ($F = 1,525$; N.S.), mientras que no sucede lo mismo con Satisfacción con la paga ($F = 8,043$; $p = 0,005$) y Satisfacción con la seguridad en el puesto ($F = 9,162$; $p = 0,003$), no pudiéndose asumir varianzas iguales.

V. MODULADORAS	Estadístico t	g.l.	P	IC al 95% L Inferior/L. Superior
Satisfacción con la paga	1,842	292,975	N.S.	-0,0206 a 0,6227
Satisfacción seguridad en puesto	-2,179	294,744	0,030*	-0,8576 a -0,0437
Satisfacción social	1,621	302	N.S.	-0,0310 a 0,3204
Satisfacción con la supervisión	1,593	300	N.S.	-0,0590 a 0,5598
Intensidad necesidad autorrealización	1,761	302	N.S.	-0,0298 a 0,5363

* $p < 0,05$

Tabla 5.13

IV.5.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS DIMENSIONES CENTRALES DEL PUESTO, POTENCIAL MOTIVADOR DEL PUESTO, ESTADOS PSICOLÓGICOS CRÍTICOS, VARIABLES RESULTADO Y VARIABLES MODULADORAS

En la Tabla 5.14 se muestran los valores de los índices descriptivos de las Dimensiones Centrales del Puesto en las/os enfermeras/os comunitarias/os y hospitalarias/os. Como podemos objetivar las puntuaciones medias más altas de las dimensiones, que expusimos en el apartado anterior y presentan diferencias estadísticamente significativas, se concentran en el grupo de profesionales comunitarios.

Observando las puntuaciones de las medianas (Md) y los valores de las medias, encontramos en ambos grupos que las Md son superiores a las medias en Importancia de la tarea, e Interacción requerida. Presentan valores inferiores a la media las Md correspondientes a Identidad de la tarea interpersonal y Atribución de resultados; así mismo encontramos que en Identidad de la tarea relacionada con el trabajo y Retroalimentación de los agentes, las/os enfermeras/os comunitarias/os indican valores superiores en la Md, con respecto a las puntuaciones medias, mientras que las/os enfermeras/os hospitalarias/os, tienen en la primera dimensión puntuaciones iguales en ambas medidas y en la segunda, Retroalimentación de los agentes, la Md es menor a la media. En Autonomía la Md es inferior en el grupo de profesionales comunitarios y superior en el grupo de enfermeras/os hospitalarias/os. Las desviaciones típicas de las diferentes dimensiones se encuentran entre $\pm 0,344$ y $\pm 0,626$.

IV. Resultados

DCP	N. ATENCIÓN	Percentiles			Medias	Desv. T	Mínimo	Máximo
		25	50 (Md.)	75				
<i>Importancia Tarea</i>	C. Salud	3,667	3,881	4,143	3,871	0,344	2,95	4,52
	Hospitales	3,381	3,667	4,048	3,662	0,511	2,14	4,57
<i>Variabilidad destreza</i>	C. Salud	3,125	3,375	3,625	3,430	0,382	2,38	4,50
	Hospitales	3,125	3,375	3,625	3,390	0,448	1,50	4,38
<i>Identidad tar. relacion. trabajo</i>	C. Salud	3,500	3,813	4,062	3,791	0,344	2,69	4,63
	Hospitales	2,438	2,688	3,000	2,688	0,445	1,56	4,13
<i>Identidad tarea interpersonal</i>	C. Salud	3,500	3,833	4,333	3,916	0,502	2,67	5,00
	Hospitales	2,833	3,333	3,833	3,342	0,626	1,50	4,83
<i>Autonomía</i>	C. Salud	3,556	3,778	4,111	3,797	0,408	2,61	4,78
	Hospitales	2,958	3,890	3,708	3,356	0,517	2,11	4,72
<i>Atribución Resultados</i>	C. Salud	3,400	3,600	4,000	3,608	0,430	2,60	4,60
	Hospitales	3,200	3,400	3,800	3,456	0,550	1,80	5,00
<i>Retroalimentación puesto</i>	C. Salud	3,208	3,500	3,833	3,541	0,451	2,50	4,67
	Hospitales	2,667	3,167	3,667	3,122	0,661	1,33	4,67
<i>Retroalimentación agentes</i>	C. Salud	2,692	3,077	3,385	3,043	0,520	1,62	4,23
	Hospitales	2,308	2,692	3,173	2,741	0,605	1,38	4,54
<i>Interacción requerida</i>	C. Salud	3,714	4,071	4,429	4,050	0,511	2,43	5,00
	Hospitales	3,143	3,571	3,964	3,522	0,560	2,14	4,57
P. MOTIVADOR PUESTO	C. Salud	40,676	49,957	57,650	49,814	12,3447	20,92	93,50
	Hospitales	27,110	34,083	41,342	35,714	12,531	12,24	79,16

Tabla 5.14

Al examinar los valores correspondientes al Potencial Motivador del Puesto (PMP) encontramos (Tabla 5.14) que las/os enfermeras/os hospitalarias/os registran la media más baja de los dos grupos profesionales, 35,714 (\pm 12,531), siendo para enfermería comunitaria de 49,814 (\pm 12,3447), situándose por debajo de la Md; mientras que enfermería hospitalaria la media es superior a la Md. (En la Tabla 5.15 se presentan los percentiles correspondientes al PMP).

Nivel de puntuación PMP	Percentil Enfermería Comunitaria	Percentil Enfermería Hospitalaria
25%	2	4
36%	12	28
58%	65	81

Tabla 5.15

Al igual que en las DCP, la puntuación media más alta del PMP se asocia a las/os enfermeras/os comunitarias/os.

Los valores de los índices descriptivos de los Estados Psicológicos Críticos en las/os enfermeras/os comunitarias/os y hospitalarias/os se exponen en la Tabla 5.16.

EPC	N. ATENCIÓN	Percentiles			Medias	Desv. T	Mínimo	Máximo
		25	50 (Md.)	75				
<i>Significado percibido del puesto</i>	C. Salud	3,750	4,000	4,250	3,998	0,636	1,50	6,25
	Hospitales	3,500	4,000	4,250	3,963	0,627	2,25	5,50
<i>Responsabilidad</i>	C. Salud	5,167	5,667	6,000	5,547	0,718	3,33	7,00
	Hospitales	5,000	5,667	6,000	5,528	0,788	2,33	6,83
<i>Conocimiento de resultados</i>	C. Salud	4,000	4,500	5,188	4,594	0,747	2,50	6,00
	Hospitales	4,000	4,500	5,000	4,619	0,751	3,00	7,00

Tabla 5.16

En Satisfacción con la autorrealización (Tabla 5.17) las/os enfermeras/os comunitarias/os muestran puntuaciones medias superiores a las/os enfermeras/os hospitalarias/os, siendo la Md mayor a la media en ambos grupos. Las desviaciones típicas de las Variables Resultado presentan mayor variabilidad que las dimensiones anteriores, oscilando entre $\pm 0,574$ y $\pm 1,179$.

VV. Resultado	N. ATENCIÓN	Percentiles			Medias	Desv. T	Mínimo	Máximo
		25	50 (Md.)	75				
<i>Motivación interna</i>	C. Salud	5,542	6,000	6,333	5,851	0,761	2,83	7,00
	Hospitales	5,500	6,000	6,333	5,0945	0,574	4,00	7,00
<i>Satisfacción general</i>	C. Salud	4,400	5,100	5,600	4,981	1,025	1,40	6,60
	Hospitales	4,200	4,800	5,800	4,843	1,041	2,20	6,80
<i>Satisfacción con autorrealización</i>	C. Salud	4,250	5,250	6,000	5,080	1,110	1,50	6,75
	Hospitales	4,000	4,750	5,500	4,662	1,179	1,75	6,75

Tabla 5.17

En la siguiente Tabla 5.18 se expresan los valores de los índices descriptivos de las Variables Moduladoras presentando la media más alta en Satisfacción con la seguridad en el puesto las/os enfermeras/os hospitalarias/os; en cuanto a las desviaciones típicas observamos los valores más altos de todas las dimensiones estudiadas ($\pm 0,771 - \pm 1,940$), siendo en ambos grupos profesionales la Md superior a la media.

N. ATENCIÓN	Percentiles			Medias	Desv. T	Mínimo	Máximo
	25	50 (Md.)	75				
VV. Moduladoras							
C. Salud	2,000	3,000	4,000	3,040	1,540	1,00	7,00
<i>Satisfacción con la paga</i>							
Hospitales	2,000	2,500	3,500	2,740	1,294	1,00	6,00
C. Salud	2,000	4,000	5,500	3,842	1,940	2,33	7,00
<i>Satisfacción seguridad puesto</i>							
Hospitales	3,000	4,500	6,000	4,292	1,655	1,00	7,00
C. Salud	5,333	6,000	6,000	5,720	0,771	2,33	7,00
<i>Satisfacción social</i>							
Hospitales	5,000	5,667	6,000	5,574	0,785	3,33	7,00
C. Salud	4,000	5,000	6,000	4,864	1,287	1,00	7,00
<i>Satisfacción supervisión</i>							
Hospitales	3,667	4,667	5,667	4,614	1,440	1,00	7,00
C. Salud	5,333	6,000	6,960	5,817	1,222	1,17	7,00
<i>Intensidad necesidad autorrealiz.</i>							
Hospitales	4,708	5,833	6,500	5,563	1,284	1,00	7,00

Tabla 5.18

V. DISCUSIÓN

V. Discusión

V. DISCUSIÓN

V.1 SOBRE LA PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL SNJCI Y DEL JDS

V.1.1 SOBRE LA FIABILIDAD Y VALIDEZ FACTORIAL DEL SNJCI

A. SOBRE LA FIABILIDAD

El análisis sobre la consistencia interna del SNJCI muestra un valor alto, descendiendo el mismo sensiblemente si lo medimos por dimensiones (Tabla 2.2.2). Los valores en nuestra investigación son ligeramente más bajos que los resultados obtenidos por Tonges, Rothstein y Carter (1998) en Identidad de la tarea interpersonal, Atribución de resultados y Retroalimentación del puesto, aún así son valores aceptables. El resto de los valores de las dimensiones son iguales en Retroalimentación de los agentes y superiores a los presentados en la versión original en Importancia de la tarea, Variabilidad de destreza, Identidad de la tarea relacionada con el trabajo, Autonomía y ligeramente superior en Interacción requerida. Por tanto, los resultados sobre la consistencia interna de las dimensiones del SNJCI podemos considerarla como bastante aceptable.

B. SOBRE LA VALIDEZ FACTORIAL

Para el estudio de la validez del instrumento, como ya se ha indicado, se optó por un análisis factorial de Componentes Principales y una rotación ortogonal (VARIMAX). El índice de adecuación muestral junto con el test de esfericidad nos indican que la matriz de datos es adecuada para aplicar el análisis factorial.

Los cinco factores obtenidos con el método de componentes principales, explican el 48,8% de la varianza total.

El resultado de la rotación ortogonal que se refleja en la matriz de componentes rotados facilita la interpretación de los componentes. (Anexo N° 9.B, Tabla 9.B.2).

De esta forma podemos decir que el primer factor en el que se agrupan los ítems referidos a Identidad de la Tarea Relacionado con el trabajo e Interacción requerida, nos permite denominar a este primer factor como Identidad de la tarea y explica el 12,117% de la varianza total.

El segundo factor explica el 11,962% de la varianza concentra ítems de Importancia de la tarea, Retroalimentación del puesto y Atribución de resultados y podemos entenderlo como un componente que representa la Importancia de la tarea.

El tercer factor da cuenta del 10,386% de la varianza y en él saturan elementos correspondientes a Retroalimentación de los agentes, Autonomía y Retroalimentación del puesto pudiendo ser interpretado como Retroalimentación.

El 7,288% de la varianza queda explicada por el cuarto factor y está formado por elementos correspondientes a Autonomía, Atribución de resultados, Importancia de la tarea y Variabilidad de destrezas, renombrándole como Autonomía.

El último y quinto factor da cuenta del 7,06% de la varianza total y está formado por Identidad de la tarea interpersonal e Interacción requerida, tomando el nombre de Contacto Social o Interacción requerida.

La consistencia interna de los factores presenta valores altos. Los índices de homogeneidad son aceptables.

De las nueve dimensiones descritas en la versión original del SNJCI se reagrupan en las cinco siguientes: Identidad de la tarea, Importancia de la tarea, Retroalimentación,

Autonomía e Interacción requerida. Con respecto a las Dimensiones Centrales del Puesto, descritas en el Modelo de las Características del Puesto, perdemos la dimensión de Variabilidad de destreza, siendo coherente con los resultados posteriormente obtenidos, recordando que es una de las dimensiones

Estos resultados pueden ser debido a varios factores: el haber tenido que adaptar transculturalmente el cuestionario a nuestro medio puede haber influido en el sentido de algún ítem; la redacción y contenido de alguno de ellos un poco largos y la extensión del cuestionario, aún habiendo realizado un contrabalanceo en el orden de presentación de los ítems del SNJCI, para controlar así el posible sesgo producido por el efecto de fatiga.

Tampoco podemos olvidar las diferencias existentes en el desarrollo profesional de las enfermeras americanas y de las enfermeras españolas; además la población de estudio fue diferente a la nuestra, ya que la investigación original se centró en enfermeras, con al menos dos años de experiencia, pertenecientes a unidades de Medicina, Cirugía y en la unidad de Atención Coronaria, con enfermos agudos; mientras que nuestros sujetos de estudio han sido enfermeras/os que trabajan en centros de Atención Primaria y en Unidades de Hospitalización cuidando enfermos con procesos crónicos y agudos, en servicios de Urgencias y consultas externa hospitalarias, con un contrato mínimo de tres meses. Otro aspecto a considerar es que el tamaño de la muestra sea inadecuado, pudiendo dificultar la obtención del verdadero número de factores. La población de nuestro estudio está focalizada en pocos puestos de trabajo lo que disminuye la varianza de los factores y la probabilidad de identificar las dimensiones esperadas, al darse una variación muy

pequeña de las características del puesto entre los trabajadores (Fried y Ferris, 1987; Idaszak, Bottom y Dragow, 1988), presentando poca variabilidad en las respuestas.

Otra de las posibles causas puede deberse al formato del instrumento, que sigue el mismo que el JDS (Renn, Swiecz Icenogle, 1993; Spangler, 1989), formado por elementos positivos, ítems en sentido inverso y para evitar el “efecto halo” varios ítems de cada dimensión estaban redactados de forma negativa. Havey, Billing y Nilan (1985) evidenciaron que dicho formato genera un efecto perverso, que lejos de evitar un sesgo introduce dos artefactos metodológicos nuevos relacionados con los ítems redactados de forma negativa y con los ítems que tienen una escala con tres puntos de anclaje; este tipo de formato con elementos tan diversos pueden presentar correlaciones tan bajas que pueden originar escalas de consistencia interna bajas, así como estructuras factoriales inestables (Taber y Taylor, 1990).

Podríamos decir que el SNJCI sigue paralelamente las críticas formuladas a los factores de las Dimensiones Centrales del Puesto en el Modelo de las Características del Puesto de Hackman y Oldham (1975, 1976) medidas mediante el JDS, ya que el resultado de varias investigaciones no permiten definir con claridad el número de factores subyacentes (González, 1995), proponiendo desde un único factor (Hogan y Martell, 1987) hasta cinco dimensiones (Lee y Klein, 1982), pasando por tres factores (Fried y Ferris, 1986).

C. SOBRE LAS CORRELACIONES: SNJCI Y DIMENSIONES CENTRALES DEL PUESTO:

De los 100 elementos que conforman el SNJCI, 89 de los mismos se vinculan con las mismas dimensiones que en el cuestionario original, la mayoría de los mismos muestran correlaciones significativas de $p < 0,01$.

Los ítems del SNJCI original que constituyen Variabilidad de destrezas, Retroalimentación del puesto y Retroalimentación de los agentes, en nuestro estudio se conservan, confirmando que hay actividades y aspectos específicos en el trabajo enfermero que están fielmente ligados a la percepción de los profesionales.

Sin embargo nos encontramos con dimensiones que aparte de conservar los elementos originales, correlacionan nuevos ítems con dichas dimensiones como son: Identidad de la tarea interpersonal, Atribución de resultados e Interacción requerida.

Al mismo tiempo identificamos que las dimensiones correspondientes a Identidad de la tarea relacionada con el trabajo, Importancia de la tarea y Autonomía no solo se asocian a ellas nuevos ítems, sino que pierden alguno de los mismos que originalmente las constituían.

Señalar que hay determinados elementos que correlacionan con valores muy similares en varias dimensiones y en la mayoría de los casos no se mantienen en la dimensión original, como son el n26 que correspondiendo a Identidad de la tarea relacionada con el trabajo correlaciona con Identidad de la tarea Interpersonal y con Autonomía; el n55 se asocia con Importancia de la tarea (pertenece a la misma en el original), con Retroalimentación del puesto y con Autonomía; n69 está asociado con Variabilidad de destreza y con Autonomía (cuestionario original); y el n89 está

relacionado con Autonomía y con Importancia de la tarea. Esto nos hace pensar que un mismo elemento, por su contenido, puede adscribirse o estar asociado más a una dimensión que a otra, por ejemplo en n26: *Conozco lo suficiente a mis pacientes, como para fijar prioridades en la prestación de sus cuidados*” se puede interpretar como Identidad de la tarea interpersonal, ya que “*Conozco lo suficiente a mis pacientes...*” a través de las relaciones interpersonales, y a Autonomía “*...fijar prioridades en la prestación de cuidados*” entendiendo que tiene libertad para priorizar. Estos resultados son similares a los de las autoras del SNJCI, compartiendo con ellas la explicación a los mismos, argumentando que los diferentes ítems describen actividades reales del trabajo enfermero, más que dimensiones abstractas y que existe más solapamiento a causa de que una actividad puede estar relacionada con más de una dimensión, pudiendo esto afectar a la validez del SNJCI.

V.1.2 SOBRE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL JDS

A. SOBRE LA FIABILIDAD

La escala global muestra un coeficiente de consistencia interna alto; descendiendo sensiblemente el valor de este coeficiente en algunas variables, si lo medimos por dimensiones (Tabla 3.1).

El valor alcanzado en la escala global de los Estados Psicológicos Críticos (EPC), es aceptable (0,65). En nuestro estudio, el coeficiente del Significado percibido del puesto y Responsabilidad son similares a los encontrados por Fuertes, Munduate y Fortea (1996) en la versión española, situándose por debajo a los presentados en la versión original (Oldham, Hackman y Stepina, 1978), mientras que la variable Conocimiento de resultados

es ligeramente inferior a los hallados en la versión española e inferiores a la versión original, la cual presentan valores superiores a los del presente estudio.

El análisis de la escala global de Resultados Personales muestra una consistencia interna alta, disminuyendo al medirla por dimensiones. Los valores de fiabilidad en Motivación interna y Satisfacción de autorrealización son superiores en nuestra investigación a los obtenidos en la versión española; mientras que en la versión original están por encima de los valores de las mismas.

En cuanto a las variables Moduladoras, la consistencia interna para la escala global fue alta, al igual que para Satisfacción con el contexto. Los valores de Satisfacción con la paga, Satisfacción con la seguridad en el puesto, Satisfacción social y con la supervisión son superiores a los expuestos en la versión española e inferiores a la original excepto en Satisfacción con la seguridad en el puesto que en nuestro estudio es mayor.

La fiabilidad hallada en nuestro estudio en Intensidad de necesidad de autorrealización es superior a la presentada en la versión española e igual a la escala original.

En general, en cuanto a la consistencia interna de ambas escalas entendemos que son valores bastante aceptables.

B. SOBRE LAS CORRELACIONES

DIMENSIONES CENTRALES DEL PUESTO (DCP) Y ESTADOS PSICOLÓGICOS CRÍTICOS (EPC)

Las correlaciones halladas son muy bajas, concentrándose, las diferentes DCP, en el EPC Responsabilidad, presentando ausencia de relación con Significado percibido del

Puesto y con Conocimiento de resultados, excepto en este EPC que muestra una asociación muy baja con Autonomía.

Estos resultados no fueron como predice el modelo, sin embargo son similares a los encontrados en la versión original del SNJCI (Tonges, Rothstein y Carter, 1998), que se asocian a Conocimiento de resultados, mientras que en nuestro estudio las relaciones de las diferentes DCP están vinculadas a Responsabilidad.

Los resultados de nuestra investigación sugieren que la Responsabilidad puede ser un estado psicológico de particular importancia para los profesionales de enfermería de nuestro estudio, posiblemente debido a la naturaleza de los casos con los que trabajan y la repercusión de sus actuaciones que pueden tener tanto en la vida como en la muerte de las personas, aunque no debería ser menos importante el estado de Conocimiento de resultados ya que les ayudaría a discernir en cuanto a su actuación, dado en la mayoría de las veces, no solo por la evaluación de los cuidados prestados sino, por la retroalimentación de sus superiores.

Otros estudios (González, 1995a), basados en el Modelo de las Características del Puesto de Hackman y Oldham, (1975) y aplicando el JDS, confirman la intercorrelación de las DCP con los EPC según predice el modelo, aunque sin embargo existen estudios que no corroboran dicha predicción o no encontraron evidencias claras de qué características específicas del puesto están relacionadas con qué EPC (Fortea, Fuertes, Munduate, y Muñoz, 1995; Fried y Ferris, 1987; Fuertes, Munduate y Fortea, 1996).

DIMENSIONES CENTRALES DEL PUESTO Y VARIABLES RESULTADO

La mayoría de los estudios revisados asocian las cinco dimensiones del modelo con la Satisfacción general (Fried y Ferris, 1987; Roedle y Nystrom, 1988). La versión española de Fuertes, Munduate y Fortea (1996) presenta correlación de Identidad de la tarea y Retroalimentación del puesto con Satisfacción general y Autonomía con Satisfacción de autorrealización.

Los resultados de nuestra investigación son similares a los encontrados por González, (1995a) donde los valores de correlación más altos de todas las DCP están asociadas a la variable resultado de Satisfacción de autorrealización.

¿Quiere esto decir que las Variables Resultado pueden predecirse a partir de las DCP, sin necesidad de los EPC como variables mediadoras?, para poder confirmarlo tendremos que analizar las intercorrelaciones de las mismas con los EPC.

DIMENSIONES CENTRALES DEL PUESTO Y VARIABLES MODULADORAS

Nuestros resultados confirman lo postulado por el modelo (Oldham, Hackman y Stepina, 1978), al estar asociadas las diferentes DCP con las variables de contexto e Intensidad de necesidad de autorrealización, ejerciendo éstas un papel modulador entre las DCP y los EPC.

ESTADOS PSICOLÓGICOS CRÍTICOS Y VARIABLES DE RESULTADO

En investigaciones revisadas (Tonges, Rothstein y Carter, 1998; Holaday y Bullard, 1991) encontraron que el EPC Conocimiento de resultados está más estrechamente relacionado con la Satisfacción general, mientras que en el meta análisis realizado por Fried y Ferris, (1987) indican que el significado percibido del puesto es el EPC más fuertemente relacionado con satisfacción general.

En nuestros resultados encontramos que el Significado percibido del puesto tiene la misma fuerza de asociación con Satisfacción general que con Satisfacción de autorrealización; Responsabilidad y Conocimiento de resultados con Motivación interna, aunque también está relacionado, con un valor inferior, con Satisfacción general.

Para confirmar el postulado del Modelo de las características del Puesto, sobre el papel mediador de los EPC entre las DCP y los Resultados, las correlaciones entre las DCP y los Resultados deberían ser menores que con los EPC (González, 1995a). Analizados nuestros datos encontramos que de todas las DCP solo se cumple en Variabilidad de destreza que con Responsabilidad presenta un valor de asociación superior (0,284) que con Satisfacción de autorrealización (0,179), siendo el resto de las relaciones menores de las DCP con Responsabilidad que con Satisfacción de autorrealización, no comportándose de la misma forma si las comparamos con Motivación interna y Satisfacción general. No se confirma en nuestro caso el papel mediador de los EPC entre las DCP y las Variables Resultado, no obstante y como señalan Fried y Ferris, (1987), es necesario aplicar otros métodos para analizar este postulado.

ESTADOS PSICOLÓGICOS CRÍTICOS Y VARIABLES MODULADORAS

Los resultados encontrados no confirman lo planteado por el Modelo de las Características del Puesto, ya que de los tres EPC, solo correlacionan dos con algunas de las variables moduladoras, mientras que Conocimiento de resultados, no se asocia a ninguna de ellas y la variable Satisfacción de seguridad en el puesto, no está relacionada con ningún EPC.

V.2 SOBRE LA METODOLOGÍA CUALITATIVA: GRUPOS FOCALES

Los sistemas y las organizaciones de salud se están enfrentando a importantes cambios, con demandas de cuidados crecientes; junto a ello el incremento del índice de envejecimiento poblacional que se está produciendo en nuestro país y el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, previsiblemente, pueden llevar a mayores necesidades de cuidados de enfermería, tanto en Hospitales como en la Comunidad, de aquí la importancia de reconocer que el rendimiento y la calidad de cualquier organización de atención sanitaria depende de que los profesionales estén motivados, abiertos a nuevos conocimientos y habilidades y con capacidad de tomar iniciativas.

Con base en las diferentes categorías iniciales pasamos a analizar los resultados de los grupos focales:

Cualidad del trabajo: Satisfacción-Motivación intrínsecas

El principal elemento motivador y de satisfacción laboral, que expresaron de forma casi unánime los profesionales de enfermería, era su sentimiento interno de cumplimiento de su trabajo, en esta línea la teoría de Herzberg, (1966), plantea que la satisfacción/motivación está en relación con el interés del trabajo por si mismo, con la aceptación de las tareas propias y su autovaloración como elementos importantes para el trabajador, que las/os enfermeras/os expresaban según: *“Me satisface el trabajo bien hecho.”* (P);

“... lo que me sigue motivando es mi propia autoestima como profesional, el bien hacer profesional...” (P);

“Yo soy una enfermera de ... y soy muy feliz con la enferma ..., aunque se me muera, aunque me destroce el corazón, aunque llore, yo se que tengo algo para dárselo y soy feliz yo y se que ellas lo reciben también; yo me puedo sentar un rato con una enferma y explicarle que se le va a caer el pelo, cómo se le va a caer, dónde puede ir a comprarse la peluca, o de que llore, ... lo que es la educación y enseñarles que van a andar un camino con esta enfermedad crónica, para mí eso lo más feliz del mundo, me trae muchísimas satisfacciones, ... lo que tú les das se multiplica por cuarenta, por cincuenta, por sesenta, entonces son muchas las satisfacciones que recibes allí.” (H).

La motivación según McCombs (1991) es influenciada por tres tipos de percepción:

- 1- La percepción del valor de una actividad
- 2- La percepción de autocompetencia para realizarla
- 3- La percepción de la controlabilidad en su desarrollo y en sus consecuencias

El valor de una actividad, es la utilidad que el individuo atribuye a la misma en función de sus objetivos; las/os enfermeras/os consideran su trabajo de gran importancia:

“El concepto que tengo de ser enfermera es ayudar a las personas y sentirme que soy útil” (P);

“... los cuidados de enfermería son fundamentales” (H).

Esta percepción del valor de su trabajo, nos permite considerar el sistema motivacional de las/os enfermeras/os como un estímulo principalmente de tipo intrínseco, que es reforzada por una percepción de logro en su trabajo, junto a un sentimiento de autocompetencia y de discernimiento de un alto grado de control en sus actividades y en los efectos inherentes:

“Yo creo más en la motivación personal de hacer las cosas bien hechas y de que te entregues en tu trabajo,..., ahora estoy convencido de que soy un buen enfermero, porque me gusta mi trabajo y lo hago lo mejor posible.” (H).

La percepción de autocompetencia, de autoeficacia es una valoración subjetiva, sobre la capacidad para ejecutar las acciones requeridas, para obtener unos resultados preestablecidos. Es la base de la motivación humana, autoestima y bienestar. *“... intento hacer todo lo mejor posible y seguir formándome,... yo estoy contenta conmigo misma.”* (P).

El sentimiento de autoeficacia (Bandura, 1986), puede influir tanto en la decisión de iniciar una acción, como en el nivel de esfuerzo y persistencia de la conducta ante obstáculos o situaciones adversas. Actúa en los patrones de pensamiento y reacciones emocionales del individuo. Un alto nivel de autoeficacia crea sentimientos de serenidad ante situaciones dificultosas, mientras que un bajo nivel puede ocasionar ansiedad, estrés, depresión y una estrecha visión de cómo resolver el problema, que le puede llevar a reducir sus objetivos. Como consecuencia este sentimiento puede influir en el nivel de cumplimiento, ya que a mayor percepción de autoeficacia, serán más altos los objetivos autoasignados y mayor la implicación en ellos.

Estas percepciones orientarían a las/os enfermeras/os, (McClelland, 1961), a la aceptación de responsabilidades personales y a la superación de retos laborales que les permitan alcanzar objetivos factibles, mejorar su ambiente laboral y mejorarse ellos mismos; de esta forma (Deci y Ryan 1985; Deci y Ryan, 1991) se produciría una

internalización e integración de sus objetivos laborales como valor propio en su autoconcepto individual, lo que reforzaría su sentido de competencia y autonomía.

Si bien el “trabajo bien hecho” es importante por sí mismo y no está dirigido por posibles recompensas - el interés retributivo de las funciones laborales es distinto de la necesidad de logro-, debemos puntualizar que el sistema laboral de dichos profesionales, en nuestro país, tiene muy poco desarrollado un sistema de incentivos y recompensas que posibiliten la motivación extrínseca, lo que posiblemente predispone a que las/os enfermeras/os motivados/as se orienten principalmente a mejorar su trabajo por la satisfacción interna que les produce, como es explicado por la teoría del autoconcepto (Leonard, Beauvais y Scholl, 1995) de forma que el propio trabajo actuaría como incentivo, ya que el trabajador disfruta con lo que está haciendo y se automotiva al internalizar las metas laborales, adoptando en consecuencia actitudes y conductas concordantes con la consideración de que estas metas son parte de su sistema personal de valores.

Prestaciones e incentivos:

Un incentivo no es sino una forma particular de reconocimiento, de recompensa, económica o de otro tipo, que se oferta al trabajador con el objetivo de lograr un cambio específico de su conducta laboral; en ese aspecto la diferencia de prestaciones recibidas como productividad variable por enfermeras/os comunitarias/os u hospitalarios/as que trabajan en las unidades de gestión clínica de reciente creación – pero que afectaban a un número muy reducido de profesionales, en el momento del estudio-, es considerada una fuente de problemas entre los propios profesionales y causa de desmotivación: “La

productividad, que podía ser un elemento motivador, es un elemento desmotivador, está produciendo muchos conflictos entre los profesionales de Atención Primaria,... esto está suponiendo problemas de convivencia entre los profesionales.” (P);

“... por cuestiones de suerte y sin criterios muy claros, por pertenecer a una unidad clínica de gestión, hay compañeros que están cobrando mucho más que otros que están a cinco kilómetros y que por razones que desconocemos, no les han dado la oportunidad de pertenecer a una unidad clínica ...” (P).

Debe señalarse que las/os enfermeras/os hospitalarios no reciben las mismas prestaciones que las enfermeras comunitarias, por ejemplo no les pagan productividad, ni disponen de la hora de formación continuada que disponen en atención primaria.

Los trabajadores valoran el sistema de evaluación del rendimiento, su participación en el proceso y la forma en que se distribuyen las recompensas laborales, (Greenberg, 1990); estos profesionales se sentirían más satisfechos si existiesen criterios de evaluación claros y objetivos, e independientes del equipo: *“la productividad... según unos criterios que no se quien marca, es completamente desmotivador porque hay gente que tiene cero, otro que tiene no se cuanto y no explican por qué sí o por qué no...” (P);*

“La calidad ¿cómo la miden? ¿por la cantidad de cosas que tengo escritas en el ordenador?, pero, si me he tirado hora y media en un domicilio, porque el marido lo necesitaba o la mujer, eso no, porque además ¿cómo dejo reflejado eso en el ordenador?...”(P).

Al mismo tiempo señalan que la evaluación se realiza con base en criterios en los que enfermería difícilmente puede incidir, como el gasto farmacéutico o las demoras en

consulta médica: *“Los objetivos son difíciles de definir, algunas veces van ligados a todo el equipo, están priorizados, y si el primero no se cumple no se evalúa el siguiente, por ejemplo en nuestro caso el gasto farmacéutico o la demora de la consulta médica,...”* (P).

Existe un sentimiento de desconfianza hacia los criterios de evaluación, a como se realiza, y como se reparten los incentivos; según Katz y Kahn, (1983) un sistema de incentivos puede motivar si:

- a) El valor del incentivo es considerado suficiente para compensar el esfuerzo necesario para conseguir el objetivo.
- b) Los profesionales consideran que se reparten justamente.
- c) Los sistemas de evaluación están basados en criterios conocidos, claros y objetivos, y son aceptados por los trabajadores.

Si estas condiciones no están presentes generan insatisfacción y desmotivación en el trabajo, ya que los trabajadores van a comparar sus contribuciones laborales cuantitativas y cualitativas con lo que reciben, (Adams, 1963; Adams, 1965; Greenberg, 1987; Greenberg, 1990) de forma que en los individuos con sentimientos de injusticia se genera una tensión, que ocasionará la reducción de su motivación de acuerdo al tamaño percibido de la desigualdad: *“...no deja de darte coraje que traten a todo el mundo por igual por parte de la administración... da igual porque tenemos todos los mismos derechos, pero no las mismas obligaciones.”* (H).

Las/os enfermeras/os realizarían una autovaloración (Lawler, 1973) sobre su aportación personal (capacidad, experiencia, esfuerzo, antigüedad, formación,...), y las características del trabajo (grado de dificultad, responsabilidad, autonomía, etc.), que

compara con los de otros compañeros, obteniendo su expectativa laboral de la comparación entre esta expectativa y las recompensas logradas, produciéndose un sentimiento de satisfacción o de insatisfacción que lleva a su desmotivación y a una falta de interés en el trabajo, que a diversos niveles, podría estar presente en un alto número de enfermeros: “... *el monto de productividad es bajo, vamos a cobrar casi igual que los demás, no te merece la pena esforzarte.*” (P);

“...*me siento vejada con respecto a otras enfermeras del país... estoy ganando 50.000 pelas menos, como andaluza me siento muy mal,...*” (H);

“*Nadie valora tu trabajo, da igual lo que hagas y cómo lo hagas porque a todos se nos trata de la misma manera..., esto es un factor muy desmotivante para el que está trabajando y bien te preguntas ¿hasta qué punto voy a seguir trabajando lo mismo de bien si éste que no hace ni el... y al final tiene el mismo sueldo que yo o más porque es más antiguo?*” (H).

Cuando los individuos realizan una tarea para obtener unos beneficios disminuye su motivación intrínseca; solamente cuando se incentiva una actividad con altos niveles de motivación intrínseca, -considerando el incentivo como un reconocimiento del desempeño-, se mantiene e incluso mejora la misma, pero si este refuerzo es considerado como una conducta de control, se lesionaría el sentimiento de autocompetencia y disminuiría la motivación intrínseca (Deci, 1971). “... *hasta hace poco tiempo el participar en cosas extras como un trabajo de investigación o asistir a un congreso o cursos suponía un estímulo, un cambio, nuevas ideas, pero esto se da cada vez menos...*” (P).

Las posibilidades de desarrollo científico, no se consideran facilitadas por la organización sanitaria: “... *no nos facilitan el asistir a reuniones congresos,... tampoco nos dan las herramientas para poder ahondar en ese conocimiento científico...*” (H);

“... *disponer enfermería de una hora de comunicación con tus compañeros, a nivel profesional y tocar temas puntuales del servicio, planear un trabajo, discutir, tratar de planear esos cuidados... potenciaría mucho lo que es nuestra profesión, dentro de nuestras horas de trabajo*” (H);

“*En AP tenemos todas esas cosas, te puedes organizar tu trabajo, tenemos formación continuada pero tienes que preparar el tema fuera de tu horario laboral y eso echa mucho para atrás.*” (P).

Si el vínculo organizacional entre objetivos organizacionales y motivación personal, se rompe, “...*, no me siento parte de la empresa,..*”(H), la relación que se establece entre el individuo y la organización, -ese contrato psicológico, no escrito ni hablado, que representa las expectativas de cada parte-, alcanza niveles mínimos; el individuo se siente impulsado a buscar otras formas de mantener su autoestima: “... *cambias el chips y sigues motivado, sigues haciendo por enfermería, lo que pasa es que me voy a volcar, pero no en mi servicio*”. (H).

Sin embargo la falta de sentido laboral puede llevar a que un sector de la enfermería considere el trabajo exclusivamente como una fuente de ingresos: “...*vas al trabajo por lo económico, quizás porque tienes que comer*”. (H);

“...el personal de la unidad ha dicho hasta aquí hemos llegado, no quieren formación, ni protocolos, ni planes de cuidados, no queremos nada, tiramos la toalla.”
(H).

Retroalimentación

Se considera unánimemente que la motivación es fuertemente reforzada si el trabajador recibe una información específica y adecuada sobre el desempeño, que uno lleva a cabo en una tarea o trabajo, es un factor importante que influye en su aprendizaje, en el mantenimiento de los niveles de desempeño y en la motivación del individuo para mejorarlo. Las personas pueden recibir información (*feedback*) bien a través de una entrevista de evaluación del desempeño formal, o de una manera informal en el curso de las interacciones diarias entre el superior y el empleado, entre el individuo y los usuarios o entre compañeros. Los profesionales que participaron en los grupos focales consideran, que si bien la relación humano/profesional con las personas que cuidan es primordial, el reconocimiento de la labor realizada, por parte de sus superiores, potenciaría su nivel motivacional:

“... a los enfermos les das y te devuelven el doble,..., pero el reconocimiento de los jefes es importante.” (H).

La inexistencia, en el Sistema Sanitario Español, de pautas regladas de retroinformación, de reconocimiento de realizaciones y logros obtenidos en el desempeño laboral de las/os enfermeras/os les lleva a afirmar: *“Nunca te felicitan, no te dicen si algo debes de cambiar, lo más que obtienes son recriminaciones.”* (H);

“... la empresa no motiva, no reconoce mi trabajo.” (P);

“Pedimos poquita cosa... que te reconozcan tu trabajo, que tu supervisora públicamente te reconozca lo que haces y cuatro cosillas más ya te sientes motivado...”
(H).

Hackman y Lawler (1971) planteaban que las personas se implican principalmente en las conductas que consideran les permitan lograr un resultado valorable; según estos autores para que un trabajo sea motivante el trabajador debe de recibir información sobre su desempeño que le facilite evaluar los resultados que consigue con su actuación y le haga sentirse responsable de los mismos.

Es por ello que ante la ausencia de reconocimiento institucional del esfuerzo y de los resultados obtenidos, las/os enfermeras/os van a buscar de forma primordial el reconocimiento del usuario y familiares como forma de mantener su motivación, de dar sentido a su vida laboral. *“...nos queda la autosatisfacción del trabajo bien hecho y de que nos lo reconozca el paciente, ya que ni la empresa ni los compañeros...”* (H);

“...mi primera motivación es el reconocimiento del paciente a mi labor, o sea que sepa mi esfuerzo que realizo para atenderle y el de otros profesionales, la calidad de mi trabajo...” (H);

“... por un lado está el reconocimiento que me hace el paciente, simplemente la sonrisa o las gracias o palabras amables que te dice cuando entiende que tú lo intentas ayudar, para mí eso vale muchísimo más que otra cosa, por otro lado mi satisfacción personal, es decir yo estoy a gusto conmigo mismo, he hecho esto aunque mis compañeros dicen lo contrario, porque me siento a gusto conmigo mismo, punto y lo hago, y después está la parte de la administración como que ya es incentivo de tipo

económico o en días o que te den un curso, pero que normalmente cada vez están dando menos importancia, porque cada vez en ese sentido te encuentras que estás más quemado, estás pasando más de ellos porque te están demostrando que para ellos eres un nº, al menos ese es el concepto que yo tengo, entonces me quedo con los otros dos.” (H).

Ante la falta de reconocimiento por parte de sus compañeros alguno de los participantes la identificó como fuente motivadora: *“Los enfermeros como todos los profesionales tenemos un arma muy buena para motivarnos y es felicitarnos unos a otros...” (P)*

La motivación es un “continuum”, (Deci y Ryan, 1985) de forma que las/os enfermeras/os se distribuirían, desde un extremo con profesionales altamente motivados por necesidades de competencia y autodeterminación, hasta el otro extremo ocupado por aquellos que realizan su trabajo de manera mecánica, sin percibir relación entre su desempeño y sus resultados laborales, produciéndose en éstos últimos un estado de alienación con un sentimiento de autodeterminación muy bajo, que genera su desmotivación.

Estas diferencias en la forma de abordar las responsabilidades laborales, son claramente expresadas: *“... Yo estoy a gusto conmigo mismo, he hecho esto aunque mis compañeros dicen lo contrario...” (H);*

“... no a todos hay que darles lo mismo ya que no trabajan todos igual.” (H).

Organización del trabajo:

Todas las teorías motivacionales coinciden en que si un individuo percibe que su trabajo favorece su autonomía, crece su sentimiento de autodeterminación y se refuerza su motivación intrínseca, de esta forma los individuos que ejercen un mayor control sobre su trabajo estarían más satisfechos y unidos a la organización.

Pero debemos tener en cuenta que la enfermería no es una profesión que disponga de una autonomía plena; como referíamos en el capítulo II (Pág. 22); en la atención sanitaria la capacidad de actuación de estos profesionales, está sujeta a diferentes líneas de autoridad (supervisores, médicos), que pueden actuar de una forma autocrática, reduciendo la autonomía de los mismos, sin reconocer ni valorar las intervenciones independientes, propias de los profesionales de los cuidados.

La relación con los médicos difiere entre la enfermería hospitalaria y la comunitaria; en el hospital es considerada como una relación de dependencia: “... *en el hospital trabajamos a demanda de lo que el médico va diciendo...*” (H).

Mientras que en los Centros de Salud la enfermera considera que desarrolla unas labores propias, independientes de las intervenciones dependientes al personal facultativo, que aumentan su autonomía: “... *Primaria es más autónoma, los médicos reconocen que tenemos una parcela propia.*” (P).

Esta mayor autonomía en dicho nivel de atención facilita el desarrollo profesional: “... *se pueden abrir muchos caminos, pero eso va a depender del profesional, unos van a asumir más tareas, más responsabilidad.*” (P).

La organización del trabajo es vista de una forma negativa, tanto por falta de una adecuada información: “... *no tienen nunca en cuenta la opinión de los profesionales para hacer ningún cambio,...*” (P);

“*Las innovaciones no las explican completas, con lo cual vas haciéndolo poco a poco, pero con el triple de trabajo.*” (P-H);

así como por el reparto de cargas laborales: “*no están repartidas las tareas equitativamente, no se entretienen en medir qué cargas de trabajo tiene esta persona, esta y esta...*” (P).

Herzberg (1966) ya indicaba que si el trabajador consideraba inadecuadas la organización administrativa, la capacidad de liderazgo de los supervisores o la información de objetivos se favorecía la insatisfacción. Con respecto a los cambios y reorganizaciones del trabajo, la opinión de las/os enfermeras/os es considerarlos impuestos, sin explicación de sus objetivos, sin que tengan en cuenta, ni su opinión, ni el entorno y condiciones laborales: “*La organización del trabajo, para mí es fundamental, si tú has montado algo, ahora viene una norma de Sevilla de que eso no sirve, sin ninguna argumentación que demuestre o convenza de que ese sistema que están obligando, no proponiendo, a poner en marcha, nos va a proporcionar a nosotros un beneficio, ni a la población.*” (P);

“*¿Por qué no nos preguntan a los que estamos ahí.*” (H);

“*... en los trece años que llevo en primaria no se los cambios que he vivido y es que a mí me hacen perder el norte,...., ¿a dónde me llevan? Cuando uno no tiene clara la*

meta, el camino es más tortuoso ¿no?, entonces ¿cuál es mi meta?, mi meta es cuidar del paciente y hacerlo lo mejor que se.” (P).

Kanter (1993) propone que la efectividad laboral individual está importantemente relacionada con los aspectos organizativos. Este autor considera que la gente se implica en lograr objetivos organizacionales si el entorno laboral está estructurado de forma que existen vías regladas de acceso a la información (sobre planes laborales, metas, decisiones organizacionales, cambios de planes o decisiones futuras de la organización), apoyo (entendido como retroinformación y guía por parte de superiores, compañeros y subordinados) y de expresión de sus opiniones (de forma que los empleados se sientan con la capacidad de ejercer influencia sobre la organización en la elección de los diversos elementos necesarios para realizar el trabajo).

Las/os enfermeras/os se sienten postergados/as organizacionalmente; no solo consideran que no reciben información, sino también que cuando realizan aportaciones no son tenidas en cuenta: *“Se dan ideas, se hacen propuestas, ante determinadas situaciones pero...” (P);*

“... ¿Alguien nos hace caso?, ¿alguien nos escucha?, les da igual a todo el mundo.” (H).

Condiciones laborales

El principal problema laboral que sienten tanto en enfermería comunitaria como en hospitalaria es la sobrecarga laboral: *“... siempre estoy corriendo de un lado para otro, me falta tiempo...” (H);*

“...no solo es que serían necesarios más enfermeros para atender al número de pacientes que tienes que atender, sino que muchas veces no suplen bajas, o te ponen una enfermera recién terminada.” (H).

Esta sobrecarga la consideran principalmente debida a una ratio enfermera/pacientes baja, pero existen otros factores como el número de ingresos en el turno o la desorganización ocasionada por tener que abandonar el plan de cuidados para realizar otras actividades indicadas por los facultativos: *“...tienes que dejar lo que estas haciendo para ayudar al médico.”* (H).

Son conscientes que esta sobrecarga puede influir en su cometido laboral: *“Tengo tantos datos que meter en el ordenador que no miro al paciente,..., me di cuenta al terminar la consulta que no le había visto la cara...”* (P).

La sobrecarga es también la principal fuente de estrés y ansiedad de las enfermeras, considerando que las situaciones de sobrecarga podrían reducir la capacidad de impartir cuidados con una calidad adecuada: *“Hay días que me echaría a llorar, no doy abasto con todo lo que tengo que hacer, y, o lo hago mal, o tengo que dejar cosas para otro turno.”* (H).

Otra fuente de estrés es la percepción de disponer de menores recursos que los deseados: *“... se te une la presión asistencial con la falta de medios.”* (H);

“... estás trabajando en un sitio que no tienes medios, que te lo tienes que ventilar... cuando el enfermo te pide una... y no tienes, cuando..., se te viene el mundo abajo.” (H).

Aunque la falta de medios les ocasiona sobrecarga y tensión, algunos profesionales consideran que la falta o déficit de los mismos no debe variar los objetivos propuestos. *“En el centro van a poner ..., sin tener en cuenta los recursos que tienes y se pone a costa de que tú pasas un día allí una hora, dos horas en otro sitio, otro día en otro sitio, ... eso te cansa un montón, pero a veces merece la pena...”* (P);

“... La personalización de la atención hay que hacerla, independientemente de si hay personal, si hay estructura, si hay medios,...” (P).

Debe de tenerse en cuenta que el trabajo de enfermería, obliga a dar respuestas a las demandas de los usuarios y a tomar decisiones en situaciones críticas, lo que origina importantes tensiones y situaciones de estrés, en las que pueden sentirse desasistidos: *“...tú tienes que resolver la papeleta, pues el medico puede tardar ni se sabe.”* (H).

Por otra parte en una situación estresante, ser cuestionado puede aumentar la sensación de estrés y contribuir a la separación entre la enfermera y los facultativos, las enfermeras desearían estar más implicadas en la toma de decisiones éticas junto con otros profesionales y que su opinión fuese oída y respetada: *“... después de que te has esforzado todo lo posible, llega el medico y dice que no hay nada que hacer, que era irrecuperable, ..., porque no te lo habían comunicado antes.”* (H).

Estas situaciones pueden crear conflictos éticos, en los que las enfermeras eligen valores como la honestidad, deseos del paciente y familia, junto al deseo de hacer lo mejor para el paciente: *“... si tengo dudas, pienso qué haría si fuese mi padre, mi hermana, mi...”* (H).

Estos contextos son más frecuentes en los profesionales hospitalarios que en los comunitarios, posiblemente por la mayor gravedad de los pacientes y porcentaje de situaciones críticas, sin embargo en las unidades de cuidados críticos esto ocurre en escasas ocasiones al existir una mayor interrelación y comunicación entre los diversos estamentos.

Supervisión y relaciones interpersonales

Entre los factores que pueden incidir en la satisfacción profesional destacan los aspectos psicológicos del propio trabajador, características de la organización que trabaja, y factores de relación dentro de la empresa, teniendo gran importancia el estilo directivo y el ambiente de trabajo, factor que ayuda a explicar por qué en las diferencias de satisfacción laboral profesional influye más la unidad o servicio en que se trabaja.

En la enfermería malagueña existe una desconfianza hacia los elementos directivos posiblemente basada en un estilo directivo poco participativo, en la falta de información institucional y en la estimación de que el ascenso a cargos de responsabilidad está orientado por patrones ajenos al cumplimiento laboral: “... *si no estás de acuerdo con ellos no existes.*” (H);

“Para ser supervisor hay que estar dispuesto a plegarse a sus deseos.” (H).

Esto favorece la insatisfacción con el trato recibido por parte de supervisores o superiores en la consideración de que no realizan un reconocimiento explícito de su trabajo, ni diferencian a cada trabajador en función del trabajo que desempeña, lo que les lleva a plantear que la labor directiva se refugia en un trato igualitario injusto que llega a exigir más a los más motivados sin ninguna contrapartida: “... *si tú trabajas poco y mal te*

ponen una ayuda, pero si trabajas mucho, rápido y bien te castigan enviándote a otro sitio, ni se premia al que lo hace bien, ni se piden responsabilidades al que trabaja menos.” (P);

“... ¿Por qué a nosotros nos exigen tanto y al de enfrente le pagan lo mismo y hace la mitad?” (P).

Debe tenerse en cuenta que las expectativas están íntimamente relacionadas con la valoración que el trabajador hace de los problemas que se presentan en su contexto laboral, por lo que los individuos que valoran más negativamente las situaciones problemáticas del trabajo, están más predispuestos al agotamiento emocional. El ambiente de trabajo tiene un carácter multidimensional, sus dimensiones relevantes difieren según la organización de que se trate pero la cooperación, la cohesión y el trabajo en equipo, van a marcar importantemente el sentimiento de cada individuo con respecto a su vida laboral: *“La relación con mis compañeros me ayuda a afrontar el trabajo mejor.” (H);*

“Unos buenos compañeros de trabajo te ayuda, en primaria tú tienes tu parcela si el ambiente no acompaña te metes y ya está.” (P).

La falta de cohesión, favorece también la tensión laboral y la disminución de la calidad en el trabajo *“... estoy en un servicio y hago muy bien mi trabajo, pero no hay un trabajo en equipo, al final eso repercute en la calidad de los cuidados.” (H).*

El trabajar en condiciones laborales adversas, estresa y desmotiva laboralmente, pudiendo ocasionar el síndrome de quemado laboral, muchas enfermeras realizaron comentarios que sugieren, directa o indirectamente que estaban sufriendo este síndrome. Estos comentarios incluían sentimientos de estar agotada, desalentada o no considerada,

también el deseo de no acudir al trabajo, favoreciendo el absentismo laboral: “... *estas situaciones (de tensión laboral) son cada vez más frecuentes, hacen que me sienta mal, el simple hecho de pensar ir al trabajo me resulta insufrible, me daría de baja como hacen otros, pero...*” (H).

El cambio de trabajo o el abandono de la profesión, es frecuente en países en donde el mercado laboral es más dinámico, pero en el sistema sanitario público español, esto es prácticamente imposible, sin embargo el deseo de realizarlo puede afectar a un importante sector de enfermeros/as: “...*he pensado varias veces en cambiar de trabajo, de mandar todo a la..., pero tienes que comer...*” (H).

Los problemas laborales afectan al individuo, que lo transporta a otros ámbitos, siendo más frecuente que el trabajo interfiera con la familia que al contrario: “*Mi vida personal procuro jamás llevarla al trabajo, mientras que mi vida laboral la llevas a la casa, casos personales que te impresionan, problemas del trabajo,...*” (P).

“*Cuando estás en el súper comprando vas pensando cómo vas a resolver el problema que tienes en el centro.*” (P).

Comentarios:

La satisfacción, entendida como sensación de bienestar con respecto al trabajo, podemos considerarla como la percepción subjetiva e individual, del profesional de enfermería, de un equilibrio entre las demandas o cargas de su trabajo y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) que dispone para afrontarlas, por tanto influyen las características profesionales, personales y familiares del/la enfermero/a, lo

que explica por que dos profesionales en el mismo puesto de trabajo y con idénticas cargas laborales pueden declarar diferentes niveles de satisfacción.

Sin embargo, del estudio precedente podemos extraer una serie de percepciones que pueden incidir marcadamente en la satisfacción/insatisfacción; motivación/desmotivación de estos profesionales y que son muy similares a las descritas en otros estudios.

V.3 SOBRE EL ESTUDIO DESCRIPTIVO Y ANALÍTICO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA COMUNITARIA Y HOSPITALARIA

A. Tasa de respuesta

Se ha obtenido una tasa de respuesta global del 40,13%, (cuestionarios entregados 1383, válidos 555), que se sitúa en un punto medio frente a otros estudios (Tonges, Rothstein y Carter, 1998; Urricelqui y Sanz, 2000; Álvarez Baza, 2003; Lopezosa, Reca, 2005; Robles, Dierssen, Martínez, Herrera, Díaz y Llorca, 2005; Simón, Blesa, Bermejo, Calvo y Gómez de Enterría, 2005), pero debe analizarse la diferente tasa de respuesta encontrada entre la enfermería comunitaria, (85,4%) y la hospitalaria (33,44%), que consideramos puede estar en relación con varios factores, por un lado el interés en responder la encuesta y por otro el diferente procedimiento utilizado en el abordaje de los profesionales para su inclusión en el estudio.

Con respecto al interés, podría estar ocasionado por múltiples factores que pueden ir desde un mayor porcentaje de enfermeras/os hospitalarias/os “hartos” o con cansancio/abulia ante la cumplimentación de los cuestionarios, (relacionado con la extensión del mismo); hasta variables de contexto como problemas organizativos y de

funcionamiento, conflictos con las Direcciones de Enfermería y/o Supervisoras, problemas interprofesionales y cambios organizativos en el momento del estudio; pasando por la existencia de un mayor conocimiento de la investigadora por parte de las/os enfermeras/os comunitarias/os.

Sin embargo, muy posiblemente pueda deberse al procedimiento, ya que a los profesionales de los Centros de Salud y en una única sesión se llevó a cabo la presentación, entrega, cumplimentación y recogida de los cuestionarios, realizada personalmente por la doctoranda, mientras que a enfermería hospitalaria, con un número mucho mayor que impedía utilizar este medio, fue entregado a los profesionales a través de las Supervisoras de las Unidades hospitalarias, no realizándolo personalmente, ni explicando la investigación, aunque para paliar todo ello se procedió, por parte de la investigadora, a realizar semanalmente visitas a las diferentes unidades presentándose, solicitando y recordando respondieran a los cuestionarios.

B. Características sociodemográficas, profesionales y de formación

Tanto en enfermería comunitaria como hospitalaria el género femenino supera los dos tercios de los profesionales enfermeras/os, lo que corrobora, como en otros estudios (González, Barquero, Carrasco, García, Sánchez, Mariscal y Domínguez, 2000; Urricelqui y Sanz, 2000; Castillo, Quiles, Martínez y Perales, 2005) que esta profesión continúa siendo predominantemente femenina.

Es de reseñar la gran diferencia en personal sin plaza en propiedad, ya que en los Centros de salud alrededor del 50% son interinos o contratados, lo que podría influir en la satisfacción profesional, sin embargo mientras que Cruz Cañas, Vázquez, Aguirre,

Fernández, Villagrasa y Andradas, (1994) indican que las enfermeras con puesto fijo mostraban menores niveles de satisfacción, otros estudios plantean lo contrario (Fornés, Ponsell y Guasp, 2001).

En cuanto a las variables de formación-investigación y de desarrollo profesional, analizando los tres últimos años, encontramos que la enfermería comunitaria presenta una tasa, tanto de artículos publicados como de comunicaciones presentadas a reuniones científicas, superior a la de otros colectivos (González, Barquero, Carrasco, García, Sánchez, Mariscal y Domínguez, 2000), solamente la tercera parte de los profesionales estudiados no han realizado ninguna investigación, mientras que la enfermería hospitalaria presenta un índice mucho menor de actuaciones científicas: ¿falta de tiempo?; ¿sobrecarga asistencial?; ¿menor formación en metodología de investigación?; ¿Burnout?. Esto nos lleva a considerar que sería recomendable identificar los motivos por los que no se desarrollan o se realizan pocas investigaciones en el campo de los cuidados hospitalarios, tan necesarios para el desarrollo profesional, ante todo esto sería conveniente que la Administración favoreciera y potenciara tanto la formación como el desarrollo de investigaciones, ya que repercutiría en la calidad de los cuidados prestados, por otra parte hemos de tener en cuenta que no se contempla dentro del horario laboral un tiempo específico para ello, como dispone enfermería comunitaria.

Metodología enfermera: La utilizan el 91,8% de las enfermeras comunitarias, estando muy por encima de lo encontrado en otros estudios (González, Barquero, Carrasco, García, Sánchez, Mariscal y Domínguez, 2000; Izquierdo, Pérez, Ramírez, Serrano, Torres, y Conde,

2002), aunque el nivel de desarrollo no es el mismo en todos los profesionales ya que cerca del 60% aplican el proceso diariamente de uno a tres usuarios.

No está asumido realizar informes de enfermería comunitaria al ingreso del usuario en el hospital; un mínimo porcentajes (6,6%) de las/os enfermeras/os lo efectúan, a pesar de ser necesario para la continuidad de los cuidados, iniciados en el primer nivel de atención, pudiendo deberse por un lado, a la falta de coordinación institucional entre los dos niveles asistenciales, ignorando así los beneficios que se obtendrían de la misma principalmente para el usuario, y por otro a la falta de concienciación y convencimiento del propio profesional de enfermería comunitaria, del valor de la información del usuario que puede aportar a la enfermera hospitalaria, no siendo consciente que es la que mejor le conoce, ya que le cuida a lo largo de las diferentes etapas de su vida.

La aplicación de la metodología enfermera por los profesionales hospitalarios es realizada por el 31,8%, (un 44% no lo realiza nunca), valor similar al promedio de la Atención especializada de la comunidad andaluza (28,5%) (González, Barquero, Carrasco, García, Sánchez, Mariscal y Domínguez, 2000).

La diferencia que encontramos entre ambos sectores en la aplicación de la metodología, nos hace plantear si en la enfermería hospitalaria existe un alto número de profesionales, que están poco identificados con las funciones propias de enfermería, esto podría explicarse si existiese una diferencia importante en las edades de ambos colectivos, por el que la enfermería hospitalaria tuviese una alta proporción de enfermeras/os “de vieja escuela”, no formadas/os en la metodología, sin embargo al no verificarse este supuesto debemos de plantear si es que las/os enfermeras/os hospitalarias/os, podrían estar más

desilusionadas y/o sobrecargadas lo que les abocaría a un menor interés en cambiar formas de trabajo e incorporar a su quehacer cotidiano los avances científicos de la profesión, aspecto que requeriría un estudio en profundidad para poder paliar este hecho.

Deseamos constatar que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos sectores con un mayor cumplimiento por la enfermería comunitaria, respecto a la valoración de la situación general del paciente y a la planificación del plan de cuidados del mismo.

Organización laboral: En cuanto a la organización funcional de los Centros de Salud, en la mayoría de ellos la población adscrita a enfermería es la de los cupos médicos, siendo esto debido a que, en la época que se realizó el estudio, la población no podía elegir a su enfermera, aspecto que está siendo modificado actualmente con la personalización de la atención. Aunque existe un porcentaje mínimo de centros que trabajan por sectores geográficos, entendemos que sería la organización funcional más beneficiosa para el usuario, con una mayor racionalización de los recursos. Al tener seccionada la Zona Básica de Salud en varios sectores permitiría dar unos cuidados más integrales, facilitando conocer en mayor profundidad el medio social y el medio físico donde viven las personas, y al mismo tiempo los profesionales de enfermería del centro, al tener adscrita una zona geográfica determinada, no tendrían tan dispersa la población adscrita a su cargo, facilitando así el mayor conocimiento del entorno y mayor conocimiento de las familias a las que tiene que prestar los cuidados; somos conscientes de que este tipo de organización funcional requeriría una mayor coordinación entre los diferentes miembros del Equipo Básico de Atención Primaria.

Reseñar que la organización del trabajo en Hospitales, principalmente es la asignación enfermera-paciente, lo que no implica que cuiden a los mismos enfermos a lo largo del periodo de hospitalización, ya que puede cambiar la asignación de los pacientes de un día para otro, por lo que la continuidad de cuidados y el seguimiento de la evolución de los enfermos pueden verse interrumpidos. No podemos olvidar que existe una cuarta parte de los profesionales que trabajan por tareas, lo que quiere decir que los cuidados que se prestan no son integrales, e incluso podríamos de calificarlos de deficitarios o incompletos, al no considerar a la persona de forma holística, ni poder tener un seguimiento y por lo tanto, incidir de nuevo en la continuidad de los cuidados, yendo todo ello en contra de la propia filosofía enfermera. A esto hay que unir que la coordinación entre los dos niveles de atención mediante el informe al alta hospitalaria del enfermo, es baja, interrumpiendo nuevamente la continuidad de cuidados, repercutiendo todo ello en la calidad de los mismos, como consecuencia de una falta de institucionalización de un modelo de cuidados que garantice la continuidad de los mismos.

C. Características del trabajo enfermero

Hemos de subrayar que tres de cada cuatro profesionales de enfermería comunitaria dan apoyo emocional al usuario y familias; enseñan a los familiares del enfermo los cuidados que requiere el mismo; consideran necesario como parte importante de su trabajo ayudar a las personas a disminuir el miedo y la ansiedad, tranquilizándoles en situaciones estresantes; estas actuaciones también son realizadas por las/os enfermeras/os hospitalarias/os, pero en menor proporción, lo que se traduce en diferencias estadísticamente significativas en actuaciones como informar a pacientes y familiares,

encontrando que en los Hospitales menos del 50% informan a los pacientes y familiares a su ingreso sobre lo que pueden esperar durante el periodo de hospitalización.

Igualmente, existen diferencias significativas en la consideración de que hablar con los usuarios y familias es parte esencial del trabajo, lo que es muy asumido por la enfermería comunitaria mientras que en la hospitalaria se tiene la percepción de que la gravedad de los pacientes dificulta y hace escasa la comunicación con ellos.

También se han encontrado diferencias significativas en la enseñanza de autocuidados o en tranquilizar a pacientes y familiares en situaciones estresantes, que es más realizado por la enfermería comunitaria.

Las posibilidades de abordar el trabajo es percibida muy distintamente, así las/os enfermeras/os comunitarias/os, de forma significativamente superior a las/os hospitalarias/os, consideran que pueden seguir protocolos de cuidados para prevención, o pueden evaluar los resultados de los cuidados de enfermería; también en el campo comunitario existe una percepción significativamente superior acerca de la posibilidad de tomar decisiones independientes sobre la educación sanitaria, sobre los cuidados de enfermería o la adaptación de planes de cuidados.

Coincidimos por tanto con, (Cruz Cañas y col. 1994; Albaina Landaluce, Díez Andrés, Ibáñez Ruiz de Arcaute, Portillo Armentia y Suso Pérez de Arenaza, 1995) en que la enfermería de Atención Primaria tiene mayor independencia en sus tareas.

En este sentido también es estadísticamente significativo la percepción por los profesionales hospitalarios de que su toma de decisiones clínicas en actuaciones propias de enfermería esta restringida por procedimientos y políticas del centro y de que no

pueden realizar algunas actuaciones que consideran adecuadas porque los médicos no tienen en cuenta su opinión, lo que corroboraría el predominio del modelo médico en los Hospitales, que según Porter-O'Grady (1997) magnifica el poder del facultativo, reduciendo de forma importante la capacidad de actuación de los profesionales enfermeros (Moloney, 1992; Paul, 1991).

En este aspecto debe ser tenida en cuenta la diferente percepción existente entre ambos sectores con respecto a la actitud de los Supervisores con la autonomía enfermera, existiendo una diferencia significativa a favor del nivel comunitario en el apoyo de los Adjuntos a la toma de decisiones independientes sobre los cuidados enfermeros.

Con respecto a la retroalimentación que reciben de sus compañeros y responsables (Supervisor o Adjunto), debemos partir de que en nuestro país no existe una cultura de reconocimiento profesional entre los compañeros, aspecto a tener en cuenta y que en uno de los grupos focales, se subrayaba como elemento a poner en práctica para estimularse y motivarse entre ellos mismos, sin embargo es estadísticamente significativo la superior percepción por parte de la enfermería comunitaria de recibir información de sus responsables y compañeros.

El diferente sentimiento con respecto a la actuación de los Supervisores/Adjuntos, es importante en cuanto que el estilo de la supervisión afecta importantemente a la satisfacción / insatisfacción de las/os enfermeras/os (Butterworth, Bishop y Carson, 1996; Scanlon y Weir 1997), un liderazgo que no reconoce y/o soporta las labores realizadas, no se implica con los problemas asistenciales y no ayuda o intenta solucionar las situaciones de sobrecarga produce insatisfacción (Mathena, 2002).

También como nota diferencial de las características percibidas del trabajo, entre las/os enfermeras/os hospitalarias/os está muy difundida la impresión de que dedican demasiado tiempo y de que realizan muchas actividades que podría realizar una auxiliar.

Debe de tenerse en cuenta que la organización del trabajo en los Hospitales, obliga a los profesionales muy frecuentemente, a cambiar la asignación enfermera-paciente, lo que rompe la continuidad de cuidados, y va a ser determinante de que encontremos diferencias significativas en la posibilidad por los profesionales hospitalarios de llegar a conocer a los pacientes y desarrollar relaciones personales con ellos y con sus familias, lo que es más factible en los Centros de Salud.

Esto también explica que en los Hospitales significativamente se identifique a los pacientes por números de habitación o cama, y como indican los profesionales existen pocas posibilidades de percibirlos como personas en su totalidad, ni de conocer por su parte si los pacientes están satisfechos con sus cuidados. Esto es mucho más difícil que ocurra en el nivel comunitario donde las enfermeras/os atienden a los mismos usuarios durante largos períodos de tiempo, e incluso reciben informaciones suplementarias sobre la salud de los mismos.

F. Dimensiones Centrales del Puesto y Variables sociodemográficas y de profesión

Una de las aportaciones al Modelo de las Características del Puesto, hecha por las autoras del SNJCI (Tonges, Rothstein y Carter, 1998) es la inclusión de la dimensión Atribución de resultados, que definen como el grado en que los individuos pueden discriminar los efectos de su propio esfuerzo sobre el resultado final de su trabajo.

En nuestro estudio los profesionales comunitarios que llevan trabajando de enfermeras/os \leq a 13 años, muestran mayor Atribución de resultados que los profesionales de 14 a 19 años y que las/os de \geq a 20 años, ($p < 0,05$); así mismo dicha dimensión presenta resultados similares con respecto a la variable Tiempo que finalizó la carrera ya que el grupo de profesionales que acabaron la Diplomatura de Enfermería en los últimos 13 años muestran mayor grado de Atribución que las que acabaron antes (14-19 y \geq 20).

Estos resultados nos llaman la atención ya que se supone que los profesionales con mayor experiencia y teóricamente pericia profesional, deberían relacionar mucho más y mejor los resultados a su esfuerzo personal, pero posiblemente el tiempo trabajado esté relacionado con un factor que no hemos podido medir “la desilusión”, de forma que los trabajos se hagan más mecánicos.

La atribución de resultados medida en el presente estudio presenta valores superiores en las enfermeras comunitarias, con una diferencia significativa ($p < 0,01$) respecto a las que trabajan en Hospitales.

Sin embargo, se ha cuestionado la autovaloración del trabajo, al haberse objetivado en algunos estudios un alto grado de inexactitud por parte de los individuos en la determinación de las características de su trabajo. Así, Brief y Aldag (1978) y Jenkins, Nadler, Lawler y Cammann (1975) encontraron poca convergencia entre la valoración realizada por los titulares del trabajo y la que se obtenía mediante observadores externos.

Las críticas a esta dimensión se adscriben en dos grandes apartados: 1. La consideración de que la evaluación de las características laborales están influenciadas por las actitudes laborales, de forma que los profesionales satisfechos con su trabajo, lo

describirían más favorablemente que los que estuvieran insatisfechos y, 2. La evaluación del empleo puede ser influenciada por los trabajos y experiencias previas y por los procesos sociales de comparación, en los que el enfermero compararía su trabajo con el que realizan otros a los que toma como referente.

Otra de las dimensiones que incluyen las autoras es la Identidad de la tarea interpersonal definida como la relación con la persona a la que se atiende (ya que forma parte del proceso), lo que ocasiona una fuente adicional de identificación con la tarea, siendo ésta distinta de la que se obtiene por el trabajo en si mismo. En el nivel comunitario los profesionales con plaza en propiedad tienen mayor identificación con el trabajo por la relación con el usuario, que las/os enfermeras/os contratadas y éstas menos que las enfermeras con una interinidad; estos resultados corroboran lo postulado por las autoras del SNJCI ya que al cuidar a los mismos usuarios los profesionales con plaza en propiedad tienen mayor conocimiento de ellos y caracterización del trabajo, que las enfermeras que llevan menos tiempo que ellas.

La identidad de la tarea interpersonal presenta superiores puntuaciones en la enfermería comunitaria, con una diferencia significativa ($p < 0.05$) con respecto a la hospitalaria.

Tonges, Rothstein y Carter, (1998) reintroducen el concepto de Interacción requerida o Contacto social, que en el Modelo Motivacional del Puesto lo contempla, más no la incluye como una dimensión de las Características del Puesto. La definen como los contactos que requiere el desempeño del trabajo con otras personas, tanto con los usuarios como con otros profesionales. En nuestro estudio en la enfermería hospitalaria esta

dimensión es significativamente mayor en las/os enfermeras/os que llevan \leq a 3 años en el trabajo actual que las que llevan trabajando más de 9 años, resultados que nos sorprenden y de difícil interpretación, pudiendo ser debido a que las primeras necesiten mayor interrelación tanto con los compañeros como con los usuarios, mientras que los profesionales que llevan más tiempo en su trabajo actual, podría esta necesidad estar disminuida por la desilusión con el puesto laboral que anteriormente habíamos mencionado.

La variable Planes de cuidados en el nivel hospitalario influye significativamente en Importancia de la tarea, Identidad de la tarea relacionada con el trabajo, Identidad de la tarea interpersonal, Autonomía, Retroalimentación del puesto y Retroalimentación de los Agentes, demostrando así que es la variable de profesión que mayor identidad da al trabajo enfermero a pesar de existir un alto porcentaje (44,4%) de enfermeras/os que no realizan planes de cuidados.

Los profesionales que realizan diariamente de 1 a 3 planes de cuidados, al igual que los que realizan más de 8 perciben mayor reconocimiento por otros, tanto a nivel intra como extraorganizacional (Importancia de la tarea), que los que no realizan ningún plan de cuidados.

Las/os enfermeras/os que realizan de 1 a 3 planes de cuidados, así como las que desarrollan de 4 a 7 y más de 8, experimentan mayor grado de realización de un producto completo e identificable (Identidad de la tarea relacionada con el trabajo), que las/os enfermeras/os que no realizan ninguno.

La variable Planes de cuidados se relaciona con la Identidad de la tarea interpersonal, encontrando en el nivel hospitalario que los profesionales que realizan de 4 a 7 planes de cuidados diariamente, tienen mayor relación con el enfermo que las/os enfermeras/os que no realizan ningún plan de cuidados. Estos resultados nos parecen coherentes, ya que los profesionales que aplican la metodología enfermera requieren mayor relación con los pacientes que los que no trabajan con dicha metodología.

Los profesionales que realizan planes de cuidados, (desde 1 hasta más de 8), sienten mayor grado de independencia para planificar y desarrollar su trabajo, (Autonomía) que los que no realizan ninguno, estos resultados corroboran los encontrados en otra investigación, (Vacas, Gil, Cañones, Santos, Crespo, Urraca, Pérez, Martínez, Díaz, Almeda, y Chifles, 1997), la cual concluye que la aplicación de la metodología científica incrementa la autonomía en los profesionales de enfermería. Igualmente repercute en Retroalimentación del puesto, las/os enfermeras/os que realizan planes de cuidados (desde 1 a más de 8) perciben que las actividades realizadas en su trabajo, ofrecen por si mismas una información directa sobre la efectividad de su desempeño, más que las/os enfermeras/os que no realizan ninguno; comportándose de igual forma con Retroalimentación de los agentes, los profesionales que realizan de 1 a 7 planes de cuidados sienten mayor grado de información sobre el desempeño de su trabajo por parte de compañeros y supervisores, que las/os enfermeras/os no realizan ninguno; todo ello nos confirma que la metodología enfermera enriquece y da identidad a la profesión.

G. Motivación interna y Satisfacción General con las variables sociodemográficas, de profesión y de formación

Enfermería comunitaria

El grado de Satisfacción general está asociado con el Tiempo trabajado como enfermera/o, ya que los resultados obtenidos muestran, de forma significativa, que a mayor tiempo de enfermera/o menor Satisfacción y dentro de éstas, hallamos que los profesionales que llevan trabajando menos o igual a 13 años están más satisfechos que los profesionales que llevan trabajando más de 19 años.

Enfermería Hospitalaria

Al relacionar Motivación interna y Satisfacción General con las variables sociodemográficas, de profesión y de formación, encontramos que la Motivación interna, presenta diferencias significativas, con respecto a la variable Tiempo en el trabajo actual, estando más motivados los profesionales que llevan ≤ 3 años en el puesto actual que los que llevan de 4 a 9 años, pudiendo esto deberse a que el primer grupo tenga más expectativas que el segundo, de todas las formas consideramos debería estudiarse el burnout.

La Satisfacción General muestra diferencias significativas con el Tiempo trabajado como enfermera/o, estando más satisfechas los profesionales que lleva ≤ 12 años trabajando que los que llevan de 13 a 19 años y éstos están menos satisfechos que las enfermeras que llevan más de 19 años trabajando.

También es significativo los años que hace que finalizaron la carrera, ya que muestran mayor satisfacción los profesionales que hace ≤ 12 años que terminaron la carrera, que los que acabaron hace 13-20 años; así mismo éste último grupo presenta menor satisfacción que las enfermeras que finalizaron hace más de 20 años.

La Satisfacción difiere con respecto a la variable Bajas por enfermedad, los que no tuvieron ninguna baja están más satisfechos que los que tuvieron de una a dos, pudiendo ser consecuencia alguna de las mismas por la menor satisfacción.

Los profesionales que no realizan ningún plan de cuidados están menos satisfechos que los que realizan de cuatro a siete diariamente, encontrando su explicación en que los que no realizan ningún plan de cuidados tengan más mecanizado su trabajo y menos planificado, prestando posiblemente unos cuidados basados en el modelo biologicista más que en un modelo de cuidados integral.

H. Descripción global de la enfermería comunitaria y enfermería hospitalaria

Deseamos finalizar la discusión con una valoración integral atendiendo a las teorías motivacionales de los diversos elementos que inciden en la satisfacción/motivación de estos profesionales.

Para ello debemos considerar:

H.a *Actitudes* de las/os enfermeras/os, basadas en las creencias que tienen de ellos mismos, de sus capacidades y de los factores que les afectan en su actuación laboral;

H.b *Implicación* en su trabajo, o deseo de obtener unos resultados basados en sus expectativas;

H.c *Responsabilidad* experimentada por las acciones realizadas para conseguir unos resultados.

H.a Las actitudes nos remiten al auto-concepto del individuo y a su percepción de auto-eficacia; el auto-concepto (Bandura, 1997) es una estructura multidimensional que refleja las creencias del individuo en su eficacia personal, algo así como una descripción de cómo uno se considera, mientras que la autoeficacia surge de la evaluación sobre las capacidades propias para poder ejecutar una tarea con éxito, como indica Bandura (1997, pag. 2) *“el nivel de motivación de la gente, sus estados afectivos y acciones, están basadas más en lo que ellos creen, que en lo que es objetivamente verdad”*.

Debemos valorar que las personas perciben un trabajo como favorable o desfavorable para ellos, con base en las ideas que tienen sobre esa ocupación y, a su auto-eficacia. Una enfermera con alto nivel de auto-eficacia, tendrá un auto-concepto positivo y previsiblemente espera tener éxito en sus tareas, perseverando en ellas hasta que sean completadas; por el contrario una/un enfermera/o con baja auto-eficacia, anticiparía el fracaso y estaría menos dispuesto a persistir en ellas, o lo haría con baja implicación.

El auto-concepto es una estructura multidimensional, en el que intervienen diferentes percepciones: de auto-confianza y sentimientos positivos hacia el trabajo; de interés o empatía en el cuidado de otros; de desarrollo de relaciones con otras personas, de desarrollo, progreso y realización personal. Desgraciadamente su medición implica la realización de encuestas suplementarias a las realizadas, que posiblemente hubieran restringido importantemente la tasa de respuesta, por lo que atendiendo a la investigación cualitativa debemos considerar que el auto-concepto y auto-eficacia de, posiblemente, la

mayoría de los enfermeros es alta: “*están convencidos de ser buenos enfermeros y de que lo hacen lo mejor posible.*”

H.b La implicación en el trabajo, parte de que el profesional debe experimentar el trabajo como “significativo”, como algo que cuenta en su propio sistema de valores. En un meta-análisis sobre 48 estudios de satisfacción en los profesionales de enfermería, se objetivó que la implicación laboral era el principal factor relacionado positivamente con la satisfacción. (Blegen ,1993),

Si un enfermero considerase el trabajo que realiza como trivial, es poco probable que desarrollase su motivación interna. Hackman y Oldham, (1980) plantean que los trabajos deben presentar tres características para dar "significado" al trabajo:

- (1) Variedad de competencias o destrezas;
- (2) Identificación de la tarea; y
- (3) Sentido o importancia de la tarea

La Variedad de destrezas, es el grado en que un trabajo requiere un abanico de diversas actividades para su realización, precisando diversas habilidades y talentos de la persona. Cuando una tarea requiere a trabajadores implicados en actividades que desafían sus habilidades o capacidades, estas personas experimentan casi invariablemente esa tarea como significativa, (Hackman y Oldham, 1980), sin embargo en nuestro estudio tanto en enfermería comunitaria como en la hospitalaria, el 50% de los sujetos presentan valores por debajo de la media, más acentuado en esta última, aunque sin significación estadística. Esto nos plantea que un extenso colectivo de enfermeras/os, pueden considerar en muchas ocasiones, que realizan un trabajo monótono y repetitivo, para el que no precisan de

especial formación, lo que puede conducirles a una disminución tanto de los deseos de auto-formación, de mantenerse científicamente al día, como de enrolarse en trabajos más complejos e investigaciones. En este sentido podría esperarse que una estrategia para combatir estos efectos y aumentar su satisfacción profesional, podría ser el incremento de la variedad de competencias del puesto de trabajo, pero experiencias previas enseñan que esto ocurriría si con ello el individuo considera que aumenta su crecimiento y desarrollo personal, por el contrario si el aumento en variedad no diese lugar a sensaciones de bienestar, es razonable presumir que daría lugar a un cambio negativo o no significativo en la satisfacción. La variedad en el trabajo, fue uno de los factores que Parahoo y Barr (1994) encontraron que contribuían a la satisfacción de las enfermeras de salud comunitaria.

La Identidad de la tarea relacionada con el trabajo es el grado en que el empleo permite la realización de un producto completo e identificable. Las/os enfermeras/os se sentirán más identificados con su trabajo, cuando realicen actuaciones que les muestren un resultado visible, el cual les permita evaluar como lo está realizando (Hackman y Oldham, 1980), esto es más acusado en las/os enfermeras/os comunitarios, que superan significativamente a las/os enfermeras/os hospitalarios ($p < 0.05$).

La gran diferencia que se encuentra en esta dimensión (Centros S. 3,7 - Hosp. 2,68), nos indica que la baja Identidad del puesto hospitalario puede venir ocasionado porque las/os enfermeras/os consideran, que sus tareas no están definidas o lo están en términos vagos, o bien que tienen que realizar un alto número de pequeñas tareas que no

constituyen un trabajo integral, lo que apoya que el trabajo por tareas proporciona baja Identidad al trabajo enfermero.

La diferencia entre ambos grupos también viene explicada por las distintas características del trabajo de cada uno de ellos; en los Centros de Salud el usuario es atendido por el mismo profesional, su trabajo está más estructurado, con mayor desarrollo de la metodología enfermera, repercutiendo así en la identidad del trabajo comunitario y al mismo tiempo facilita la evaluación de los cuidados prestados; mientras que en los Hospitales la baja aplicación de la metodología, el tipo de organización del trabajo, que no favorece la continuidad de cuidados, con una amplia dispersión de actuaciones, unido todo ello a que el paciente es cuidado por diferentes enfermeras/os, sin un modelo de cuidados común, dificulta el poder identificar el resultado a la actuación de un determinado profesional.

La identidad de la tarea como individuo, puede ser sustituido por la identificación de la/el enfermera/o como miembro de un equipo, de forma que a través del concepto de potencia del grupo, (Guzzo, Yost, Campbell y Shea, 1993) se origina una creencia común entre los miembros que componen el mismo, acerca de su capacidad para alcanzar determinadas metas o realizar prefijadas actividades.

Por otra parte la enfermería hospitalaria está más interrelacionada con las actuaciones de diferentes estamentos profesionales, y posiblemente más sujeta a interferencias por parte de los médicos, lo que también contribuye a dificultar el poder atribuir el resultado del trabajo.

La Atribución de resultados, ya la hemos comentado en el apartado F, solo deseamos recordar que en el presente estudio presenta valores superiores en las enfermeras comunitarias, con una diferencia significativa ($p < 0.05$) respecto a las que trabajan en Hospitales al igual que la Identificación con el trabajo por relaciones interpersonales, también desarrollada en el apartado F de la presente discusión.

El tercer gran factor que contribuye a dar significado al trabajo es la Importancia de la tarea, o grado en que el trabajo es reconocido. En esta faceta también la enfermería hospitalaria presenta valores inferiores a la comunitaria, con diferencias significativas entre ambas, indicándonos que los trabajadores hospitalarios consideran que la organización hospitalaria no valora su trabajo, lo que se había manifestado claramente en el estudio cualitativo; este sentimiento de estar infravalorado, junto a otros factores unidos al rol desempeñado por la supervisión y dirección son una fuente importante de insatisfacción en las enfermeras (Cottrell , 2001).

H.c La teoría de la dualidad de factores, (Herzberg, 1966) expone que un factor que produce satisfacción/motivación directa es el sentimiento de "experimentar responsabilidad" en el trabajo, de considerarse personalmente responsable de los resultados obtenidos. La principal característica de los trabajos que fomentan sensaciones crecientes de responsabilidad personal sobre el trabajo es la autonomía, junto a un conocimiento de los resultados logrados con las tareas realizadas, (Atribución de resultados).

Stamps y Piedmonte (1986) definen la autonomía en la práctica enfermera, como *“el grado de actuaciones realizadas por la enfermera con independencia, iniciativa y libertad*

plenas, dentro de las actividades laborales diarias” (pag. 60). Consideramos la autonomía como la capacidad de evaluar, decidir y actuar por las/os enfermeras/os, con base en sus consideraciones, lo cual no supone que la/el enfermera/o tenga un control total sobre las personas a los que imparte cuidados, sino la posibilidad de tener libertad para programar su trabajo y determinar que intervenciones llevará a cabo en los planes de cuidados, tanto en actuaciones en colaboración, como en actuaciones interdependientes o independientes.

Este componente ha sido muy estudiado en diferentes colectivos de enfermería, que la han identificado como uno de los principales factores en el desarrollo de satisfacción laboral y, componente esencial para el desarrollo profesional de la enfermera (Stamps y Piedmonte, 1986; McCloskey, 1990; Dwyer, Schwartz y Fox, 1992; Roedel y Nistrom, 1988; Finn, 2001).

En un estudio sobre 1248 enfermeras canadienses comparando centros comunitarios con Hospitales, las enfermeras comunitarias presentaban una significativa percepción de mayor autonomía y control en sus trabajos, y mayor satisfacción de sus condiciones laborales. (Cameron, Armstrong-Stassen, Bergeron, Out J, 2004).

En el presente trabajo ya se había puesto de manifiesto en la investigación cualitativa, un mayor sentimiento de autonomía por parte de enfermería de los Centros de Salud, lo que se confirma en el estudio cuantitativo mostrando que esta percepción es significativamente superior ($p < 0,05$) en estos profesionales, frente al hospitalario, lo que coincide con otros estudios españoles sobre enfermería (Cruz Cañas y col., 1994; Albaina y col., 1995).

Estas diferencias en la percepción de autonomía tienen su base en que la cultura hospitalaria diluye la autonomía de las/os enfermeras/os a causa del gran predominio de los médicos, en la atención de los pacientes. En un estudio sobre las relaciones de poder en cuatro Hospitales públicos españoles se objetivó una consideración unánime por parte de los profesionales de enfermería y servicios administrativos de que la división médica continua detentando el mayor grado de poder efectivo e influencia sobre la toma de decisiones; concluían que aunque la normativa cambie la distribución del poder formal, el poder informal, que es el que perciben los trabajadores como real, puede permanecer inalterado (Salvadores, Schneider y Zubero, 2001); por otra parte la organización hospitalaria de nuestro país esta basada en un sistema jerárquico centralizado, es de interés el considerar que en otros países en los que existen sistemas más descentralizados, se han visto grandes diferencias en los sentimientos de los profesionales de enfermería según el tipo de organización hospitalaria en que trabaja, lo que les llevó a hablar de Hospitales magnéticos o imán, por su capacidad de atracción para dichos profesionales, (Havens y Aiken, 1999), al considerar que trabajaban en un entorno laboral en donde la toma de decisiones estaba descentralizada y se sentían autónomos, originando un mayor sentimiento de satisfacción y una mayor productividad (Upenieks, 2002); además esto tenía efectos positivos sobre los pacientes con una menor mortalidad (Aiken, Smith y Lake, 1994; Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski y Silber, 2002; Kramer, y Schalenberg, 2005). En nuestro país la estructura y rigidez del mercado laboral dificulta importantemente la movilidad de los profesionales sanitarios, además de la existencia de

un elevado contingente de parados o empleados temporales, que impiden hablar de centros imán.

Coincidimos con otros estudios (Curreri, Gilley, Faulk, y Swansburg, 1985; Riordan, 1991; Cruz Cañas y col., 1994 ; Albaina y col., 1995) en que las enfermeras comunitarias se consideran más autónomas, por disponer de mayores posibilidades de decidir sobre métodos y procedimientos, de organizar sus actuaciones y de conectar más ampliamente con los usuarios.

Para adquirir un sentimiento de responsabilidad es necesario conocer el resultado de las acciones realizadas, en unos casos puede el mismo individuo discernir el efecto de sus esfuerzos individuales, atribuyendo los resultados a sus esfuerzos personales, (Atribución de resultados de Tonges, Rothstein y Carter, (1998) comentada anteriormente).

El hecho de que el contexto de trabajo reenvíe una información positiva sobre las realizaciones y logros en el desempeño que uno lleva a cabo en una tarea o trabajo, es un factor importante que influye en el aprendizaje (Deci y Ryan. 1985), en el sentido de competencia; en el mantenimiento de los niveles de desempeño y en la motivación del individuo para mejorarlo. No debe tomarse como una fórmula mecánica, ya que como indican estos autores si el individuo se estaba esforzando por una recompensa que no recibe, puede considerar la información como negativa, y disminuir sus sentimientos de competencia y consecuentemente su satisfacción/motivación intrínsecas.

El conocimiento de los resultados puede venir dada por diversos mecanismos, bien porque el propio trabajo provea información sobre la efectividad de su consecución, la denominada Retroalimentación del puesto, bien por la información que suministren los

supervisores y compañeros, la Retroalimentación por agentes, o por el grado en que el propio trabajo requiere contacto con otros o Interacción requerida; estas tres dimensiones de información son significativamente superiores en enfermería comunitaria, debiendo de destacar que la gran dispersión de valores nos plantea que existen serias lagunas de información, con valores bajos en cuanto a retroalimentación por parte de supervisores y compañeros, que fueron puestos de manifiesto en la investigación cualitativa.

El Modelo de Características del Trabajo, de Hackman y Oldham (1975, 1976, 1980), permite obtener el denominado “Potencial Motivacional del Puesto” (PMP), que se interpreta como el valor total del empleo percibido por los trabajadores en términos de su contenido motivacional.

Debemos de tener presente que el PMP es una función no lineal de las nueve características centrales del trabajo, y que sus valores se evalúan atendiendo a unos niveles en el 36 y 58% de los valores obtenidos.

Atendiendo a estas directrices, en el grupo de profesionales de Centros de Salud encontramos un porcentaje cercano al 35% de enfermeras/os que superan el nivel del 58% del PMP, lo que según Hackman y Oldham (1975, 1976, 1980), indica que perciben su trabajo como altamente motivante, por lo que puede considerarse que su puesto laboral está bien diseñado.

Con percepciones medias, (puntuaciones entre el 36 y 58% del PMP), consideran dichos autores, que el sistema de trabajo es probablemente adecuado, aunque algunas modificaciones podrían enriquecerlo; incluyéndose en este grupo alrededor del 53% de

las/os enfermeras/os y con percepciones motivacionales bajas (puntuaciones < al 36% del PMP) se encuentra el 12,1%.

Solamente para un porcentaje inferior al 2%, el trabajo es percibido como muy desmotivante, no alcanzando el 25% del valor medio del PMP, pudiéndose hipotetizar en este último grupo que si la situación laboral de nuestro país facilitase el traspaso de empleos, se esperaría que cambiaran su puesto de trabajo o buscaran un nuevo empleo.

Por otra parte debe también tenerse en cuenta que enfermeras/os con muy alto potencial motivador pueden ser altamente demandantes o exigentes con determinados aspectos del trabajo.

Atendiendo a las/os enfermeras/os hospitalarios, percepciones del puesto de trabajo como altamente motivacionales se han detectado en valores cercanos al 19%; con percepciones medias la cifra es similar a la de los Centros de Salud, pero con percepción motivacional baja su porcentaje es ligeramente superior al doble del encontrado en las/os enfermeras/os comunitarias/os (28%), la cifra de los especialmente desmotivados alcanza un 4%.

Como es de esperar encontramos que los valores del PMP son significativamente superiores en los Centros de Salud frente a los hospitalarios, con valores en rangos inferiores mucho más bajos en el nivel hospitalario, lo que nos indicaría que el sistema de trabajo hospitalario presenta disfunciones importantes que deberían ser estudiadas en profundidad.

El JDS también nos da información sobre ciertas reacciones personales o sentimientos que obtiene la persona, en nuestro caso las/os enfermeras/os al ejecutar su

trabajo, estas consecuencias afectivas son la Satisfacción con la autorrealización, la Satisfacción general y la Motivación interna.

Con respecto a la Satisfacción con la autorrealización, encontramos que el 55.9 % de las/os enfermeras/os comunitarias/os consideran que su trabajo les ofrece un potencial significativo para su crecimiento personal, mientras que esto ocurre en el 39.5% de los hospitalarios, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Comparando los ítems “La medida en que mi puesto es estimulante” y “El grado de independencia de ideas y acción que puedo ejercer en mi puesto”, la enfermería comunitaria considera en mayor medida su puesto como estimulante ($p < 0.05$), al mismo tiempo piensa que posee un mayor grado de independencia de ideas y acción ($p < 0.05$). Estas diferencias en el sentimiento de autorrealización pueden estar en la base de las diferencias del rol profesional de los mismos, reflejándose al mismo tiempo en el interés en realización de estudios y publicaciones entre ambos colectivos.

Dentro del campo de la satisfacción, se ha estudiado la Satisfacción con la paga, en el que existe un alto grado de insatisfacción, ligeramente superior en Hospitales, pero sin significación estadística, debe de tenerse en cuenta que el salario puede ser considerado como el valor que la organización otorga al puesto, la insatisfacción existente no sería sino el reflejo de la discrepancia entre los individuos y la organización sobre el valor del trabajo de enfermería.

Con respecto a la Satisfacción con la seguridad en el puesto, existen diferencias significativas entre ambos niveles, que pueden deberse al mayor número de personal

contratado en los Centros de Salud, mientras que en Hospitales existe un mayor porcentaje de enfermeras/os con plaza en propiedad.

La Satisfacción social nos indica el grado en que el empleo satisface las necesidades del enfermeras/os de interactuar con otros, este valor es muy alto en ambos grupos, sin diferencias importantes entre ellos, indicándonos que las/os enfermeras/os en su trabajo pueden establecer buenas relaciones.

Pero en el campo de la satisfacción no deja de ser sorprendente el alto grado de Satisfacción con la supervisión objetivado en el estudio cuantitativo, tanto en Centros de Salud como en Hospitales, sin diferencias significativas entre ellos, lo que no coincide con las opiniones que se expresaron en los grupos focales y en la insatisfacción que presentan, con respecto a la información que obtienen del trabajo por parte de los supervisores, esto nos hace plantear si al expresar el grado de satisfacción con los supervisores no están primando sobremanera la mayor o menor empatía con ellos existente, en lugar de una evaluación sobre si cumplen o no con sus funciones.

Al analizar la Satisfacción general encontramos que sobre un máximo de 7, las/os enfermeras/os tanto en Centros de Salud como en Hospitales presentan una media alta, cercana al 5, que nos indica que el colectivo en general esta satisfecho en su trabajo, con una satisfacción general alta (valores de 5 a 7) aproximadamente en el 40% de las/os enfermeras/os hospitalarios y en el 50% de las/os enfermeras/os comunitarios; aunque se han detectado un mayor número de profesionales con alta satisfacción en los Centros de Salud, no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Si consideramos la percepción de insatisfacción (valores hasta 3), la presentan un 5,9% de los profesionales comunitarios y un 5,3% de los hospitalarios, siendo este nivel muy inferior al referido por Aiken, Clarke, Sloane y col. (2001) en su estudio sobre 43.000 enfermeras de más de 700 hospitales en EEUU, Canadá, Inglaterra, Escocia y Alemania, que mostró que la insatisfacción laboral oscilaba en estos países entre el 32 y el 41%.

Finalmente el grado en que la/el enfermera/o se auto-motiva para llevar a cabo efectivamente su trabajo, es evaluado mediante la Motivación interna, encontrando niveles muy altos para ambos grupos, con valores superiores a 5.5 en el 75% de las/os enfermeras/os comunitarios y en el 70% de los hospitalarios, sin que existan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Posiblemente esta medida sea la que exprese con mayor claridad los sentimientos de las/os enfermeras/os hacia su trabajo, a los que consideramos, junto con las aportaciones de los grupos focales, profesionales con una alta motivación de tipo intrínseco.

V. Discusión

VI. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA

VI. Conclusiones y Prospectiva

VI.1 CONCLUSIONES

Remitiéndonos a los objetivos planteados en el presente estudio:

1. En el primer objetivo nos proponíamos: *Estudiar las características sociodemográficas y de profesión de las/os enfermeras/os de Málaga capital, pertenecientes al Servicio Andaluz de Salud (SAS).*

1.1. Enfermería comunitaria está constituida, en su mayor parte por mujeres; con una media de edad de 40 años; un promedio de 16,9 años de experiencia laboral y 7,9 años en el puesto actual.

1.2. Estos datos son muy similares para enfermería hospitalaria con una media de edad de 39,2 años, 16,6 años de tiempo trabajado de enfermera y en el puesto actual 7,8 años.

2. El segundo objetivo responde a: *Adaptar y analizar la aplicabilidad del Índice de Características del Trabajo de Enfermería (SNJCI), al trabajo enfermero en nuestro medio.*

2.1. El SNJCI se ha adaptado al trabajo enfermero.

2.2. El análisis de fiabilidad del mismo ha mostrado una consistencia interna bastante aceptable y el estudio de su validez ha sido concretado en el análisis de su validez factorial, mostrando que los factores conservados no se corresponden unívocamente con cada una de las Dimensiones Centrales del Puesto propuesto por Tonges, Rothstein y Carter, (1998); además recordemos, que con base en el Modelo Motivacional de Hackman y Oldham (1975, 1976), perdemos la dimensión de Variabilidad de destreza.

3. El tercer objetivo trata de: *Identificar las diferentes formas de trabajo de las/os enfermeras/os comunitarias/os y de las/os enfermeras/os hospitalarias/os.*

3.1. Con respecto a este objetivo podemos concluir que la en la mayoría de los

Centros de Salud:

3.1.1. La población adscrita a enfermería es la de los cupos médicos.

3.1.2. No se realiza el informe de enfermería al ingreso hospitalario del paciente.

3.1.3. Está muy asumido trabajar con la metodología enfermera, aunque un porcentaje cercano al 50% de las/os enfermeras/os no elaboran el proceso de cuidados con el usuario. La evaluación de cuidados les ayuda a conocer cuando han solucionado el problema del mismo; dan cuidados integrales a los usuarios y familias y reconocen como parte esencial de su trabajo hablar con los mismos.

3.1.4. La mayoría de los profesionales enseñan a autocuidarse al usuario y familias y toman decisiones independientes sobre la educación sanitaria, sobre los cuidados de enfermería o la adaptación de planes de cuidados.

3.2. Las enfermeras/os hospitalarias/os:

3.2.1. A pesar de trabajar generalmente por asignación enfermera-paciente, no cuidan a los mismos/as enfermos/as durante el periodo de hospitalización, interrumpiendo así la continuidad de cuidados.

- 3.2.2. Algo más de las tres cuartas partes de los profesionales, realizan informe de enfermería al alta hospitalaria del paciente. La metodología enfermera está poco desarrollada.**
- 3.2.3. Un escaso número de enfermeras/os informan al paciente cuando ingresa y a sus familiares, sobre lo que pueden esperar durante el periodo de hospitalización; en la misma proporción enseñan autocuidados al enfermo, toman decisiones independientes sobre la educación sanitaria, sobre los cuidados de enfermería o la adaptación de planes de cuidados.**
- 3.2.4. Un índice apreciable de enfermeras/os (21,4%) nombran al paciente por el número de cama.**
- 3.2.5. Un alto porcentaje de profesionales piensan que su toma de decisiones clínicas en actuaciones propias de enfermería está restringida por procedimientos y políticas del centro y de que no pueden realizar algunas actuaciones que consideran adecuadas porque los/as médicos/as no tienen en cuenta su opinión.**
- 4. El cuarto objetivo hace referencia a: *Conocer cómo perciben su puesto de trabajo las/os enfermeras/os de los Centros de Salud, y las/os enfermeras/os de los Hospitales.***
- 4.1. El primer grupo sienten con gran significado su trabajo; con un alto nivel de responsabilidad en el mismo, observando que deben responsabilizarse de los resultados obtenidos y normalmente, saben si su desempeño es correcto o no.**

4.2. De la misma forma lo perciben las/os enfermeras/os hospitalarias/os, aunque en menor proporción.

5. Haciendo referencia al quinto objetivo: *Describir los diferentes niveles de motivación y satisfacción en función de los Centros, y de los diferentes Pabellones de un Hospital.*

La mayoría de las conclusiones correspondientes al presente objetivo fueron constatadas en los grupos focales.

5.1. Las/os enfermeras/os de los Centros de Salud:

5.1.1. En su mayoría presentan una distribución de Motivación interna moderada.

5.1.2. La Satisfacción con el salario es baja. Con la Seguridad en el puesto de trabajo, están moderadamente insatisfechas/os en la mitad de los Centros.

5.1.3. La Intensidad de necesidad de autorrealización es alta en la mayoría de los mismos.

5.2. Los profesionales de los Hospitales:

5.2.1. Mayoritariamente muestran una Motivación intrínseca moderada.

5.2.2. En cuanto a la Satisfacción general y Satisfacción con la autorrealización, existe una distribución similar de satisfechos e insatisfechos.

6. El objetivo número seis se relaciona con: *Describir la asociación entre las Dimensiones Centrales del Puesto y los Estados Psicológicos Críticos.*

6.1. Concluimos que las diferentes DCP están interrelacionadas con el EPC Responsabilidad, no presentando asociación alguna con Significado percibido del puesto ni con Conocimiento de resultados.

7. *Al describir y analizar la posible relación de las variables sociodemográficas y de profesión con la motivación y satisfacción en los profesionales de enfermería, séptimo objetivo constatamos que:*

7.1. En enfermería comunitaria:

7.1.1. No se han encontrado diferencias significativas con respecto a la edad, sexo, estado civil, situación administrativa, tiempo en el trabajo actual, años que acabó la carrera, baja por enfermedad, planes de cuidados, así como con ninguna de las variables de formación.

7.1.2. No existen diferencias significativas entre Motivación interna y el tiempo trabajado como enfermera/o.

7.1.3. El grado de Satisfacción general está asociado con el Tiempo trabajado como enfermera/o, a mayor tiempo trabajado de enfermera/o menor Satisfacción y dentro de éstas, hallamos que los profesionales que llevan trabajando menos de 12 años están más satisfechos que los profesionales que llevan trabajando más de 19 años.

7.2. En las/os enfermeras/os hospitalarias/os:

7.2.1. No existen diferencias significativas entre la Motivación intrínseca y Satisfacción general en función de la edad, sexo, estado civil, puesto de

trabajo, turnos, situación administrativa, así como en todas las variables de formación.

7.2.2. No muestran diferencias estadísticamente significativas entre Motivación interna y el tiempo trabajado como enfermera/o, así como con los años de finalización de la carrera, bajas por enfermedad y planes de cuidados.

7.2.3. La Satisfacción general no está asociada al tiempo en el trabajo actual, mientras que Motivación interna, con respecto a esta misma variable, presenta diferencias estadísticamente significativa estando más motivados los profesionales que llevan \leq a 3 años en el puesto actual, que los que llevan de 4 a 9 años.

7.2.4. La Satisfacción General muestra diferencias significativas con el Tiempo trabajado como enfermera/o, estando más satisfechas los profesionales que llevan menos de 11 años trabajando, que los que llevan de 13 a 19 años y éstos están menos satisfechos que las enfermeras que llevan más de 19 años trabajando.

7.2.5. Al mismo tiempo, es significativa la variable años que finalizaron la carrera, ya que muestran mayor satisfacción los profesionales que hace menos de 11 años terminaron sus estudios académicos, que el grupo de 13-20 años; así mismo este último grupo presenta menor Satisfacción que las enfermeras que finalizaron hace más de 20 años.

7.2.6. La Satisfacción difiere con respecto a la variable bajas por enfermedad, los que no tuvieron ninguna baja en el último año están más satisfechos que los que tuvieron de una a dos.

7.2.7. Los profesionales que no realizan ningún plan de cuidados están menos satisfechos que los que realizan de cuatro a siete diariamente.

8. El último objetivo del presente estudio es el número ocho y trata de: *Analizar las posibles diferencias existentes entre las/os enfermeras/os comunitarias/os y entre las/os enfermeras/os hospitalarias/os con respecto a las Dimensiones Centrales del Puesto, Potencial Motivador del Puesto, los Estados Psicológicos Críticos, Variables Resultado y Variables Moduladoras.*

8.1. Iniciamos este apartado con las DCP señalando que los profesionales de los Centros de Salud confieren mayor Importancia a la tarea, perciben mayor Identidad de la tarea relacionada con el trabajo, junto a mayor Identidad de la tarea interpersonal; muestran mayor Autonomía con Atribución de resultados, Retroalimentación del puesto, Retroalimentación de los Agentes e Interacción requerida que los profesionales de los Hospitales.

8.2. Los Estados Psicológicos Críticos no muestran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

8.3. No existen diferencias entre los mismos en Motivación interna y Satisfacción general, mientras que las/os enfermeras/os comunitarias/os muestran mayor nivel de Satisfacción con la autorrealización que las/os enfermeras/os hospitalarias/os.

8.4. Los profesionales de Hospitales tienen mayor Satisfacción con la seguridad en el puesto que los profesionales de Centros de Salud; no mostrando diferencias significativas en Satisfacción con la paga, Satisfacción social, con la supervisión ni con Intensidad de necesidad de autorrealización.

Como conclusión general:

9. El Potencial Motivador del Puesto (permite evaluar si un puesto laboral es motivador, con base en su diseño), **es mayor en los Centros de Salud que en los Hospitales explicándose por la organización del trabajo y el rol enfermero asumido en cada nivel.**

9.1. Las enfermeras comunitarias tienen más estructurado el trabajo; con una población determinada adscrita a su cargo de forma permanente, favoreciendo la interrelación con el usuario y familias; trabajan con los mismos en situaciones de crisis, a lo largo del ciclo evolutivo; tienen incorporada la metodología enfermera a su quehacer cotidiano; son autónomas para planificar su trabajo y los cuidados que requiere el usuario.

9.2. La propia organización del trabajo en los Hospitales no favorece la asignación enfermera-paciente, trabajando un alto porcentaje por tareas, a esto se une la falta de institucionalización de un modelo de cuidados y una mayor dependencia de otros profesionales, todo lo cual contribuye a la situación real de este grupo de profesionales.

VI.2 PROSPECTIVA

Estas reflexiones se han realizado con base en los datos que hemos discutido previamente, teniendo en cuenta en su elaboración:

- Las teorías motivacionales
- Los planes y criterios de calidad reflejados en la literatura, y
- Las aportaciones tanto en los grupos focales como individuales de profesionales de enfermería.

Atendiendo a las diferencias encontradas entre enfermeras/os comunitarias/os y hospitalarias/os, desigualdades no explicables sociodemográficamente al ser ambos grupos similares, excepto el mayor índice de contratados en Atención Primaria, nos hacen plantear “a priori”, que deben estar sustentadas en las características del puesto.

1. En ese aspecto la heterogénea consideración del valor motivante del puesto laboral, con percepciones motivacionales bajas en el doble de los profesionales hospitalarios nos llevan a considerar que sería necesario *revisarse el diseño del trabajo enfermero hospitalario*:

El puesto debe de rediseñarse de forma que la/el enfermera/o pueda:

1.1 Identificarse con su trabajo, mediante el conocimiento del proceso en el que está inmerso, que tenga identidad la función a realizar, mediante la comprensión de su significado, que le permita aceptarla e integrarla como válida y necesaria.

1.2. Recibir una información adecuada sobre su desempeño, que le facilite identificar sus esfuerzos en los resultados.

1.3 Aumentar su autonomía, y satisfacer así aspiraciones de un nivel superior, adquiriendo un sentido de responsabilidad sobre los resultados.

1.4 Desarrollar sus habilidades y suprimir la monotonía, bien mediante la rotación de puestos o por ampliaciones de la actividad.

2. En **ambos grupos**, con base en los resultados de nuestro estudio y si se desean paliar los problemas existentes motivacionales, habría que abordar cambios mediante *planes estratégicos implicando a los profesionales de enfermería en todo el proceso:*

2.1 Desarrollar modelos de cuidados, basados en la evidencia, que provean el uso de estándares de cuidados.

2.2 Fomentar la autorización y orientación de las enfermeras que se incorporan a la organización, ya que esto facilitaría el mantenimiento de una calidad adecuada de cuidados y favorecería el clima laboral.

2.3 Potenciar los programas de formación y desarrollo profesional, la investigación en cuidados y los programas de cuidados basados en la efectividad, sin olvidar aquellos que faciliten actuaciones y relaciones interdisciplinarias que afectan positivamente al cuidado del paciente.

2.4 Participar en la definición de objetivos factibles, claros y específicos y que se consideren realizables, lo que favorecería la aceptación y fomentaría el sentimiento de implicación en su consecución.

2.5 Disponer de información válida y comprobable sobre la forma en que se están llevando a cabo y cumpliendo los plazos marcados, incrementando así la confianza en el sistema evaluador.

2.6 Implementar políticas de incentivos, basados en criterios claros de evaluación cualitativa de las dimensiones del cuidado, y evaluación cuantitativa, con indicadores fácilmente monitorizables, junto a unas recompensas de naturaleza significativa para los profesionales.

2.7 Crear comités de enfermería que revisen la práctica enfermera.

2.8 Potenciar la participación de estos profesionales en comités interdisciplinarios y en comités éticos asistenciales que valoren las posibles discrepancias entre los miembros del equipo de salud.

Una vez finalizado este proceso, serviría de guía para nuevas investigaciones sobre las características del trabajo enfermero en ambos niveles de atención, incorporando a las mismas indicadores de autoconcepto para poder medir así su constructo teórico.

VI. Conclusiones y Prospectiva

VII. BIBLIOGRAFIA

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, J.S. (1963). Toward an understanding of inequity. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67(5), 422-436.
- Adams, J.S. (1965). Inequity in Social Exchange. En L. Berkowitz, (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, vol.2 (pp. 267-299). New York: Academic Press.
- AENTDE, 2001. ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS. – NANDA-NIC-NOC. Consultado el 10 de Enero de 2002 en http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_diagn_enfermer_6.htm.
- Aiken, L.H., Smith, H.L. y Lake, E.T. (1994). Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*, 32(8), 771-787.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J.A., Busse, R., Clarke, H., y col. (2001). Nurses' report on hospital care in five countries. *Nurses Reports, Health Affairs*, 20, 43-53.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J. y Silber, J.H. (2002). Hospital Nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 1987-1993.
- Albaina Landaluce, E., Díez Andrés, A., Ibáñez Ruiz de Arcaute, I., Portillo Armentia, M.A. y Suso Pérez de Arenaza, E. (1995). Enfermería en Atención Primaria. Funciones y motivación. *Enfermería Científica*, 154-155, 12-16.
- Alberdi, R. (1995). Las enfermeras como trabajadoras de empresas en crisis (I). *Rol de Enfermería*, 197,13-17.
- Alderfer, C. (1969). An empirical test of a new theory of human needs. *Organizational Behavior and Human Performance*, 4(2), 142-175.

- Alfaro, R. (2002). *Aplicación del proceso enfermero*. 4ª edc. Barcelona: Masson.
- Álvarez Baza, M.C. (2003). Motivación laboral en un servicio de urgencias hospitalario. *Enfermería Clínica*, 13(1), 16-25.
- Álvarez-Dardet, C., Gascón, E., Alfonso M.T. y Almero, A. (1988). Los orígenes de la Enfermería de Salud Pública. *Gaceta Sanitaria* 2, 290-293.
- Argimón, J. y Jiménez, J. (1991). *Métodos de Investigación Aplicados a la Atención Primaria de Salud*. Barcelona: DOYMA.
- Ashkanasy, N., Zerbe, W. y Hartel C. (Eds) (2002). *Managing emotions in the workplace*. New York: M.E. Sharpe.
- Atkinson, J.W. (1966). *A theory of achievement motivation*. New York: Wiley.
- Atkinson, J.W. y Birch, D. (1970). *The dynamics of action*. New York: Wiley.
- Baggs, JG., Ryan, SA., Phelps, CE., Richeson, JF. y Johnson, JE. (1992). The association between interdisciplinary collaboration and patients outcomes in medical intensive care. *Heart Lung*, 21,18-24.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action : a Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Bartram, T., Joiner, TA. y Stanton, P. (2004). Factors affecting the job stress and job satisfaction of Australian nurses: implications for recruitment and retention. *Contemporary Nurse*, 17(3), 293-304.
- Bass, B. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. New York: Free Press.
- Beaton D.E, Bombardier C, Guillemin F, Bosi-Ferraz M. (2000) Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25:3186-91.

VII. Bibliografía

- Blegen, M.A. y Mueller, C.W. (1987) Nurses' job satisfaction: a longitudinal analysis. *Research in Nursing and health*, 10, 227-237.
- Blegen, M.A. (1993) Nurses' Job Satisfaction: A Meta-Analysis of related variables. *Nursing research*, 42, 36-41.
- Blum, M.L. y Naylor J.C. (1968). *Industrial Psychology. Its theoretical and social foundations*. New York: Harper&Row.
- BOE 298 del 14 de Diciembre 1999. Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, pp. 43088-43099.
- BOE 269 del 9 de Noviembre 2001. Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería, pp.40986-40999.
- BOE 128 del 29 de Mayo 2003. Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, pp. 20567-20588.
- Boone, K. Y Cummings, L. (1981). Cognitive evaluation theory: An experimental test of processes and outcomes. *Organizational Behavior and Human Performance*, 12, 289-310.
- Borrill, C.F., Wall, T.D., West, M.A., Hardy, G.E., Shapiro, D.A., Carter, A, y col. (1996). *Mental health of the workforce in NHS trusts: phase I final report*. Sheffield: Institute of Work Psychology, University of Sheffield, and Leeds: Department of Psychology, University of Leeds.
- Brayfield, A.H. y Crockett, W.H. (1955). Employee attitudes and employee performance. *Psychological Bulletin*, 52, 396-424.

- Brief, A.P. y Aldag, R.J. (1978). The Job Characteristics Inventory: An examination. *Academy of Management Journal*, 21, 659-671.
- Brislin, R.W. (1986). The wording and translation of research instruments. En: W.J. Lonner, y W. Berry, editores. *Field methods in cross-cultural research*, (pp.137-164). Beverly Hills, CA: Sage publications.
- Bryman, A. (1992). *Charisma and Leadership in Organizations*. London: Sage.
- Bullock R.P. (1952). Social factors related to job satisfaction. *Research Monograph 70*. Columbus, Ohio State University: Bureau of Business Research.
- Butterworth, T., Bishop, V. y Carson, J. (1996). First steps towards evaluating clinical supervision in nursing and health visiting. Part 1: Theory, policy and practice development. *Journal of clinical nursing* 5, 127-32.
- Buzzaqui Echevarrieta, A., y Uris Sellés, J. (1997). El grupo de discusión una herramienta para la investigación en atención primaria. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 4(7), 421-433.
- Cameron, S., Armstrong-Stassen, M., Bergeron, S. y Out, J. (2004). Recruitment and retention of nurses: Challenges facing hospital and community employers. *Nursing Leadership*, 17 (3), 79-92.
- Cameron, J. y Pierce, W.D. (1994). Reinforcement, reward, and intrinsic motivation: A meta-analysis. *Review of Educational Research*, 64, 363-423.
- Cammann, C., Fichman, M., Jenkins, D. y Klesh, J. (1982). Assessing the attitudes and perceptions of organizational members. En S. Seashore, E. Lawler III, P. Mirvis, y C. Cammann, *Assesing organizational change*, (pp.71-138). New York: John Wiley & Sons.

VII. Bibliografía

- Carver, C.S. y Scheier, M.F. (1981). *Attention and self-regulation : a Control Theory approach of human behavior*. New York: Springer-Verlag.
- Cascio, W. F. (1998). On managing a virtual workplace. *The Occupational Psychologist*, 35, 5-11.
- Castillo, M., Quiles, A., Martínez, A. y Perales, F.J. (2005). Estudio de la satisfacción laboral entre el Personal de Enfermería y el Supervisor de Atención Continuada. *Inquietudes*, 31, 22-27.
- Chaboyer, W., Najman, J. y Dunn, S. (2001). Factors influencing job valuation: a comparative study of critical care and non-critical care nurses. *International Journal Nursing Studies*, 38(2), 153-61.
- Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. New York: Praeger.
- Clark, J. y Lang, N. (1997). The International Classification for Nursing Practice (ICNP): Nursing Outcomes. *International Nursing Review*, 44 (4), 121-124.
- Cochrane, D.K. y Jowett, S.A. (1994). Preparing for Trust status –investigatiomn into the morale of nurses undergoing change. *Journal of Nursing Management*, 2, 223-227.
- Collière, M.F. (1982). *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris: InterEditions.
- Consejo General de Enfermería (1998). *La aportación de la enfermería a la salud de los españoles*. Madrid: Consejo General de Enfermería.
- Cottrell S. (2001). Occupational Stress and Job Satisfaction in Mental Health Nursing: Focussed Interventions via Evidence-based Assessment. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 8 (2), 157-164.

- Cowin, L. (2002). The effects of Nurses' Job satisfaction on Retention. *Journal of Nursing Administration* 32 (5), 283-291.
- Cranny, C.J., Smith, P.C. y Stone, E. F. (1992). *Job satisfaction: How people feel about their jobs and how it affects their performance*. New York: Lexington.
- Cruz Cañas, E., Vázquez, J., Aguirre, V., Fernández, M.I., Villagrasa, J.R. y Andradás, V. (1994). Evaluación de la satisfacción del personal de enfermería. *Atención Primaria*, 13(9), 469-473.
- Curley, M.A (1998). Patient-nurse synergy: optimizing patients' outcomes. *American Journal of Critical Care*, 7 (1), 64-72.
- Curreri, C.A., Gilley, W.F., Faulk, L. y Swansburg, R.C. (1985). Job satisfaction: hospital-based RNs versus home health care RNs. *Nursing Forum*, 22(4), 125-134.
- Deci, E.L. (1971). Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 18, 105-115.
- Deci, E.L y Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- Deci, E.L y Ryan, R.M. (1991). A motivational approach to self : integration in personality. En R.A. Dienstbier, (Ed.), *Perspectives on Motivation: Nebraska symposium on motivation 1990*, vol.38 (pp. 237-284). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Deci, E.L., Koestner, R. y Ryan, R.M. (1999). A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological Bulletin*, 125, 627-668.

VII. Bibliografía

- Denzing, N.K. y Lincoln, Y.S. (1994). Introduction: entering the field of qualitative research. En N.K. Denzing y Y.S. Lincoln, (Eds.), *Handbook of qualitative research*, (pp. 1-7). Thousand Oaks CA: Sage.
- Dillman, D. A. (1978). *Mail and Telephone Surveys: The Total Design Method*. New York: Wiley.
- Doménech, J.M. (1998). *Análisis multivariante en Ciencias e la Salud. Modelos de Regresión*. Barcelona: Signo.
- Donahue, M.P. (1985). *Historia de la Enfermería*. Tomo I. Barcelona: Doyma.
- Duffy, E., (1995). Horizontal violence: a conundrum for nursing. Collegian. *Journal of the Royal College of nursing Australia*, 2(2), 5-17.
- Dwyer, D.J., Schwartz, R.H. Fox, M.L. (1992). Decision making autonomy in nursing. *Journal of Nursing Administration*, 22(2), 17-23.
- Escribá, V. (1992). Condiciones de trabajo en el hospital. *Rol de Enfermería*, 170, 67-71.
- Escribá, V., Mas, R. y Cárdenas, M. (2000). Estresores laborales y bienestar psicológico. *Rol de Enfermería*, 23, 506-511.
- Espejo, F., Granda, MC., Custey, M.A. y Sánchez, J. (1990). ¿Es satisfactorio trabajar en Atención Primaria?. *Rol de Enfermería*, 148, 21-24.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Finn, CP. (2001). Autonomy: an important component for nurses' job satisfaction. *International Journal Nursing Studies*, 38 (3), 349-57.
- Fitter, M. (1987). The impact of new technology on nurses and patients. En R. Payne, y J. Firth-Cozens, (eds), *Estres in health professionals*, (pp. 132-151). Chichester: Wiley

- Fornés Vives, J., Ponsell Vicens, E. y Guasp Sitjar, E. (2001). Ansiedad-estrés en enfermería. *Rol de Enfermería*, 24(1), 51-56.
- Fortea, A., Fuertes, F. y Agost M.R. (1994) Evaluación del Modelo Motivacional de las Características del Puesto a partir de una muestra variada. *Psicología del trabajo y de las organizaciones*, 10(29), 35-52.
- Fortea, M., Fuertes, F., Munduate, L. y Muñoz H. (1995). Satisfacción y motivación interna como resultado de las vivencias personales derivadas del desempeño del puesto. En L. González, A. De la Torre y J. De Elena (Comp.), *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, Gestión de Recursos Humanos y Nuevas Tecnologías* (pp. 41-51). Madrid: Eudema.
- Fox, R. J., Crask, M. R., y Kim, J. (1988). Mail survey rate—a meta-analysis of selected techniques for inducing response. *Public Opinion Quarterly*, 52: 467-491.
- Fried, Y. y Ferris, G.R. (1987). The validity of the Job Characteristics Model: A review and meta-analisis. *Personnel Psychology*, 40, 431-446.
- Fuertes, F., Hontangas, P. y Alonso, P. (1993). Evaluación del Modelo de las Características del Puesto en una muestra de trabajadoras de la confección textil. En L. Munduate y M. Baron (Comp.), *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* (pp. 177-197). Sevilla: Eudema.
- Fuertes, F., Munduate, L. y Fortea, M.A. (1996). *Análisis y rediseño de puestos (Adaptación española del cuestionario Job diagnostic Survey –JDS)*. Castelló de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I.
- Gaite L, et al (1997). Traducción y adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en psiquiatría. *Archivos de Neurología*, 60 91-111.

VII. Bibliografía

- García, D., Sánchez, M.A., Fernández, M.M., González, A. y Conde, J.M. (2001). Identificación de estresores por enfermeras de atención especializada. *Enfermería Clínica, 11*, 27-33.
- García, M.M. y Mateo, I. (1992). La atención a la salud en el ámbito doméstico: Cuidados y cuidadores en Andalucía. Informe del proyecto de investigación FIS 92/0629 (sin publicar).
- García, M.M. y Mateo, I. (2000). El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Atención Primaria, 25(3)*, 115-122.
- García, S. y Calvo, E. (1992). *Historia de la Enfermería*. Málaga: Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Málaga.
- García, S. y Custey, M.A. (1992). Evaluación de la satisfacción de los profesionales de Atención Primaria. *Medicina Familiar y Comunitaria, 2*, 16-24.
- García Izquierdo, M. (1991). Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 7(18)*, 3-12.
- Garisoain, V. y Merino, R. (1997). Enfermería de Salud Pública en España y Navarra a lo largo del presente siglo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 20(3)*, 373-389.
- Gil-Monte, P.R., Peiró, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P.R., Peiró, J.M. y Valcárcel, P. (1998): A model of burnout process development: An alternative from appraisal models of stress. *Comportamento Organizacional e Gestao, 2(2)*, 211-220.

- Gleason, S.J., Sochalski, J. y Aiken, L. (1999). Review of magnet hospital research: Findings and implications for professional nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 29, 9-19.
- González, L. (1995). Evaluación de la versión revisada del “Job Diagnostic Survey” por medio del análisis factorial confirmatorio. En L. González, A. De la Torre y J. De Elena (Comp.), *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, Gestión de Recursos Humanos y Nuevas Tecnologías* (pp. 71-87). Salamanca: Eudema.
- González, L. (1995a). Análisis de las relaciones causales propuestas en el Modelo de las Características del Puesto. En L. González, A. De la Torre y J. De Elena (Comp.), *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, Gestión de Recursos Humanos y Nuevas Tecnologías* (pp. 53-69). Salamanca: Eudema.
- González, L. (1997). Estructura factorial y propiedades psicométricas de la versión castellana del “Job Diagnostic Survey” (JDS). *Psicológica*, 18, 227-251.
- González, M.D., Barquero, A., Carrasco, M.C., García, F.M., Sánchez, J.L., Mariscal, M.I. y Domínguez, L. (2000). Desempeño profesional en Andalucía. Expectativas y dificultades en Enfermería. *Rol de enfermería*, 23 (12), 64-70.
- Greenberg, J. (1987). A taxonomy of Organizational justice theories. *Academy of Management Review*, 12(1), 9-22.
- Greenberg, J. (1990). Organizational Justice: Yesterday, today and tomorrow. *Journal of Management*, 16(2), 399-432.
- Grupo IX, Subgrupo de Enfermería. Consejo de Universidades. (1987). Proyecto de Reforma de las Directrices para la elaboración de los planes de estudios de Diplomado en Enfermería. (Documento mimeografiado). Madrid.

VII. Bibliografía

- Guillermin, F., Bombardier, C. y Beaton, DE. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46 (12), 1417-1432.
- Gutek, B.A., Searle, S. y Klepa, L. (1991). Rational versus gender role explanations for work-family conflict. *Journal of Applied Psychology*, 76(4), 560-568.
- Guzzo, R.A., Yost, P.R., Campbell, R.J., y Shea, G.P. (1993). Potency in groups: Articulating a concept. *British Journal of Social Psychology*, 32, 87-106.
- Hackman, J.R. y Lawler, E.E (1971). Employee reactions to Job Characteristics. *Journal of Applied Psychology*, 55, 259-286.
- Hackman, J.R. y Oldham, G.R. (1974). *The job diagnostic survey: an instrument for the diagnosis of jobs and the evaluation of job redesign projects*. Technical Report No 4, New Haven, Conn: Yale University, Department of Administrative Sciences.
- Hackman, J.R. y Oldham, G.R. (1975). Development of the Job Diagnostic Survey. *Journal of Applied Psychology*, 60, 159-170.
- Hackman, J.R. y Oldham, G.R. (1976). Motivation through the design of work: test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16, 250-279.
- Hackman, J.R. y Oldham, G.R. (1980). *Work redesign*. Addison-Wesley: Reading, Mass.
- Havens, D. y Aiken, L. (1999). Shaping Systems to promote desired outcomes. The Magnet hospital model. *The Journal of Nursing Administration*, 29(2), 14-20.
- Havey, R.J., Billing, R.S. y Nilan, K.J. (1985). Confirmatory factor analysis of the Job Diagnostic Survey: Good news and bad news. *Journal of Applied Psychology*, 70, 461-468.

- Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations*. New York: John Wiley & Sons.
- Herzberg, F., Mausner, B., Peterson, R.O. y Capwell, D.F. (1957). *Job attitudes: Review of research and opinion*. Pittsburgh: Psychological Service of Pittsburgh.
- Herzberg, F. (1966). *Work and the Nature of Man*. Cleveland: World Publishing.
- Hogan E.A. y Martell, D.A. (1987). A confirmatory structural equations analysis of the Job Characteristics Model. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 39, 242-263.
- Holaday, B. y Bullard, I.D. (1991). Pediatric staff nurses' reactions to job characteristics. *Journal of Pediatric Nursing*, 6(6), 407-416.
- Hopkins, S. (1996). Juniors doctors hours and the expanding role of the nurse. *Nursing Times*, 92, 35-36.
- Hoppock R. (1935). *Job satisfaction*. New York: Harper.
- Iaffaldano, M.T. y Muchinsky, P.M. (1985) Job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 97, 251-273.
- Ironson, G., Smith, P.C., Brannick, M.T., Gibson W.M. y Paul, K.B. (1989). Construction of a "Job in General" scale: A comparison of global, composite, and specific measures. *Journal of Applied Psychology*, 74, 193-200.
- Idaszak, J.R., Bottom, W.P. y Dragow, F. (1988). A test of the measurement equivalence of the revised Job Diagnostic Survey: Past problems and current solutions. *Journal of Applied Psychology*, 73, 647-656.
- Izquierdo, J.M., Pérez, M.B., Ramírez, F.J., Serrano, I., Torres, M.D. y Conde, G. (2002). Implantación del proceso enfermero. *Rol de Enfermería*, 25 (7-8), 488-493.

VII. Bibliografía

- Jain, V.K., Lall, R., McLaughlin, D.G. y Jhonson, W.B. (1996). Effects of locus of control, occupational estres, and psychological diestres on job satisfaction among nurses. *Psychological Reports* 78 (3), 1256-1258.
- Jano On-line (2002). La OMS alerta de la insatisfacción profesional en la enfermería. Consultado el día 14 de Octubre del 2002 en <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=22572&mail=Si>.
- Jenkins, G.D., Nadler, D.A., Lawler, E.E. y Cammann, C. (1975). Standardized observations: An approach to measuring the nature of jobs. *Journal of Applied Psychology*, 60, 171-180.
- Kanfer, R. (1990). Motivation theory and industrial and organizational psychology. En M.D. Dunnette, y L.M. Hough, (Eds.), *Handbook of industrial and organizational psychology* vol 1, (pp. 75-170). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Kanter, R.M. (1993). *Men and women of the Corporation*. New York: Basic Books.
- Karasek, R.A. y Theorell, T. (1990). *Healthy Work*. New York: Basic Books.
- Katzell, R.A. y Thompson, D.E. (1988). An integrative theory of work motivation, Manuscrito no publicado, seguido del artículo: Katzell, R.A. y Thompson, D.E. (1990). «An integrative model of work attitudes, motivation and performance». *Human Performance*, 3, 63-85.
- Katzell, R.A., y Thompson, D.E. (1990). Work Motivation: Theory and Practice. *American Psychologist*, 45, 144-153.
- Kelley, H.H. (1973). The processes of Causal Attribution. *American Psychologist*, 11, 107-128.

- Klein, H.J. (1989). An integrated Control Theory Model of work motivation. *Academy of Management Review*, 14(2), 150-172.
- Kramer, M. y Schmalenberg, C., (1993). Learning from succes: autonomy and empowerment. *Nursing Management*, 24(5), 58-64.
- Kramer, M. y Schalenberg, C. (2005). Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los Hos`pitales Magnéticos Parte I. *Nursig*, 23,(3), 8-13.
- Krueger, R.A. (1988). *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide.
- Krueger, R.A. (1991). *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide.
- Kingma, M. (2003). Economic incentive in community nursing: Attraction, rejection or indifference?. *Human Resources Health*,1(1), 2.
- Kivimaki, M.; Voutilainen, P. y Koskinen, P. (1995). Job enrichment, work motivation, and job satisfaction in hospital wards: testing the job characteristics model. *Journal of Nursing Managemente*, 3, 87-91.
- Kossek, E.E. y Ozeki, C. (1998). Work-family conflict, policies, and the job-life satisfaction relationship: Areview and directions for organizational behavior-human resources research. *Journal of Applied Psychology*, 83 (2), 139-149.
- Kuhl, J. y Atkinson, J.W. (1984). Perspectives in human motivational psychology: a new experimental paradigm. En V. Sarris, y A. Parducci, (Eds.), *Perspectives in psychological experimentation: toward the year 2000*, (pp.235-252). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

VII. Bibliografía

- LaFasto, F. y Larson, C. (2001). *When teams work best. 6000 team members and leaders tell what it takes to succeed*. Thousand Oaks: Sage.
- Lamata, F. y Checa, I. (1990). La Motivación: su aplicación a las organizaciones públicas. *Rol de Enfermería*, 139, 15-20.
- Lapetra, I. (2005). El déficit mundial de enfermeras empeora las prestaciones sanitarias. *Enfermería Facultativa*, 82, 6-8.
- Lawler, E.E. (1973). *Motivation in organizations*. Monterey, CA: Brooks Cole.
- Lawler III, E. (1986). *La retribución: su impacto en la eficacia empresarial*. Barcelona: Hispano europea SA.
- Lee, R. y Klein, A.R. (1982). Structure of the Job Diagnostic Survey for public sector occupations. *Journal of Applied Psychology*, 67, 515-519.
- Leonard, N. H., Beauvais. L.L. y Scholl, R.W. (1995). A Self Concept-Based Model of Work Motivation. *Annual Meeting of the Academy of Management, Best papers proceedings*, Vancouver, 322-326.
- Levine, S. y Ursin, H. (1991). What is stress?. En: M.R. Brown, G.F. Koob & C. Rivier (eds) *Stress: Neurobiology and Neuroendocrinology*, (pp.1-21). New York: Marcel Dekker, Inc.
- Likert, R. (1961). *New Patterns of Management*. New York: McGraw-Hill.
- Llopis i Aliaga, S., Rosales, I., Soler, R., Soriano, F., Cardona, V. y Ruiz, J. (1993). Motivación laboral. Creación de círculos de calidad. *Rol de Enfermería*, 176, 33-38.
- Locke, E.A. (1968). Toward a theory of task motivation and incentives. *Organizational Behavior and Human Performance*, 3, (2), 157-189.

- Locke, E.A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. En M.D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial an organisational Psychology* (pp. 1297-1349). Chicago: Rand McNally.
- Locke, E.A., Shaw, K.N., Saari, L.M. y Latham,G.P. (1981). Goal setting and task performance:1969-1980. *Psychological Bulletin*, 90,125-152.
- López, S.R. (2004). Hospital Magnético, hospital excelente. *Index de Enfermería*, 44-45, 7-8.
- Lopezosa, C. y Reca, I. (2005). Satisfacción laboral de las enfermeras en un hospital comarcal. *Evidentia*, 2(6). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n6/140articulo.php> [ISSN: 1697-638X. consultado el 26 de Septiembre de 2005.
- Luis, M.T., (Dir.). (2004). *Los Diagnósticos Enfermeros. Revisión crítica y guía práctica*. (3ª ed). Barcelona: MASSON.
- Manley, J. (1995). Sex-segregated work in the system of professions: the development and stratification of nursing. *The Sociological Quarterly*, 36(2), 297-314.
- Marr, R. y García Echevarría, S. (1984). *Política de personal en la empresa* (Economía de los recursos humanos). Madrid: Esic.
- Más Pons, R. y Escribá Agüir, V. (1998). La versión Castellana de la Escala “The Nursing Stress Scale”. Proceso de adaptación transcultural. *Revista Española de Salud Pública*, 72, 529-538.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: the cost of caring*. New Jersey: Prentice Hall Press.
- Maslach, C., Schaufeli, WB. y Leiter, MP. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psichology*, 52, 397-422.

VII. Bibliografía

- Mathena K. (2002). Nursing manager leadership skills. *Journal of Nursing Administration*, 32 (3), 136-42.
- Mayo, E. (1945). *The Social Problems of an Industrial Civilization*. Boston: Harvard University Press.
- Maslow, A.H. (1943). A theory of human motivation. *The Psychological Review*, 50(4), 370-396.
- Maslach, C., y Jackson, S.E. (1981). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- McClelland, D.C. (1961). *The Achieving Society*. New York: Van Nostrand and Company.
- McCloskey, J. (1990). Two requirements for job contentment: Autonomy and social integration. *Image: Journal of nursing scholarship*, 22, 140-143.
- McCombs, B.L. (1991). The Definition and Measurement of Primary Motivational Processes. En M.C. Wittrock y E.L. Baker (Dir.), *Testing and cognition*, (pp. 62-81). Englewood Cliffs (N.J.): Prentice Hall.
- McGregor, D. (1960). *The Human Side of Enterprise*. New York: McGraw-Hill.
- McKay, P.S. (1983). Interdependent decision making: redefining professional autonomy. *Nursing Administration Quarterly*, 7(4), 21-30.
- Meliá, J.L. y Peiró, J.M. (1989). La medida de la satisfacción laboral en contextos organizacionales: el cuestionario de satisfacción S20/23. *Psicologemas*, 3, 59-74.
- Meliá, J.L. y Peiró, J.M. (1989a). El cuestionario de Satisfacción S10/12: Estructura factorial, fiabilidad y validez. *Revista de Psicología del trabajo y de las Organizaciones*, 4(11), 179-187.

- Meliá, J.L., Pradilla, J.F., Martí, N., Sancerni, M.D., Oliver, A. y Tomás, J.M. (1990). Estructura factorial, fiabilidad y validez del Cuestionario de Satisfacción S21/26: Un instrumento con formato dicotómico orientado al trabajo profesional. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*, 12(1/2), 25-39.
- Moloney, M. (1992). *Professionalisation of Nursing*. Current Issues and Trends. Philadelphia: Lippincot.
- Mompart, M. P. (1994). *Administración de servicios de Enfermería*. Barcelona: MASSON, S.A.
- Monteiro, L.A. (1985). Florence Nightingale on Public Health Nursing. *American Journal of Public Health*, 75(2), 181-186.
- Morrison, R.S, Jones, L. y Fuller, B. (1997). The relation between leadership style and empowerment on job satisfaction of nurses. *Journal of Nursing Administration*, 27(5), 27-34.
- Mrayyan, MT. (2004). Nurses' autonomy: influence of nurse managers' actions. *Journal of Advanced Nursing*, 45 (3), 326-36.
- Mueller, C.W. y McCloskey, J.C. (1990). Nurses' job satisfaction: A proposed measure. *Nursing Research*. 39(2),113-117.
- Muñoz, H., Munduate, L., Fuertes, F. y Luque, P. (1993). Validación de la Teoría Motivacional de las Expectativas. En L. Munduate y M. Baron (Comp.), *Gestión de Recursos Humanos y Calidad de Vida* (pp. 335-346). Sevilla: Eudema.
- Nogareda, C. (1993). *El grupo de discusión*. *Notas Técnicas de Prevención*, Num.296. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

VII. Bibliografía

- North American Nursing Diagnoses Association (NANDA) (1999). *Nursing diagnoses: Definitions & classification 1999-2000*. Philadelphia: NANDA.
- Norbeck, J. (1985). Perceived job estres, job satisfaction and psychological symptoms in critical care nursing. *Research in Nursing and Health* 8, 253-259.
- OMS (1978). *Atención Primaria de Salud*. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 Septiembre de 1978. Ginebra: OMS.
- OMS (1985). Guía para la revisión de los planes de estudio básicos de enfermería. Orientada hacia la atención primaria de salud y salud de la comunidad. Ginebra: OMS.
- OMS (1993). *Enfermería en acción*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- OMS (2002). Nota informativa: Dr Brundtland to launch a strategy to address crisis in nursing and midwifery services. Consultado el 14 de Octubre del 2002 en <http://www.who.int/mediacentre/releases/pr80/en/print.html>.
- Opsahl, R.L y Dunnette, M.D. (1966). The role of financial compensation in industrial motivation. *Psychological bulletin*, 66, 94-118.
- Organ, D.W., y Ryan, K. (1995). A meta-analytical review of attitudinal and dispositional predictors of organizational citizenship behavior. *Personnel Psychology*, 48, 775-802.
- Ostell, A. (1991). Coping, problem solving and stress: a framework for intervention strategies. *British Journal of Psichology*, 64, 11-24.
- Parahoo, K. y Barr, O. (1994). Job satisfaction on community nurses working with people with a mental handicap. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 1046-1055.
- Paul, S. (1991). Remodelling the image of nursing: a power strategy for clinical nurse specialists. *Clinical Nursing Specialists*, 5 (3), 156-158.

- Pizurki H., Mejía, A., Butter, I. y Ewart, L. (1988). *Función de las mujeres en la asistencia Sanitaria*. Ginebra: O.M.S.
- Podsakoff, P.M., MacKenzie, S.B., Moorman, R.H. y Fetter, R. (1990) Transformational leader behaviors and their effects on followers' trust in leader, satisfaction, and organizational citizenship behaviors. *Leadership Quarterly*, 1(2), 107-142.
- Porter, L.W. y Lawler III, E.E. (1968). *Managerial Attitudes and Performance*. Homewood: Dorsey Press.
- Porter-O'Grady, T. (1991). Changing realities for nursing: New models, new roles for nursing care delivery. *Nursing Administration Quarterly*, 16(1), 1-6.
- Powers, W.T. (1973). *Behavior: The control of perception*. Chicago: Aldine Publishing.
- Price, J.L., y Mueller, C.W. (1986). *Handbook of organizational measurement*. Cambridge, MA: Ballinger.
- Prieto, M.A. March, J.C., Gutierrez, P. y Carmona, G. (1998). Motivación e incentivos: percepciones diferentes de gestores y profesionales. *Atención Primaria*, 22(4), 62-72.
- Quijano, S.D. y Navarro, J. (1998): Un modelo integrado de la motivación en el trabajo: conceptualización y medida. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 14, 2, 193-216.
- Renn, R.W., Swiecz, P.M. e Icenogle, M.L. (1993). Measurement properties of the revised Job Diagnostic Survey: More promising news from the public sector. *Educational and Psychological Measurement*, 53, 1011-1121.
- Riordan, J. (1991) Prestige: key to job satisfaction for community health nurses. *Public Health Nursing*, 8 (1), 59-64.

VII. Bibliografía

- Robbins, S. (1996): *Comportamiento organizacional. Teoría y práctica*. 7ª ed. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Robles, M., Dierssen, T., Martínez, E., Herrera, P., Díaz, A.R. y Llorca, J. (2005). Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 127-34.
- Roedel, R.R. y Nystrom, P.C. (1988). Nursing jobs and satisfaction. *Nursing Management*, 19 (2), 34-38.
- Rogero, P. y Martín Santos F.J. (1992). Una opinión del sistema sanitaria en Andalucía desde enfermería. *Salud 2000*, 39, 8-10.
- Rotter, J.B. (1954). *Social Learning and Clinical Psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Rudy, EB., Davidson, LJ., Daly, B., Clochesy, JM., Sereika, S., Ballisseri, M., Hravnak, M., Ross, T., y Ryan, C. (1998). Care activities and outcomes of patients cared for by acute care nurses practitioners, physician assistants and resident physicians: a comparison. *American Journal of Critical Care*, 7, 267-281.
- Ryan, R.M. (1982). Control and information in the intrapersonal sphere: An extension of cognitive evaluation theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 450-461.
- Ryan, R.M. y Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.

- Sagués Amadó, A. (1992). Puntos de encuentro entre Atención Primaria y Asistencia Especializada en el Área Sanitaria Norte de Córdoba. Documento sin publicar. Trabajo de Campo VII Curso de Salud Pública y Administración Sanitaria de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.
- Salvadores, P., Schneider, J. y Zubero, I. (2001). Theoretical and perceived balance of power inside Spanish public hospitals. *BioMed Central Health Services Research*, 1(1), 9.
- Sanzotta, D. (1977). *Motivational theories & applications for managers*. New York: Amacom.
- Scanlon, C. y Weir, W.S. (1997) Learning from practice? Mental health nurses perceptions and experiences of clinical supervision. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 295-303.
- Schnall, P.L., Landsbergis, P.A. y Baker, D. (1994). Job strain and Cardiovascular Disease. *Annual Review of Public Health* 15, 381-411.
- Serra-Sutton, V. y Herdman, M. (2001). Metodología de adaptación transcultural de instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud. *Informatiu AATM*, 24. Consultado el 24 de Octubre del 2002 en www.aatm.es/informes/sec03.htm.
- Serra-Sutton, V., Herdman, M., Rajmil, L., Santed, R., Ferrer, M., Siméoni, M.C. y Auquier, P. (2002). Adaptación al español del cuestionario vecú et sante perçue de l'adolescent (VSP-A): una medida genérica de calidad de vida para adolescentes. *Revista Española de Salud Pública*, 76, (6), 701-712.
- Shamir, B. (1990). Calculations, values, and identities: The sources of collectivistic work motivation. *Human-Relations*, 43(4), 313-332.

VII. Bibliografía

- Sheppard, J.A. (1993). Productivity loss in performance groups: A motivation analysis. *Psychological Bulletin*, 113(1), 67-81.
- Shirom, A. (1989). Burnout in Work Organizations. En: C.L. Cooper y I. Robertson, *International Review of Industrial and Organisational Psychology*, (pp. 25-48). Chichester UK: Wiley.
- Simón, M.J., Blesa, A.L., Bermejo, C., Calvo M.A., y Gómez de Enterría, C. (2005). Estresores laborales y satisfacción en enfermería de una unidad de críticos. *Enfermería Intensiva*, 16 (1), 3-14.
- Smith, P.C. (1955). The prediction of individual differences in susceptibility to industrial monotony. *Journal of applied psychology*, 39, 322-29.
- Smith, P.C., Kendall, L.M, y Hulin, C.L. (1969). *The Measurement of Satisfaction in Work and Retirement*. Chicago: Rand McNally.
- Souza, A. (2004). Estudio sobre la distribución de enfermeros en España. *Enfermería Facultativa*, 74, 20-21.
- Souza, A. (2004a). Equilibrio Numérico y de Distribución de Enfermeros Profesionales en España. *Excelencia Enfermera*, 1. Consultado el 4 Febrero de 2005 en: http://www.ee.isics.es/servlet/Satellite?pagename=ExcelenciaEnfermera/Articulo_EE/plantilla_articulo_EE&numRevista=1&idArticulo=1089094321788.
- Spangler, W.D. (1989). Single source response bias in the Job Diagnostic Survey. *Psychological Reports*, 65, 531-546.
- Spector, P.E. (1985). Measurement of human service staff satisfaction: Development of the Job Satisfaction Survey. *American Journal of Community Psychology*, 13, 693-713.

- Sreiner, D. y Norman, G. (1989). *Health Measurement Scales. A practical guide to their development and use*. New York: Oxford University.
- Stamps, P. y Piedmonte, E. (1986). *Nurses and Work Satisfaction: An Index for measurement*. Michigan: Health Administration Press.
- Stewart, J., Stansfield, K. y Yapp, D. (2004). Clinical nurses' understanding of autonomy: accomplishing patient goals through interdependent practice. *Journal of Nursing Administration, 34 (10)*, 443-50.
- Tabachnick, B.G. y Fidell, L.S. (1989). *Using Multivariate Statistics (3ª ed.)*. New York: Harper Collins Publishers.
- Taber, T.D. y Taylor, E. (1990). A review and evaluation of the psychometric properties of the Job Diagnostic Survey. *Personnel Psychology, 43*, 467-500.
- Taylor, F.W. (1911). *The Principles of Scientific Management*. New York: Harper & Row.
- Taylor, S., White, B. y Muncer, S. (1999). Nurses' cognitive structural models of work-based stress. *Journal of Advanced Nursing, 29 (4)*, 974-983.
- Tett, R.P. y Meyer, J.P. (1993). Job satisfaction, organizational commitment, turnover intention: Path analyses based on meta-analytic findings. *Personnel Psychology, 46*, 259-293.
- Thomas, B. (1997). Management strategies to tackle stress in mental health nursing. *Mental Health Care 1*, 15-16.
- Tomás, J. y Fernández, L. (2002). Estrés laboral en los profesionales de enfermería hospitalarios. *Metas, 45*, 6-12.

VII. Bibliografía

- Tonges, M. C.; Rothstein, H. y Carter, H. K. (1998). Sources of Satisfaction in Hospital Nursing Practice. A Guide to Effective Job Design. *The Journal of Nursing Administration*, 28(5), 47-61.
- Upenieks, V., (2002). Assessing differences in Job satisfaction of nurses in magnet and nonmagnet hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, 32(11), 564-576.
- Urricelqui, A. y Sanz, A.C. (2000). Satisfacción laboral y factores asociados en el personal de Enfermería, Hospital de Navarra. *Rol de Enfermería*, 23(5), 33-36.
- Vacas, J.C., Gil, F.J., Cañones, E., Santos, F., Crespo, R., Urraca, J.M, Pérez, C., Martínez, P., Díaz, E., Almeda, E. y Chifles, F.J. (1997). *Enfermería Andaluza. Satisfacción profesional y calidad de vida en el trabajo*. Córdoba: Publicaciones Obra Social y Cultural Cajasur.
- Vallerand, R.J. y Thill, E.E. (1993). Introduction au concept de motivation. En J. Vallerand, y E.E. Thill, (Eds.), *Introduction à la psychologie de la motivation* (pp.3-39). Laval (Québec): Editions études vivantes – Vigot.
- Vroom, V.H. (1964). *Work and Motivation*. New York: John Wiley & Sons.
- Warr, P.B. (1987). *Work, unemployment and mental health*. Oxford: Oxford University Press.
- Watson, P. y Feld, A. (1996). Factors in stress and burnout among paediatric nurses in a general hospital. *Nursing Praxis New Zealand*, 11(3), 38-46.
- Weiler, K., Buckwalter, K.C. y Curry, J.P. (1990). Nurses, Work-related estres, and ethical dilemmas. En D.M. Corr y C.A. Corr, (eds). *Nursing Care in Aging Society*, (pp. 320-339). New York: Springer.

- Weissman, C.S., Alexander, C. y Chase, G.A. (1980). Job satisfaction among hospital nurses: a longitudinal study. *Health Services Research*, 15, 341-364.
- Weiner, B. (1972). *Theories of Motivation: From Mechanism to Cognition*. Chicago: Markham.
- Weiner, B. (1974). *Achievement Motivation and Attribution Theory*. Morriston, NJ: General learning Press.
- Weiner, B. (1992). Human motivation, metaphors, theories, and research. London: Sage.
- Weiss, D.J., Dawis, R.V., England, G.W. y Lofquist, L.H. (1967). *Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire (Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation: XXII)*. Minneapolis: University of Minnesota.
- Weldon, E. y Weingart, L.R. (1993). Group goals and group performance. *British Journal of Social Psychology*, 32, 307-334.
- Yukl, G., Wall, S., y Lepsinger, R. (1990). Preliminary Report on Validation of the Managerial Practices Survey. En K.E. Clark and M.B. Clark (eds.) *Measures of Leadership*, (pp. 223-237). Greensboro, NC: Center for Creative Leadership.
- Zarate, R.A. (2004). La gestión del cuidado de enfermería. *Index de Enfermería*, 44-45, 42-46.
- Zurriaga, R., Ramos, J., González-Romá, V., Espejo, B. y Zornoza, A. (2000). Efecto de las características del puesto de trabajo sobre la satisfacción el compromiso y el absentismo en organizaciones sanitarias. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 10(3), 85-98.

VIII. ANEXOS

ANEXO N° 1

STAFF NURSE JOB CHARACTERISTICS INDEX, (SNJCI),

(Índice de Características del Trabajo de Enfermería)

Este cuestionario es una adaptación del SNJCI de Tonges, Rothstein, & Carter, (1998).

Teniendo en cuenta el trabajo que desempeña, le ruego escriba un número en el espacio que está delante de cada frase, basándose en la escala siguiente:

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

- 1. Administro medicación y tratamientos que ayudan a mejorar a los enfermos.
- 2. Hablo con los usuarios y familias sobre que pueden esperar de los servicios que se desarrollan en el centro.
- 3. Utilizo mi propio criterio en la información que doy a los usuarios y las familias.
- 4. Tengo pocas oportunidades de llegar a conocer a los usuarios y familias.
- 5. Una de mis funciones consiste ser adjunto/a.
- 6. Valoro la situación general para priorizar los cuidados de los usuarios.
- 7. En mi centro, nos informamos mutuamente acerca de nuestra práctica.
- 8. La mayoría de los cuidados que proporciono son bastante sencillos y directos (inmediatos).
- 9. Mi trabajo permite que desarrolle experiencia en el cuidado de pacientes con determinados diagnósticos o patologías.
- 10. Dedico más tiempo en trámites burocráticos (papeleo) que cuidando a los usuarios y familias.
- 11. Proporciono solo parte de los cuidados a diferentes usuarios (Ejemplo: Atención en el centro a unos usuarios y en domicilio a otros).
- 12. Mediante la prevención de complicaciones, ayudo a mejorar a los pacientes.
- 13. Desarrollo estrechas relaciones personales con mis usuarios y sus familias.
- 14. La retroalimentación (información) de mi adjunto/a, sobre como desempeño mi trabajo es algo cotidiano.
- 15. Puedo deducir por la evaluación de cuidados cuando he solucionado el problema de un usuario y familias.
- 16. Mi toma de decisiones clínicas, en actuaciones propias de enfermería, está restringida por procedimientos y políticas del centro.
- 17. Hacer mi trabajo implica una gran interacción con los familiares de los usuarios.
- 18. Los usuarios y familias han mejorado por los cuidados que les he dado.
- 19. La organización de mi centro me permite atender siempre a los mismos usuarios y familias.
- 20. Tengo facultad para delegar algunas tareas clínicas y cuidados a otros.
- 21. En mi cupo o sector, los usuarios se nombran por patologías o problemas porque hay poca ocasión de aprender sus nombres.
- 22. Los procedimientos que realizo son bastante complejos.
- 23. Puedo identificar mi contribución personal a través de los resultados alcanzados por los usuarios y familias.

- 24. Llego a conocer a las familias de mi cupo o sector y a sus miembros.
- 25. Hay mucha monotonía y rutina en el cuidado que realizo.
- 26. *Conozco lo suficiente a las familias y usuarios, como para fijar prioridades en la prestación de sus cuidados.*
- 27. Hablar con los usuarios y familias es una parte esencial de mi trabajo.
- 28. Utilizo mis conocimientos y habilidades en mi trabajo.
- 29. Recibo información de mis compañeros y superiores sobre mi funcionamiento.
- 30. Mi trabajo con los usuarios y familias comienza antes de que acudan al Centro.
- 31. Las preferencias personales de los enfermos se tienen en cuenta, porque las comento con los médicos (Ejemplo: “prefiero tomar pastillas a que me pinchen”).
- 32. Tomo mis propias decisiones sobre qué enseñar a los usuarios y familias (Ejemplo: Tipo de dieta a seguir, ejercicio físico).
- 33. Podría pasar una jornada laboral entera sin tener que hablar mucho con los usuarios, familias o compañeros.
- 34. Tengo la oportunidad de tomar decisiones independientes acerca de los cuidados de enfermería que realizo a los usuarios y familias (Ejemplo: actividad física diaria, cambios posturales, alimentación).
- 35. Mi adjunto/a me informa acerca de mi funcionamiento.
- 36. Comienzo a trabajar los autocuidados con el usuario desde la primera consulta o visita.
- 37. Los usuarios y familias me informan de cuándo les hago sentirse mejor.
- 38. Dedico tiempo en hacer actividades que otros profesionales podrían realizar.
- 39. Los médicos me indican cuándo están de acuerdo con mis sugerencias.
- 40. Es imposible conocer el efecto de los cuidados que doy, sobre la evolución de los usuarios y familias.
- 41. Mi trabajo abarca desde proporcionar cuidados manuales sencillos a actuar en situaciones clínicas complicadas.
- 42. Los comentarios que me hacen los usuarios y familias, me sirven para conocer el tipo de trabajo que estoy realizando.
- 43. Puedo utilizar instrumentos que identifican los resultados esperados de los pacientes (Ejemplo: Objetivos y planes de cuidados estandarizados), los cuales me permiten juzgar por mi mismo/a cómo está evolucionando un enfermo.
- 44. Planteo la indicación de “No reanimar” aunque otros no quieren plantearla.
- 45. Animo a los usuarios a que llamen al centro ante cualquier duda que les pueda surgir.
- 46. Inicio intervenciones independientes de enfermera si considero que los usuarios y familias lo necesitan (Ejemplo: apoyo emocional, mejora de su comodidad, enseñanzas).
- 47. Utilizo mis conocimientos de fisiología para hacer mi trabajo.
- 48. Mi trabajo requiere trabajar de cerca con otros miembros del equipo de salud.
- 49. Las encuestas a los usuarios y sus escritos (cartas, reclamaciones,...) me permiten saber cómo estoy haciendo mi trabajo.
- 50. Doy a los usuarios y familias información que les ayuda a hacer frente a situaciones de crisis.

- 51. No tengo ocasión de percibir a los usuarios como personas en su totalidad.
- 52. Obtengo información acerca de lo que mis compañeros opinan sobre el trabajo que realizo.
- 53. Me aseguro de que a los usuarios se les realizan las pruebas que necesitan.
- 54. Puedo utilizar los datos clínicos, (Ejemplo: signos vitales, resultados de laboratorio) para conocer mi efectividad.
- 55. Trabajo con objeto de que los servicios del centro funcionen bien para los usuarios.
- 56. Tengo facultad para elaborar los diagnósticos enfermeros de los usuarios y familias.
- 57. Necesito coordinarme con otros profesionales de salud y de otros sectores, para conseguir un trabajo bien hecho (Ejemplo: Enfermera de Salud Mental, Educación, Servicios Sociales).
- 58. Conozco a mis usuarios como personas.
- 59. Enseño a los familiares lo que necesitan saber para el cuidado del enfermo en su casa.
- 60. Recibo información de las otras enfermeras con que trabajo sobre cómo lo estoy haciendo.
- 61. Para hacer mi trabajo necesito buena capacidad de valoración.
- 62. Ayudo a los pacientes a controlar el dolor.
- 63. Los médicos solicitan cosas que podrían hacer por sí mismos. (Ejemplo Tomar T.A., realizar glucemias).
- 64. Puedo relacionar la mejoría de los usuarios y familias, con las intervenciones que he iniciado.
- 65. Atiendo las peticiones de los pacientes moribundos y de su familia.
- 66. El personal de otras unidades del centro me informa sobre cómo hago mi trabajo.
- 67. Identifico características de los usuarios de mi cupo/sector, que alguien que pasase menos tiempo con ellos no observaría.
- 68. Obtengo información sobre cómo están los usuarios tras una crisis o enfermedad.
- 69. Tengo facultad para iniciar actuaciones de emergencia.
- 70. Realizo visitas domiciliarias a los usuarios y familias para hacer un seguimiento de sus cuidados.
- 71. Es muy escasa la comunicación que tengo con los familiares de los enfermos moribundos.
- 72. Puedo seguir protocolos en la planificación de cuidados para prevenir complicaciones futuras.
- 73. Es difícil conocer lo que piensa mi adjunto/a sobre la calidad de mi trabajo.
- 74. El contacto que tengo con los usuarios y familias de mi cupo o sector son escasos.
- 75. Tengo facultad para evaluar los resultados de los cuidados enfermeros.
- 76. Realizo prevención de errores que amenazan la vida.
- 77. Sé si otros compañeros quieren trabajar conmigo.
- 78. Puedo planificar mi propio trabajo.
- 79. Los médicos me dicen lo que piensan de los cuidados que dispenseo.
- 80. Me aseguro de que el cuidado de los usuarios y familias se coordina con otras disciplinas y servicios.
- 81. Es difícil, por mi parte, saber si los usuarios y familias están satisfechos con mis cuidados.

VIII. Anexos

- 82.** Tranquilizo a los pacientes informándoles de la normalidad de sus respuestas en el curso de la enfermedad o tratamiento.
- 83.** Tengo libertad para ajustar los planes de cuidados del usuario ante un cambio de sus necesidades.
- 84.** Una parte importante de mi trabajo es ayudar a reducir el miedo y la ansiedad de los usuarios y familias.
- 85.** En mi centro cuentan con mi opinión en la elaboración de sistemas de cuidados y actuaciones.
- 86.** Enseño a los usuarios y familias cosas que les ayudan a sentirse mejor.
- 87.** No puedo conseguir para los usuarios lo que pienso que precisan, ya que los médicos no tienen en cuenta mi opinión (Ejemplo: cambio de alimentación).
- 88.** Otras enfermeras me solicitan ayuda en la ejecución de determinados procedimientos (Ejemplo: coger una vía IV, realizar un sondaje, diagnósticos enfermeros).
- 89.** Puedo iniciar tratamientos de acuerdo con las órdenes establecidas.
- 90.** Enseño a los usuarios y familias cómo se deben cuidar por sí mismos.
- 91.** Mi adjunto/a me anima a que tome decisiones independientes sobre los cuidados de enfermería de mis usuarios y familias.
- 92.** Generalmente, cuido a los mismos usuarios y familias.
- 93.** Doy apoyo emocional a los usuarios y familias para ayudarles a resistir sus crisis.
- 94.** Cuido a los usuarios y familias a lo largo de las diferentes etapas de su vida.
- 95.** Puedo enseñar a los usuarios y familias cómo relajarse con eficacia.
- 96.** Los miembros del equipo de salud me dicen lo que piensan sobre el cumplimiento de mi trabajo.
- 97.** Tranquilizo a usuarios y familiares en situaciones estresantes.
- 98.** Elaboro el proceso de cuidados junto con el usuario.
- 99.** Mi trabajo requiere estar en contacto con la Unidad de Atención al Usuario del centro.
- 100.** Contacto con los pacientes para hacer un seguimiento de su recuperación tras ser dados de alta en el hospital.

ANEXO N° 2

**JOB DIAGNOSTIC SURVEY, (JDS), (Cuestionario de Análisis y
rediseño de Puestos)**

SECCIÓN III

Este cuestionario ha sido adaptado por el Área de Psicología Social de la Universidad Jaime I de Castellón, a partir de la versión original elaborada por la Universidad de Yale (**Hackman & Oldham, 1974, Kulik & Oldham, 1988**)

En esta parte del cuestionario se le pide que indique cómo se siente **a nivel personal, con respecto a su trabajo.**

Cada una de las frases que está a continuación hacen referencia a lo que una persona puede opinar sobre su trabajo. Se le pide que indique sus propios sentimientos personales acerca de su trabajo, señalando en qué medida está de acuerdo con cada una de las frases.

Escriba un número en el espacio que está delante de cada frase, basándose en la escala siguiente:

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Neutral	Un poco de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

- 1.- No me atrae demasiado la idea de ser el/la principal responsable de la calidad de los resultados de mi trabajo
- 2.- Mi opinión de mí mismo/a mejora o aumenta cuando hago bien mi trabajo.
- 3.- En general, estoy muy satisfecho/a con este trabajo.
- 4.- La mayor parte de las cosas que tengo que hacer en este trabajo, parecen triviales o sin utilidad.
- 5.- Normalmente, yo sé si mi desempeño es correcto o no.
- 6.- Siento una gran satisfacción personal cuando hago bien mi trabajo.
- 7.- El trabajo que desempeño en este puesto tiene mucho significado para mí.
- 8.- Siento un nivel muy alto de responsabilidad personal por el trabajo que realizo en este puesto.
- 9.- Con frecuencia pienso en dejar este puesto.
- 10.- Me siento mal o insatisfecho/a cuando me doy cuenta de que no he hecho bien mi trabajo.
- 11.- Con frecuencia tengo dudas al pensar si estoy haciendo bien o mal mi trabajo.
- 12.- Siento que debo responsabilizarme personalmente por los resultados correctos o incorrectos de mi trabajo.
- 13.- En general, estoy satisfecho/a con el tipo de trabajo que desempeño en este puesto.
- 14.- Me importa realmente poco lo bien o mal que quede mi trabajo.
- 15.- El que haga bien o mal mi trabajo es enteramente de **mi** responsabilidad

SECCIÓN IV

Ahora, por favor, indique en qué medida está Ud. satisfecho/a con cada uno de los aspectos de su trabajo que se citan a continuación. De nuevo le pedimos que escriba el número que considere apropiado, en el espacio que está delante de cada frase.

¿En qué medida está satisfecho/a con este aspecto de su trabajo?

1 Muy insatisfecho/a	2 Insatisfecho/a	3 Algo insatisfecho/a	4 Neutral	5 Algo satisfecho/a	6 Satisfecho/a	7 Muy satisfecho/a
-----------------------------------	----------------------------	------------------------------------	---------------------	----------------------------------	--------------------------	---------------------------------

- ___ 1.- Grado de seguridad o estabilidad que tengo en el puesto.
- ___ 2.- La cantidad de la paga y los complementos que reciba.
- ___ 3.- El grado de realización y de desarrollo personal que obtengo al desempeñar mi puesto.
- ___ 4.- La gente con la que hablo y con la que trabajo en mi puesto.
- ___ 5.- El grado de respeto y de trato justo que recibo de mi jefe.
- ___ 6.- El sentimiento de autorrealización que obtengo al hacer mi trabajo.
- ___ 7.- La oportunidad de conocer otras personas mientras realizo mi trabajo.
- ___ 8.- El grado de orientación y de apoyo que recibo de mi supervisor/ a.
- ___ 9.- La medida en que mi contribución a la organización o empresa está bien pagada.
- ___ 10.- El grado de independencia de ideas y acción que puedo ejercer en mi puesto.
- ___ 11.- La seguridad que siento respecto a mi futuro en la organización o empresa.
- ___ 12.- La posibilidad de ayudar a otras personas mientras trabajo.
- ___ 13.- La medida en que mi puesto es estimulante.
- ___ 14.- La calidad global de la supervisión que recibo en mi trabajo.

SECCIÓN V

Ahora, por favor, piense en las otras personas de su organización que hacen su mismo puesto. Si nadie hace el mismo puesto que Ud., piense en aquél que sea más similar al suyo.

Por favor considere en qué medida cada una de las frases siguientes describe con propiedad los sentimientos de esas personas acerca del puesto.

Es posible que sus respuestas aquí sean diferentes a las que Ud. dio cuando describió sus propias reacciones al puesto. Es frecuente que diferentes personas tengan opiniones distintas sobre el mismo puesto.

Escriba un número en el espacio que está delante de cada frase, basándose en la escala siguiente:

¿En qué medida está de acuerdo con la frase?

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Neutral	Un poco de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

- 1.- La mayoría de las personas que hacen este mismo trabajo sienten una gran satisfacción personal cuando lo realizan bien.
- 2.- La mayoría de las personas que desempeñan este puesto están muy satisfechas con su trabajo.
- 3.- La mayoría de las personas que desempeñan este puesto consideran que su trabajo es poco útil o trivial.
- 4.- La mayoría de las personas que desempeñan este puesto consideran que tienen un alto grado de responsabilidad personal por la labor que realizan.
- 5.- La mayoría de las personas que desempeñan este puesto tienen una idea clara de si hacen bien o mal su trabajo.
- 6.- La mayoría de las personas que desempeñan este puesto encuentran que su trabajo tiene mucho sentido.
- 7.- La mayoría de las personas que desempeñan este puesto piensan que es de su propia responsabilidad realizar bien o mal su trabajo.
- 8.- Las personas que desempeñan este puesto piensan con frecuencia en dejarlo.
- 9.- La mayoría de las personas que desempeñan este puesto se sienten mal o descontentos/as cuando no hacen bien su trabajo.
- 10.- La mayoría de las personas que hacen este mismo trabajo dudan de si están desempeñando bien o mal su puesto.

SECCIÓN VI

A continuación hay una serie de características que pueden estar presentes en cualquier puesto. Las personas difieren en la medida en que les gustaría que cada una de estas características estuviera presente en sus propios puestos. Estamos interesados en saber en **qué medida le gustaría** tener (o mantener si ya la tiene) cada una de ellas en **su puesto ideal**.

Usando la escala que damos a continuación, indique, por favor, **el grado** en que a Ud. le gustaría que cada una de las características estuviera presente en su puesto.

NOTA: Los números usados en esta escala son diferentes de las escalas anteriores.

4	5	6	7	8	9	10
Me gustaría tenerla moderadamente			Me gustaría mucho tenerla			Me gustaría muchísimo tenerla

- 1.- Respeto y trato justo por parte de mi supervisor.
- 2.- Trabajo estimulante y retador.
- 3.- Posibilidad de pensar y actuar con independencia en mi puesto.
- 4.- Una gran seguridad de permanencia en el puesto.
- 5.- Compañeros de trabajo agradables.
- 6.- Oportunidad de aprender cosas nuevas en mi trabajo.
- 7.- Un salario alto y grandes primas.
- 8.- Posibilidad de ser creativo/a e imaginativo/a en mi trabajo.
- 9.- Promociones rápidas.
- 10.- Oportunidad de desarrollo y progreso personal en mi puesto.
- 11.- Posibilidad de realización personal en mi trabajo.

ANEXOS N° 3 Y 4

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, PROFESIONALES Y DE FORMACIÓN- INVESTIGACIÓN de enfermería (VSDPFE)

EN LOS TRES ULTIMOS AÑOS Señale:

NÚMERO DE CURSOS DE FORMACION REALIZADOS: Ninguno
1-2
3-4
más de 4

NÚMERO DE ARTÍCULOS PUBLICADOS: Ninguno
1-2
3-4
más de 4

NÚMERO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN DESARROLLADOS:
Ninguno
1-2
3-4
más de 4

NÚMERO DE REUNIONES CIENTÍFICAS (CONGRESOS, JORNADAS, ETC.) A LAS QUE HA ASISTIDO:
Ninguno
1-2
3-4
más de 4

NÚMERO DE COMUNICACIONES PRESENTADAS EN REUNIONES CIENTÍFICAS:
Ninguno
1-2
3-4
más de 4

NÚMERO DE PLANES DE CUIDADOS QUE REALIZA DIARIAMENTE EN SU QUEHACER PROFESIONAL: Ninguno
1-3
4-7
más de 8

¿COMO TIENE ORGANIZADO EL TRABAJO DIARIO?:

Enfermeras Comunitarias: Por cupo médico
Por sectores o Población adscrita

Cuando un usuario ingresa en el hospital, ¿elabora un informe de enfermería sobre el usuario, sus necesidades y situación actual? SI
NO

Enfermeras Hospitalarias: Por tareas (*Toma de constantes, curas, etc. a todos los enfermos de la Unidad*).
Por asignación enfermera/paciente (*Responsable de todos los cuidados que requiera el enfermo hospitalizado*).

Cuando un enfermo es dado de alta hospitalaria, ¿elabora un informe de enfermería sobre el plan de cuidados del usuario? SI
NO

Elija UNO de los siguientes MOTIVOS POR EL QUE ELEGÍÓ LA PROFESIÓN ENFERMERO/A:

Salario
Influencia familiar
Reconocimiento profesional
Corta duración de los estudios
Vocación
Por seguir la tradición familiar
Facilidad para encontrar trabajo
Imposibilidad de acceder a la carrera deseada

De los siguientes MOTIVOS, señale UNO que refleje el POR QUE SE MANTIENE EN LA PROFESIÓN ENFERMERO/A:

Salario
Reconocimiento profesional
Me gusta/ me satisface
Por seguir la tradición familiar
Facilidad para encontrar trabajo
Imposibilidad de acceder a otro trabajo

ANEXO N° 5

CARTA E INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS A LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

*Petri Rogero Anaya
Urbanización Torremuelle, F 17
29630 Benalmádena Costa
Málaga*

Málaga, Enero del 2003

Estimado/a compañero/a:

Soy Petri Rogero, Diplomada en Enfermería y Licenciada en Psicología; actualmente desempeño mi trabajo como Profesora Titular de la Escuela de Ciencias de la Salud, Departamento de Enfermería, de la Universidad de Málaga.

En la actualidad estoy realizando la Tesis Doctoral en la Facultad de Psicología, el objetivo que me he planteado es recoger información acerca de la motivación en el trabajo, de los Profesionales de Enfermería de los Centros de Salud y Hospitales de Málaga capital, pertenecientes al Servicio Andaluz de Salud.

La cumplimentación del cuestionario que te adjunto y la sinceridad de tus respuestas, son necesarias para conseguir los objetivos planteados y en consecuencia la calidad científica de la tesis, por lo que te ruego encarecidamente un pequeño esfuerzo en cumplimentarlo, **contestando a todas las preguntas**.

Las conclusiones de la investigación serán de gran utilidad tanto para los gestores como para los profesionales de enfermería de los diferentes centros estudiados, ya que pueden aplicar los incentivos más valorados y tener en cuenta una serie de factores en el desempeño del puesto, aumentando así la motivación y satisfacción laboral de los enfermeros, repercutiendo en el trabajo diario.

Quiero que tengas en cuenta que las **opiniones personales recogidas en el cuestionario** serán de **absoluta confidencialidad**. Los resultados globales estarán a disposición de todas aquellas personas que quieran consultarlos.

Junto con el cuestionario, te adjunto una hoja de instrucciones, la cual te agradecería leyeras con atención, también incluyo un sobre para que una vez cumplimentado el cuestionario se lo entregues al Supervisor/a o al Adjunto/a de tu Centro.

AGRADECIÉNDOTE SEA ANTES DEL

Te agradezco de antemano tu interés y colaboración, atentamente.

Fdo.: Petri Rogero Anaya

Si deseas contactar conmigo para cualquier aclaración o tema relacionado con la tesis doctoral lo podrás hacer en los siguientes Tlf.: 95-2-13-70-87 // 619-773-933

INSTRUCCIONES

El Cuestionario consta de dos partes:

En la **primera** se recogen datos personales y profesionales, y en la **segunda**, a través de los cuestionarios de Tonges, Rothstein, & Carter, (1998) y Hackman & Oldham, 1974, Kulik & Oldham, (1988) se recoge información sobre las reacciones de las personas ante los diferentes tipos de puestos, así como su opinión sobre el ámbito laboral.

En las páginas siguientes, Ud. encontrará diferentes tipos de cuestiones sobre su trabajo. Al comienzo de cada pregunta se le darán instrucciones específicas. Por favor, léalas cuidadosamente. No le ocupará más de 40 minutos completar el cuestionario.

Las preguntas han sido elaboradas con el fin de obtener su visión de su puesto de trabajo y sus reacciones al mismo.

Sus respuestas individuales serán consideradas estrictamente **confidenciales**. Por favor, conteste con la **mayor franqueza y sinceridad**, rogándole encarecidamente que **CONTESTE A TODAS Y CADA UNA DE LAS PREGUNTAS.**

El cuestionario no lo cumplimentarán aquellos profesionales que estén sustituyendo vacaciones.

VA DIRIGIDO A PROFESIONALES CUYA SITUACION LABORAL SEA UNA DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS:

PLAZA EN PROPIEDAD

INTERINO

CONTRATO TEMPORAL (de 3, 6 ó 9 meses).

POR FAVOR, LEA DETENIDAMENTE CADA ITEM Y RESPONDE CON SINCERIDAD. NO OLVIDE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO N° 6

CARTA DE AUTORIZACIÓN A DIRECTORES/AS DE DISTRITO, DE ENFERMERÍA DE HOSPITALES Y COORDINADORES DE ENFERMERÍA DE DISTRITO



Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud

Petri Rogero Anaya

Paseo de Martiricos S/N

Universidad de Málaga. 29071 Málaga

Directores y Coordinador de
Enfermería

Hospital Universitario Virgen de la
Victoria, Hal. Carlos Haya y Distrito
Sanitario

Muy señor mío:

El motivo de la presente carta es solicitar su ayuda, ya que en la actualidad estoy realizando la Tesis Doctoral; soy Diplomada en Enfermería y Licenciada en Psicología. Actualmente ocupo la plaza de Profesora Titular de Enfermería Comunitaria en la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud, Departamento de Enfermería, de la Universidad de Málaga.

El objetivo que me he planteado en la tesis es recoger información acerca de la motivación en el trabajo, así como identificar incentivos de interés para los Profesionales de Enfermería de los Centros de Salud, Consultorios y Hospitales de Málaga capital, pertenecientes al Servicio Andaluz de Salud.

Para poder llevar a cabo la citada investigación le ruego me permita utilizar los listados de los enfermeras/os que trabajan en el Centro que usted dirige, para poder extraer una muestra y enviarles el material de estudio, así como para la recogida de datos del mismo.

Los resultados finales estarán a su disposición en la Biblioteca de la Escuela de CC. de la Salud.

Agradeciéndole de antemano su colaboración, y esperando su respuesta le saluda atentamente.

Málaga, 16 de Julio del 2001

Fdo.: Petri Rogero Anaya

ANEXO N° 7

CUESTIONARIO DE NO RESPUESTA

¿SE CELEBRAN SESIONES DE FORMACIÓN CONTINUADA EN EL CENTRO O SERVICIO?

SI

NO

¿ASISTE A LAS SESIONES DE FORMACIÓN CONTINUADA?

SI

NO

EN EL ÚLTIMO AÑO ¿CUANTAS VECES HA ESTADO DE BAJA POR ENFERMEDAD?

Ninguna

1-2

3-4

más de 4

ANEXO N° 8

ESTUDIOS PRELIMINARES: Metodología cualitativa

AUTORIZACIÓN DE LA Dr^a TONGES

----- Original Message -----

From: Tonges, Mary [mailto:MTonges@unh.edu]
To: 'petra_r@uma.es'
Sent: lunes, 02 de diciembre de 2002 23:48
CC:
Subject: SNJCI

Dear Ms. Rogero Anaya,

Thank you for your interest in our work. I am happy to grant you permission to use the SNJCI with the stipulation that you provide me with your reliability scores. Prior to consenting to adaptation of our tool, I would like more information about your plans to modify the tool to better fit your environmental culture. Are you thinking primarily of translating the tool into Spanish? Or making more extensive modifications re: differences in Spanish and American nursing practices? Thanks,

Mary Tonges

CONSULTA A LA AUTORA

----- Original Message -----

From: "P.R/JL.C" <petri.r@wanadoo.es>

To: <[REDACTED]>

Sent: Wednesday, December 04, 2002 12:21 AM

Subject: SNJCI

Dear Tonges, I want to thank you for your interest.

Respect to the adaptation of the SNJCI to our environment I want to

comment you that first, and to be able to value the SNJCI, I have translated it and now I would have to apply the method of translation-retrotranslation, translating it first to Spanish and later from Spanish to English to confirm the translation. The items that are translated in a different form will be put under analysis, through a group of discussion, by hospitals and health community nurses, as well as the whole tool, adapting the language and certain turns to Spanish. There are items (Nº 70 and 100) that I would have to retire of the SNJCI for the hospitable nurses since the practice of the Spanish nurse does not gather the pursuit of the patients after the hospitable discharge, work that the health community nurse makes.

My objective is to adapt the tool not to modify it, although in some items I'm forced to consider the practice of the Spanish nurse, like for example in Nº5, that talks about the "Charge Nurse", a position or figure that does not exist in our nursing. Do you think the next definition for Charge Nurse is correct? "During a designated shift, charge nurses constantly assess, plan, delegate, and evaluate all unit activities. Charge nurses also forecast patient care needs while supporting the philosophy of patient- and family-centered care. Proficient clinical decision-making, problem solving, and collaboration skills are all essential. In addition, charge nurses must be ready to provide leadership for any problem, anticipated or not; which is a supervisory role to the junior staff working in the department. Most of their job is co-ordinating the running of the department, but if we have a seriously ill patient come in, they will take care of the patient. They are responsible for resuscitation, they'll put intravenous lines in, stick tubes down people, use the defibrillator." If it's correct its equivalent could be the supervisory. In the item Nº 99 I understand that you make reference to the legal representatives of the patients, this situation is not frequent here.

I would be thankful to receive information respect this items. All the psychometrics results of reliability and validity that I can make to the SNJCI I'll send them to you. Thanking you in advance.

Sincerely yours,

Petri Rogero

RESPUESTA AUTORA

----- Original Message -----

From: "Tonges, Mary" <[REDACTED]>
To: "'P.R./JL.C'" <petri.r@wanadoo.es>
Cc: <hrothstein@mindsring.com>
Sent: Friday, December 13, 2002 8:56 PM
Subject: RE: SNJCI

Dear Petri, I am sorry for the delay in responding. I have been traveling for a week. In response to your questions:

1. I would define a Charge Nurse as a more senior, experienced registered professional nurse who is designated to be in charge of clinical and personnel management on a specific unit for one shift. She/he may or may not take a patient assignment and is responsible for overseeing operations of the unit, acting as a resource to other staff, and directly intervening in clinical emergencies or unusual situations as necessary. Charge Nurses are generally backed up by a House Supervisor who has similar responsibilities for the entire hospital or section of the hospital.

2. Regarding item #99, patient representatives are not legal representatives, but rather hospital employees who are responsible for responding to patient requests or complaints and facilitating resolution that is satisfying to the patient/family involved and acceptable to the clinicians caring for the patient. They generally work for a department dedicated to this function and there are usually several employees for one hospital. Dr. Hannah Rothstein, coauthor of the tool, and I are very interested in hearing about your work and the outcomes of your efforts and research. We will look forward to receiving the psychometric evaluation data, as well as any other information you would like to share with us.

Thank you,
Mary Tonges

GUÍA DE OBSERVACIÓN DEL GRUPO FOCAL (García y Mateo, 1992)

Sobre la presentación:

Puntos Fuertes	Puntos Débiles

Sobre la dinámica de grupal:

- ¿Hablan todos?
- ¿Se forman corrillos?
- ¿Se salen del tema?
- ¿Profundizan en los aspectos claves?
- ¿Se dejan pasar temas fundamentales o cuestiones interesantes?
- ¿Se piden explicaciones sobre aspectos poco claros?
- ¿Alguno de los participantes arrastra al grupo o impide que aparezcan informaciones discrepantes?
- ¿Se va avanzando en el guión de la entrevista o el discurso es circular y repetitivo?

Sobre el cierre de la técnica:

Puntos Fuertes	Puntos Débiles

Sobre el moderador:

Puntos Fuertes	Puntos Débiles

- ¿Facilita la intervención de todos?
- ¿Controla al que habla mucho?
- ¿Estimula al que habla poco o nada?
- ¿Influye en las opiniones?
- ¿Resume?
- ¿Reconduce?
- ¿Ratifica la comprensión?

ANEXO N° 9

ESTUDIO Y ANÁLISIS DE FIABILIDAD Y VALIDEZ FACTORIAL

Anexo 9.A

ANÁLISIS DE LOS ÍTEMS Y ESTUDIO DE LA FIABILIDAD DEL SNJCI

Presentamos a continuación el contenido de los ítems y los cuadros que muestran los estadísticos e índices de homogeneidad corregidos de las diferentes dimensiones y subescalas que conforman el cuestionario.

Debido a la adaptación del cuestionario a los dos niveles de atención, Primaria y Hospitalaria, los ítems que presentan dos alternativas, corresponden la primera de ellas a las enfermeras comunitarias y el expresado en cursiva a las enfermeras hospitalarias, concurriendo en aquellos que tienen una sola posibilidad:

Importancia de la tarea: 1, 10*, 12, 38*, 44, 50, 53, 55, 59, 62, 65, 67, 76, 80, 82, 84, 86, 90, 93, 95, 97. (*) Ítems inversos

1. Administro medicación y tratamientos que ayudan a mejorar a los enfermos.
10. Dedico más tiempo en trámites burocráticos (papeleo) que cuidando a los usuarios y familias.
10. Dedico más tiempo en trámites burocráticos (papeleo) que cuidando a los pacientes.
12. Mediante la prevención de complicaciones, ayudo a mejorar a los pacientes.
38. Dedico tiempo en hacer actividades que otros profesionales podrían realizar.
38. Dedico tiempo en hacer actividades que podría realizar una auxiliar.
44. Planteo la indicación de “No reanimar” aunque otros no quieren plantearla.
50. Doy a los usuarios y familias información que les ayuda a hacer frente a situaciones de crisis.
50. Doy a los pacientes información que les ayuda a hacer frente a su enfermedad
53. Me aseguro de que a los usuarios se les realizan las pruebas que necesitan.
53. Me aseguro de que a los pacientes se les realizan las pruebas que necesitan.
55. Trabajo con objeto de que los servicios del centro funcionen bien para los usuarios.
55. Trabajo con objeto de que los sistemas hospitalarios funcionen bien para los pacientes.
59. Enseño a los familiares lo que necesitan saber para el cuidado del enfermo en su casa.

VIII. Anexos

59. Enseño a los familiares lo que necesitan saber para el cuidado del paciente, cuando esté en casa.

62. Ayudo a los pacientes a controlar el dolor.

65. Atiendo las peticiones de los pacientes moribundos y de su familia.

67. Identifico características de los usuarios de mi cupo/sector, que alguien que pasase menos tiempo con ellos no observaría.

67. Identifico características de mis pacientes que alguien que pase menos tiempo con ellos no observaría.

76. Realizo prevención de errores que amenazan la vida.

80. Me aseguro de que el cuidado de los usuarios y familias se coordina con otras disciplinas y servicios.

82. Tranquilizo a los pacientes informándoles de la normalidad de sus respuestas en el curso de la enfermedad o tratamiento.

84. Una parte importante de mi trabajo es ayudar a reducir el miedo y la ansiedad de los usuarios y familias.

84. Una parte importante de mi trabajo es ayudar a reducir el miedo y la ansiedad de los pacientes.

86. Enseño a los usuarios y familias cosas que les ayudan a sentirse mejor.

86. Enseño a los pacientes cosas que les ayudan a sentirse mejor.

90. Enseño a los usuarios y familias cómo se deben cuidar por sí mismos.

90. Enseño a los pacientes cómo se deben cuidar por sí mismos.

93. Doy apoyo emocional a los usuarios y familias para ayudarles a resistir sus crisis.

93. Doy apoyo emocional a los pacientes para ayudar a resistir sus crisis.

95. Puedo enseñar a los usuarios y familias cómo relajarse con eficacia.

95. Puedo enseñar a mis pacientes cómo relajarse con eficacia.

97. Tranquilizo a usuarios y familiares en situaciones estresantes.

Importancia de la tarea	Desv. Típica	Media	Casos
--------------------------------	---------------------	--------------	--------------

1.	N1	4,399	,865	541
2.	N10	2,804	1,003	541
3.	N12	4,111	,793	541
4.	N38	3,078	,790	541
5.	N44	2,386	1,262	541
6.	N50	3,767	,963	541
7.	N53	4,174	,880	541
8.	N55	3,915	1,065	541
9.	N59	3,924	1,018	541
10.	N62	3,880	,965	541
11.	N65	4,065	1,142	541
12.	N67	3,610	,868	541
13.	N76	3,756	1,164	541
14.	N80	3,425	1,040	541
15.	N82	4,080	,898	541
16.	N84	4,120	,944	541
17.	N86	3,780	,950	541
18.	N90	3,832	1,129	541
19.	N93	4,026	,917	541
20.	N95	3,150	,930	541
21.	N97	4,233	,780	541

Tabla 9.A.1

Ítem	Media*	Varianza*	I. H.	Alpha*
N1	74,115	91,076	,113	,829
N10	75,710	92,055	,033	,835
N12	74,403	87,056	,406	,817
N38	75,436	93,065	,000	,833
N44	76,128	90,737	,057	,838
N50	74,747	82,671	,576	,809
N53	74,340	87,710	,316	,821
N55	74,599	86,178	,323	,821
N59	74,590	84,165	,454	,814
N62	74,634	84,192	,484	,813
N65	74,449	82,333	,485	,813
N67	74,904	86,813	,379	,818
N76	74,758	84,565	,363	,820
N80	75,089	85,881	,349	,820
N82	74,434	83,691	,560	,810
N84	74,394	83,147	,561	,810
N86	74,734	81,848	,637	,806
N90	74,682	80,643	,581	,807
N93	74,488	82,580	,617	,807
N95	75,364	84,088	,513	,812
N97	74,281	85,721	,510	,814

(*) Eliminando el ítem

Nº de casos 541 Nº de ítems 21 **Alpha = 0.825**

Tabla 9.A.2

En la dimensión Importancia de la Tarea (Tabla 9.A.2) y centrándonos en el índice de homogeneidad (IH) de los elementos, retiramos los ítems número 1, 10, 38 y 44 ya que presentan IH inferiores a 0,3.

Variabilidad de destrezas: 5, 8*, 22, 25*, 28, 41, 47, 61. (*) Ítems inversos

5. Una de mis funciones consiste ser adjunto/a.

5. *Una de mis funciones consiste ser supervisor/a.*

8. La mayoría de los cuidados que proporciono son bastante sencillos y directos (inmediatos).

22. Los procedimientos que realizo son bastante complejos.

25. Hay mucha monotonía y rutina en el cuidado que realizo.

28. Utilizo mis conocimientos y habilidades en mi trabajo.

41. Mi trabajo abarca desde proporcionar cuidados manuales sencillos a actuar en situaciones clínicas complicadas.

47. Utilizo mis conocimientos de fisiología para hacer mi trabajo.

61. Para hacer mi trabajo necesito buena capacidad de valoración.

Variedad destreza	Media	Desv. Típica	Casos
1. N5	1,587	1,187	552
2. N8	2,560	,846	552
3. N22	2,931	,817	552
4. N25	3,225	,977	552
5. N28	4,667	,540	552
6. N41	4,284	,904	552
7. N47	3,839	1,070	552
8. N61	4,154	,927	552

Tabla 9.A.3

Ítem	Media*	Varianza*	I. H.	Alpha*
N5	25,660	9,212	,0150	,476
N8	24,687	9,355	,127	,401
N22	24,315	8,971	,223	,362
N25	24,022	8,638	,197	,369
N28	22,580	9,812	,184	,386
N41	22,962	8,440	,280	,332
N47	23,408	8,347	,200	,368
N61	23,092	8,443	,264	,338
(*) Eliminando el ítem				
Nº de casos	552	Nº de ítems	8	Alpha = 0.412

Tabla 9.A.4

En Variedad de Destreza (Tabla 9.A.4) se conservan todos los elementos excepto el número 5, ya que es el único que al eliminarlo incrementa la consistencia interna de la dimensión, mientras que en el resto de los ítems, a pesar de que los IH son bajos, si se eliminaran disminuiría considerablemente el α de Cronbach.

Identidad de la Tarea: Los ítems nº 70 y 100 son exclusivos de enfermería comunitaria. Esta dimensión está formada por dos subescalas: Identidad de la tarea relacionada con el trabajo e identidad de la tarea interpersonal.

En las siguientes Tablas (9.A.5, 9.A.6) se presentan los estadísticos de ambas subescalas así como la fiabilidad de las mismas, para posteriormente presentar los análisis correspondientes por subescala.

Identidad de la tarea	Media	Desv. Típica	Casos
1. N2	3,628	,993	549
2. N6	3,995	,937	549
3. N9	3,896	,923	549
4. N11	2,816	1,369	549
5. N19	3,364	1,206	549
6. N26	3,760	,822	549
7. N30	1,962	1,263	549
8. N36	2,397	1,389	549
9. N45	3,137	1,439	549
10. N68	2,401	1,182	549
11. N70	1,262	2,069	549
12. N74	3,998	1,142	549
13. N92	2,847	1,338	549
14. N94	3,771	1,172	549
15. N98	3,384	1,261	549
16. N100	1,078	1,809	549
17. N4	3,536	1,033	549
18. N13	2,962	1,020	549
19. N21	1,099	3,665	549
20. N24	3,599	,890	549
21. N51	3,528	1,106	549
22. N58	3,887	,995	549

Tabla 9.A.5

Ítem	Media*	Varianza*	I. H.	Alpha*
N2	65,244	175,470	,362	,855
N6	64,878	178,877	,249	,858
N9	64,976	181,016	,166	,860
N11	66,057	175,389	,241	,860
N19	65,508	172,305	,386	,854
N26	65,113	178,600	,305	,856
N30	66,911	171,596	,387	,854
N36	66,475	160,626	,665	,843
N45	65,736	162,173	,593	,846
N68	66,472	164,545	,661	,844
N70	67,610	147,954	,671	,842
N74	64,874	177,537	,235	,859
N92	66,026	163,456	,606	,845
N94	65,102	174,493	,327	,856
N98	65,488	173,429	,330	,856
N100	67,794	152,536	,675	,841
N4	65,337	173,443	,422	,853
N13	65,911	171,804	,491	,851
N21	65,208	172,964	,408	,853
N24	65,273	173,633	,493	,851
N51	65,344	178,277	,219	,859
N58	64,986	173,201	,450	,852

(*) Eliminando el ítem

Nº de casos	549	Nº de ítems	22	Alpha = 0.858
-------------	-----	-------------	----	----------------------

Tabla 9.A.6

Identidad de Tarea: Relacionada con el trabajo: 2, 6, 9, 11*, 19, 26, 30, 36, 45, 68, 70, 74*, 92, 94, 98, 100. (*) Ítems inversos

2. Hablo con los usuarios y familias sobre que pueden esperar de los servicios que se desarrollan en el centro.

2. Hablo con los pacientes y familiares, al ingreso, sobre lo que pueden esperar durante la hospitalización.

6. Valoro la situación general para priorizar los cuidados de los usuarios.

6. Valoro la situación general para decidir si el descanso o la comodidad de un paciente es más importante que una orden determinada (Ejemplo: despertar a un paciente para los signos vitales).

9. Mi trabajo permite que desarrolle experiencia en el cuidado de pacientes con determinados diagnósticos o patologías.

11. Proporciono solo parte de los cuidados a diferentes usuarios (Ejemplo: Atención en el centro a unos usuarios y en domicilio a otros).

11. En mi turno proporciono solo parte de los cuidados a diferentes pacientes (Ejemplo: medicaciones, tratamientos, o registrar en la historia).

19. La organización de mi centro me permite atender siempre a los mismos usuarios y familias.

19. Tengo la oportunidad de cuidar de los mismos pacientes desde el momento de su ingreso hasta que son dados de alta de nuestra unidad.

26. Conozco lo suficiente a las familias y usuarios, como para fijar prioridades en la prestación de sus cuidados.

26. Conozco lo suficiente a mis pacientes, como para fijar prioridades en la prestación de sus cuidados.

30. Mi trabajo con los usuarios y familias comienza antes de que acudan al Centro.

30. Mi trabajo con los pacientes comienza antes de que sean ingresados en el hospital.

36. Comienzo a trabajar los autocuidados con el usuario desde la primera consulta o visita.

36. Comienzo a planificar el alta desde la admisión del paciente.

45. Animo a los usuarios a que llamen al centro ante cualquier duda que les pueda surgir.

45. *Animan a mis pacientes a que después del alta, llamen a la unidad ante cualquier duda que les pudiera surgir.*
68. Obtengo información sobre cómo están los usuarios tras una crisis o enfermedad.
68. *Obtengo información sobre cómo están los pacientes tras el alta de mi unidad.*
70. Realizo visitas domiciliarias a los usuarios y familias para hacer un seguimiento de sus cuidados.
74. El contacto que tengo con los usuarios y familias de mi cupo o sector son escasos.
74. *No veo a un paciente más que una vez antes de ser dado de alta.*
92. Generalmente, cuido a los mismos usuarios y familias.
92. *Me encargo de los mismos pacientes cada vez que son ingresados.*
94. Cuido a los usuarios y familias a lo largo de las diferentes etapas de su vida.
94. *Cuido a los pacientes a lo largo de las diferentes etapas de su enfermedad.*
98. Elaboro el proceso de cuidados junto con el usuario.
98. *Participo en la planificación del plan de cuidados del paciente.*
100. Contacto con los pacientes para hacer un seguimiento de su recuperación tras ser dados de alta en el hospital.

Identidad T Rel Trabajo	Media	Desv. Típica	Casos
1. N2	3,626	,994	551

2. N6	3,989	,940	551
3. N9	3,893	,923	551
4. N11	2,815	1,367	551
5. N19	3,363	1,206	551
6. N26	3,757	,824	551
7. N30	1,962	1,262	551
8. N36	2,398	1,387	551
9. N45	3,133	1,438	551
10.N68	2,396	1,183	551
11.N70	1,258	2,067	551
12.N74	3,998	1,142	551
13.N92	2,842	1,338	551
14.N94	3,768	1,177	551
15.N98	3,383	1,265	551
16.N100	1,074	1,807	551

Tabla 9.A.7

Ítem	Media*	Varianza*	I. H.	Alpha*
N2	44,027	113,896	,334	,824
N6	43,664	116,293	,236	,828
N9	43,760	118,492	,130	,832
N11	44,839	112,430	,264	,829
N19	44,290	111,425	,357	,823
<u>N26</u>	43,897	116,766	<u>,253</u>	<u>,827</u>
N30	45,692	109,781	,400	,820
N36	45,256	100,587	,699	,801
N45	44,521	103,046	,577	,809
N68	45,258	104,246	,675	,805
N70	46,396	90,087	,704	,797
N74	43,655	116,550	,167	,832
N92	44,811	103,099	,628	,806
N94	43,886	112,538	,322	,825
N98	44,270	111,729	,323	,825
N100	46,579	93,772	,712	,797
(*) Eliminando el ítem				
Nº de casos	551	Nº de ítems	16	Alpha = 0.828

Tabla 9.A.8

En Identidad de Tarea relacionada con el trabajo (Tabla 9.A.8), se eliminaron los ítems cuyo IH fue inferior a 0,3, número 6, 9, 11 y 74; conservando el elemento 26 ya que influía negativamente en la consistencia interna de la dimensión.

Identidad de la tarea Interpersonal : 4*, 13, 21*, 24, 51*, 58. (*) Ítems inversos

4. Tengo pocas oportunidades de llegar a conocer a los usuarios y familias.

4. Tengo pocas oportunidades de llegar a conocer a mis pacientes.

13. Desarrollo estrechas relaciones personales con mis usuarios y sus familias.

21. En mi cupo o sector, los usuarios se nombran por patologías o problemas porque hay poca ocasión de aprender sus nombres.

21. En mi unidad, los pacientes se nombran por números de habitación o cama porque hay poca ocasión de aprender sus nombres.

24. Llego a conocer a las familias de mi cupo o sector y a sus miembros.

24. Llego a conocer a las familias de mis pacientes.

51. No tengo ocasión de percibir a los usuarios como personas en su totalidad.

51. No tengo ocasión de percibir a mis pacientes como personas en su totalidad.

58. Conozco a mis usuarios como personas.

Identidad T Interpersonal	Media	Desv. Típica	Casos
1. N4	3,537	1,032	553
2. N13	2,962	1,022	553
3. N21	3,671	1,100	553
4. N24	3,599	,888	553
5. N51	3,532	1,106	553
6. N58	3,888	,996	553

Tabla 9.A.9

Ítem	Media*	Varianza*	I. H.	Alpha*
N4	17,651	10,641	,427	,632
N13	18,226	10,795	,408	,639
N21	17,517	10,598	,387	,647
N24	17,590	10,844	,504	,612
N51	17,656	11,335	,271	,688
N58	17,300	10,417	,493	,610
(*) Eliminando el ítem				
Nº de casos	553	Nº de ítems	6	Alpha = 0.680

Tabla 9.A.10

En Identidad de la tarea interpersonal (Tabla 9.A.10), aplicando el mismo criterio que en las dimensiones anteriores se elimina el elemento 51 por presentar un IH de 0,2709.

La siguiente dimensión está constituida por dos subdimensiones **Autonomía y Atribución de resultados**, presentando en las siguientes tablas, el análisis descriptivo y de fiabilidad de todos los elementos que conforman dicha dimensión, (Tablas 9.A.11 y A.12), seguidos de los resultados por subdimensión.

Autonomía- A. Resultados	Media	Desv. Típica	Casos
1. N3	3,150	1,152	540
2. N16	3,133	1,075	540
3. N20	3,132	1,028	540
4. N32	3,565	1,134	540
5. N34	4,054	,843	540
6. N43	2,967	1,209	540
7. N46	4,230	,935	540
8. N56	3,565	1,262	540
9. N63	1,980	,923	540
10. N69	3,982	,910	540
11. N72	3,550	1,055	540
12. N75	3,709	1,146	540
13. N78	4,017	,941	540
14. N83	3,828	1,140	540
15. N85	3,307	1,124	540
16. N87	3,450	,926	540
17. N89	4,111	1,010	540
18. N91	3,106	1,388	540
19. N18	3,683	,724	540
20. N23	3,224	,874	540
21. N31	3,433	1,105	540

22.	N40	3,572	1,023	540
23.	N64	3,548	,787	540

Tabla 9.A.11

Ítem	Media*	Varianza*	I. H.	Alpha*
N3	77,144	115,163	,155	,832
N16	77,161	112,017	,314	,825
N20	77,163	114,018	,239	,828
N32	76,730	107,263	,501	,816
N34	76,241	110,966	,486	,818
N43	77,328	106,451	,497	,816
N46	76,065	111,753	,389	,822
N56	76,730	104,005	,572	,812
N63	78,315	117,968	,075	,833
N69	76,313	115,240	,217	,828
N72	76,744	107,541	,533	,815
N75	76,585	107,015	,506	,816
N78	76,278	112,153	,365	,822
N83	76,467	104,687	,614	,811
N85	76,987	106,595	,537	,814
N87	76,844	114,262	,263	,826
N89	76,183	114,940	,201	,829
N91	77,189	105,671	,445	,819
N18	76,611	116,123	,235	,827
N23	77,070	110,778	,477	,819
N31	76,861	110,016	,391	,821
N40	76,722	114,372	,224	,828
N64	76,746	112,553	,428	,821

(*) Eliminando el ítem

Nº de casos	540	Nº de ítems	23	Alpha = 0.828
-------------	-----	-------------	----	----------------------

Tabla 9.A.12

Autonomía: 3, 16*, 20, 32, 34, 43, 46, 56, 63*, 69, 72, 75, 78, 83, 85, 87*, 89, 91. (*)

Ítems inversos

3. Utilizo mi propio criterio en la información que doy a los usuarios y las familias.

16. Mi toma de decisiones clínicas, en actuaciones propias de enfermería, está restringida por procedimientos y políticas del centro.

20. Tengo facultad para delegar algunas tareas clínicas y cuidados a otros.

32. Tomo mis propias decisiones sobre qué enseñar a los usuarios y familias (Ejemplo: Tipo de dieta a seguir, ejercicio físico).

32. Tomo mis propias decisiones sobre qué enseñar a los pacientes, (Ejemplo: Dieta a seguir, cómo autoinyectarse).

34. Tengo la oportunidad de tomar decisiones independientes acerca de los cuidados de enfermería que realizo a los usuarios y familias (Ejemplo: actividad física diaria, cambios posturales, alimentación).

34. Tengo la oportunidad de tomar decisiones independientes acerca de los cuidados de enfermería que realizo a mis pacientes. (Ejemplo: como curar una herida).

43. Puedo utilizar instrumentos que identifican los resultados esperados de los pacientes (Ejemplo: Objetivos y planes de cuidados estandarizados), los cuales me permiten juzgar por mi mismo/a cómo está evolucionando un enfermo.

46. Inicio intervenciones independientes de enfermera si considero que los usuarios y familias lo necesitan (Ejemplo: apoyo emocional, mejora de su comodidad, enseñanzas).

56. Tengo facultad para elaborar los diagnósticos enfermeros de los usuarios y familias.

63. Los médicos solicitan cosas que podrían hacer por sí mismos.(Ejemplo Tomar T.A., realizar glucemias).

63. Los médicos solicitan cosas que podrían hacer por sí mismos (Ejemplo: llamar a laboratorio, contactar con otro médico).

69. Tengo facultad para iniciar actuaciones de emergencia.

72. Puedo seguir protocolos en la planificación de cuidados para prevenir complicaciones futuras.

75. Tengo facultad para evaluar los resultados de los cuidados enfermeros.

78. Puedo planificar mi propio trabajo.

78. Durante mi turno, puedo planificar mi propio trabajo.

83. Tengo libertad para ajustar los planes de cuidados del usuario ante un cambio de sus necesidades.

85. En mi centro cuentan con mi opinión en la elaboración de sistemas de cuidados y actuaciones.

87. No puedo conseguir para los usuarios lo que pienso que precisan, ya que los médicos no tienen en cuenta mi opinión (Ejemplo: cambio de alimentación).

87. No puedo conseguir para los pacientes lo que pienso que precisan, ya que los médicos no tienen en cuenta mi opinión (Ejemplo: retirar sonda vesical, cambio de alimentación).

89. Puedo iniciar tratamientos de acuerdo con las órdenes establecidas.

91. Mi adjunto/a me anima a que tome decisiones independientes sobre los cuidados de enfermería de mis usuarios y familias.

91. Mi supervisor/a me anima a que tome decisiones independientes sobre los cuidados de enfermería de mis pacientes.

Autonomía	Media	Desv. Típica	Casos
1. N3	3,146	1,153	542
2. N16	3,137	1,074	542
3. N20	3,131	1,026	542
4. N32	3,561	1,134	542
5. N34	4,054	,844	542
6. N43	2,971	1,210	542
7. N46	4,231	,934	542
8. N56	3,565	1,263	542
9. N63	1,980	,921	542
10. N69	3, 983	,909	542
11. N72	3,552	1,053	542
12. N75	3,710	1,145	542
13. N78	4,019	,940	542
14. N83	3,830	1,139	542
15. N85	3,310	1,124	542
16. N87	3,454	,927	542
17. N89	4,114	1,009	542
18. N91	3,105	1,386	542

Tabla 9.A.13

Ítem	Media*	Varianza*	I. H.	Alpha*
N3	59,705	81,159	,137	,808
N16	59,714	78,005	,326	,795
N20	59,720	80,494	,206	,802
N32	59,290	74,798	,472	,785
N34	58,797	77,452	,483	,787
N43	59,880	73,581	,496	,783
N46	58,620	78,580	,355	,793
N56	59,286	71,528	,572	,777
N63	60,871	83,144	,080	,808
N69	58,867	81,420	,189	,802
N72	59,299	74,110	,558	,780
N75	59,140	73,722	,524	,782
N78	58,832	78,739	,343	,794
N83	59,020	72,024	,621	,775
N85	59,541	73,491	,549	,780
<u>N87</u>	59,397	80,147	<u>,261</u>	<u>,798</u>
N89	58,736	81,097	,177	,803
N91	59,745	72,752	,451	,787
(*) Eliminando el ítem				
Nº de casos	542	Nº de ítems	18	Alpha = 0.801

Tabla 9.A.14

En la Tabla 9.A.14, correspondiente a Autonomía, podemos observar que los ítems 3, 20, 63, 69, 87, 89, presentan un IH menor a 0,3, siendo eliminados en el análisis factorial, excepto el 87 ya que disminuye la consistencia interna de la dimensión.

Atribución de resultados: 18, 23, 31, 40*, 64. (*) Ítems inversos

18. Los usuarios y familias han mejorado por los cuidados que les he dado.

18. Los pacientes han mejorado por los cuidados que les he dado.

23. Puedo identificar mi contribución personal a través de los resultados alcanzados por los usuarios y familias.

23. Puedo identificar mi contribución personal a través de los resultados alcanzados por los pacientes.

31. Las preferencias personales de los enfermos se tienen en cuenta, porque las comento con los médicos (Ejemplo: “prefiero tomar pastillas a que me pinchen”).

40. Es imposible conocer el efecto de los cuidados que doy, sobre la evolución de los usuarios y familias.

40. Es imposible conocer el efecto de los cuidados que doy a los pacientes sobre su evolución.

64. Puedo relacionar la mejoría de los usuarios y familias, con las intervenciones que he iniciado.

64. Puedo relacionar la mejoría de mis pacientes, con las intervenciones que he iniciado.

Atribución Resultados	Media	Desv. Típica	Casos
1. N18	3,680	,730	553
2. N23	3,235	,876	553
3. N31	3,434	1,107	553
4. N40	3,582	1,022	553
5. N64	3,539	,798	553

Tabla 9.A.15

Ítem	Media*	Varianza*	I. H.	Alpha*
<u>N18</u>	13,790	5,576	<u>,269</u>	<u>,455</u>
N23	14,235	4,702	,413	,358
<u>N31</u>	14,036	4,716	<u>,228</u>	<u>,490</u>
N40	13,888	5,234	,162	,528

N64	13,931	5,086	,365	,398
(*) Eliminando el ítem				
Nº de casos	553	Nº de ítems	5	Alpha = 0.503

Tabla 9.A.16

En Atribución de resultados (Tabla 9.A.16) se conservan los elementos 18 y 31 por repercutir negativamente en el α de Cronbach si se eliminan y se retira el 40 por presentar un IH bajo e incrementar la consistencia interna de la dimensión.

La siguiente dimensión está formada por **Retroalimentación del puesto, Retroalimentación de los agentes e Interacción Requerida (Int R.)** (Tablas 9.A.17, y 9.A.18).

Feedback puesto-agentes-Int R.	Media	Desv. Típica	Casos
1. N15	3,373	1,013	542
2. N37	3,292	,918	542
3. N42	3,618	,984	542
4. N49	2,602	1,246	542
5. N54	3,445	1,160	542
6. N81	3,323	,931	542
7. N7	3,651	1,026	542
8. N14	2,539	1,112	542
9. N29	2,576	1,005	542
10. N35	2,637	1,158	542
11. N39	2,945	1,071	542
12. N52	2,784	,993	542
13. N60	2,915	,988	542
14. N66	1,830	,923	542
15. N73	3,229	1,194	542
16. N77	3,720	,963	542
17. N79	2,557	1,051	542
18. N88	3,264	,726	542
19. N96	2,460	1,034	542
20. N17	3,388	1,097	542
21. N27	4,218	,966	542
22. N33	4,090	1,050	542
23. N48	4,135	1,063	542
24. N57	3,788	1,100	542
25. N71	3,546	1,050	542
26. N99	2,672	1,301	542

Tabla 9.A.17

Ítem	Media*	Varianza*	I. H.	Alpha*
N15	79,220	144,955	,462	,843
N37	79,301	146,595	,441	,844
N42	78,974	146,602	,406	,845
N49	79,991	141,166	,491	,842
N54	79,148	148,548	,260	,850
N81	79,269	151,018	,234	,850
N7	78,941	148,777	,296	,849
N14	80,054	141,326	,555	,840
N29	80,017	141,872	,600	,839
N35	79,956	139,425	,603	,838
N39	79,648	145,319	,418	,845
N52	79,808	143,904	,518	,842
N60	79,677	143,476	,540	,841
N66	80,762	146,563	,440	,844
N73	79,364	146,694	,315	,849
N77	78,873	148,773	,321	,848
N79	80,035	142,707	,535	,841
N88	79,328	154,809	,106	,853
N96	80,133	141,565	,594	,839
N17	79,205	145,435	,401	,845
N27	78,375	147,107	,393	,846
N33	78,502	152,657	,134	,854
N48	78,458	150,082	,232	,851
N57	78,804	148,834	,268	,850
N71	79,046	151,582	,176	,853
N99	79,921	142,687	,414	,845

(*) Eliminando el ítem

Nº de casos	542	Nº de ítems	26	Alpha = 0.851
-------------	-----	-------------	----	----------------------

Tabla 9.A.18

Retroalimentación del puesto: 15, 37, 42, 49, 54, 81*. (*) Ítems inversos

15. Puedo deducir por la evaluación de cuidados cuando he solucionado el problema de un usuario y familias.

15. Puedo deducir por la evaluación de cuidados cuando he solucionado el problema de un paciente.

37. Los usuarios y familias me informan de cuándo les hago sentirse mejor.

37. Mis pacientes me informan de cuándo les hago sentirse mejor.

42. Los comentarios que me hacen los usuarios y familias, me sirven para conocer el tipo de trabajo que estoy realizando.

42. Los comentarios que me hacen los pacientes, me sirven para conocer el tipo de trabajo que estoy realizando.

49. Las encuestas a los usuarios y sus escritos (cartas, reclamaciones,...) me permiten saber cómo estoy haciendo mi trabajo.

54. Puedo utilizar los datos clínicos, (Ejemplo: signos vitales, resultados de laboratorio) para conocer mi efectividad.

81. Es difícil, por mi parte, saber si los usuarios y familias están satisfechos con mis cuidados.

81. Es difícil, por mi parte, saber si los pacientes están satisfechos con mis cuidados.

Retroalimentación puesto	Media	Desv. Típica	Casos
1. N15	3,384	1,014	555
2. N37	3,296	,919	555
3. N42	3,614	,985	555
4. N49	2,614	1,254	555
5. N54	3,445	1,166	555
6. N81	3,314	,924	555

Tabla 9.A.19

Ítem	Media*	Varianza*	I. H.	Alpha*
N15	16,283	9,940	,392	,546
N37	16,371	9,956	,461	,524
N42	16,052	9,949	,411	,539
N49	17,052	9,263	,345	,568
<u>N54</u>	16,222	10,158	<u>,263</u>	<u>,602</u>
<u>N81</u>	16,353	11,251	<u>,220</u>	<u>,609</u>
(*) Eliminando el ítem				
Nº de casos	555	Nº de ítems	6	Alpha = 0.610

Tabla 9.A.20

En Retroalimentación del puesto (Tabla 9.A.20) destacamos que si eliminamos los ítems 54 y 81 disminuiría la consistencia interna de dicha dimensión, por lo que se adopta una postura conservadora de los mismos, no eliminando ningún elemento.

Retroalimentación agentes: 7, 14, 29, 35, 39, 52, 60, 66, 73*, 77, 79, 88, 96. (*) Ítems inversos

7. En mi centro, nos informamos mutuamente acerca de nuestra práctica.

7. En mi unidad, nos informamos mutuamente acerca de nuestra práctica.

14. La retroalimentación (información) de mi adjunto/a, sobre como desempeño mi trabajo es algo cotidiano.

14. La retroalimentación (información) de mi supervisor/a sobre como desempeño mi trabajo es algo cotidiano.

29. Recibo información de mis compañeros y superiores sobre mi funcionamiento.

35. Mi adjunto/a me informa acerca de mi funcionamiento.

35. Mi supervisor/a me informa acerca de mi funcionamiento.

39. Los médicos me indican cuándo están de acuerdo con mis sugerencias.

52. Obtengo información acerca de lo que mis compañeros opinan sobre el trabajo que realizo.

60. Recibo información de las otras enfermeras con que trabajo sobre cómo lo estoy haciendo.

60. Recibo información de las otras enfermeras con que trabajo, sobre cómo lo estoy haciendo.

66. El personal de otras unidades del centro me informa sobre cómo hago mi trabajo.

73. Es difícil conocer lo que piensa mi adjunto/a sobre la calidad de mi trabajo.

73. Es difícil conocer lo que piensa mi supervisor sobre la calidad de mi trabajo.

77. Sé si otros compañeros quieren trabajar conmigo.

79. Los médicos me dicen lo que piensan de los cuidados que dispenseo.

88. Otras enfermeras me solicitan ayuda en la ejecución de determinados procedimientos (Ejemplo: coger una vía IV, realizar un sondaje, diagnósticos enfermeros).

88. Otras enfermeras me solicitan ayuda en la ejecución de determinados procedimientos (Ejemplo: coger una vía IV o realizar un sondaje vesical).

96. Los miembros del equipo de salud me dicen lo que piensan sobre el cumplimiento de mi trabajo.

96. Los médicos me dicen lo que piensan sobre el cumplimiento de mi trabajo.

Retroalimentación agentes	Media	Desv. Típica	Casos
1. N7	3,651	1,024	544
2. N14	2,542	1,115	544
3. N29	2,574	1,006	544
4. N35	2,642	1,160	544
5. N39	2,949	1,073	544
6. N52	2,785	,992	544
7. N60	2,917	,987	544
8. N66	1,835	,924	544
9. N73	3,230	1,193	544
10. N77	3,719	,962	544
11. N79	2,563	1,055	544
12. N88	3,263	,725	544
13. N96	2,460	1,033	544

Tabla 9.A.21

Ítem	Media*	Varianza*	I. H.	Alpha*
-------------	---------------	------------------	--------------	---------------

N7	33,476	54,574	,284	,839
N14	34,585	49,437	,590	,817
N29	34,553	49,540	,662	,812
N35	34,485	48,272	,639	,813
N39	34,178	52,246	,421	,830
N52	34,342	50,642	,588	,818
N60	34,210	50,358	,613	,816
N66	35,292	53,099	,444	,828
N73	33,897	52,980	,318	,839
N77	33,408	54,890	,289	,838
N79	34,564	49,838	,603	,816
N88	33,864	57,554	,168	,842
N96	34,667	49,427	,650	,813
(*) Eliminando el ítem				
Nº de casos	544	Nº de ítems	13	Alpha = 0.836

Tabla 9.A.22

Se retiran los elementos que muestran un IH inferior a 0,3 en Retroalimentación de los agentes, 7, 77, y 88 (Tabla 9.A.22).

Interacción Requerida: 17, 27, 33*, 48, 57, 71*, 99. (*) Ítems inversos.

17. Hacer mi trabajo implica una gran interacción con los familiares de los usuarios.

27. Hablar con los usuarios y familias es una parte esencial de mi trabajo.

27. Hablar con los pacientes es una parte esencial de mi trabajo.

33. Podría pasar una jornada laboral entera sin tener que hablar mucho con los usuarios, familias o compañeros.

33. Podría pasar un turno entero sin tener que hablar mucho con los pacientes o compañeros.

48. Mi trabajo requiere trabajar de cerca con otros miembros del equipo de salud.

57. Necesito coordinarme con otros profesionales de salud y de otros sectores, para conseguir un trabajo bien hecho (Ejemplo: Enfermera de Salud Mental, Educación, Servicios Sociales).

57. Necesito coordinarme con otros profesionales de salud para conseguir un trabajo bien hecho.

71. Mis pacientes están tan graves que es muy escasa la comunicación que tengo con ellos y con su familia.

71. Mis pacientes están tan graves que es muy escasa la comunicación que tengo con ellos.

99. Mi trabajo requiere estar en contacto con la Unidad de Atención al Usuario del centro.

99. Mi trabajo requiere estar en contacto con el Servicio de Atención al Usuario del hospital.

Interacción requerida		Media	Desv. Típica	Casos
1.	N17	3,390	1,092	552
2.	N27	4,212	,972	552
3.	N33	4,091	1,052	552
4.	N48	4,141	1,057	552
5.	N57	3,774	1,103	552
6.	N71	3,549	1,046	552
7.	N99	2,692	1,310	552

Tabla 9.A.23

Ítem	Media*	Varianza*	I. H.	Alpha*
N17	22,458	12,517	,431	,510
N27	21,636	13,074	,431	,517
<u>N33</u>	21,757	14,177	<u>,222</u>	<u>,584</u>
<u>N48</u>	21,707	13,903	<u>,257</u>	<u>,573</u>
<u>N57</u>	22,074	13,637	<u>,269</u>	<u>,569</u>
<u>N71</u>	22,299	13,778	<u>,280</u>	<u>,565</u>
N99	23,156	12,520	,303	,561

(*) Eliminando el ítem

Nº de casos	552	Nº de ítems	7	Alpha = 0.593
-------------	-----	-------------	---	----------------------

Tabla 9.A.24

En la última dimensión que presentamos, Interacción requerida, (Tabla 9.A.24) se mantienen todos los elementos ya que si los elimináramos disminuiría la consistencia interna de la misma.

Anexo 9.B

MATRICES CORRESPONDIENTES AL ANÁLISIS FACTORIAL DE COMPONENTES PRINCIPALES SNJCI

La proporción de varianza de cada ítem explicada por los factores se refleja en las comunalidades que se presentan a continuación en la Tabla 9.B.1.

Ítems		Ítems		Ítems		Ítems	
N4	,359	N31	,274	N56	,483	N84	,517
N12	,381	N34	,390	N58	,536	N85	,423
N13	,458	N35	,636	N60	,553	N86	,618
N14	,580	N36	,667	N64	,263	N91	,457
N17	,457	N37	,421	N65	,326	N92	,496
N21	,333	N42	,351	N68	,587	N93	,606
N24	,563	N45	,465	N70	,859	N95	,498
N28	,265	N49	,363	N72	,523	N97	,375
N29	,623	N50	,478	N75	,470	N99	,421
N30	,430	N52	,578	N82	,585	N100	,852

Tabla 9.B.1

La Tabla 9.B.2 muestra la Matriz de componentes rotados, distribución de los elementos en cuanto a su saturación por factor, como resultado de la aplicación del análisis factorial de componentes principales.

Ítems	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
N70	,906				
N100	,903				
N36	,747				
N68	,701				
N92	,626				
N30	,562				
N99	,557				
N45	,530				
N93		,742			
N82		,742			
N86		,735			
N95		,689			
N84		,679			
N50		,642			
N37		,515			
N97		,514			
N42		,500			
N65		,452			
N31		,446			
N35			,764		
N29			,764		
N52			,750		
N60			,731		
N14			,701		
N91			,539		
N49			,531		
N85			,483		

Modelo Características del Puesto en Profesionales de Enfermería

N75				,624	
N72				,598	
N56				,550	
N12				,549	
N34				,503	
N28				,452	
N64				,411	
N24					,726
N58					,670
N13					,583
N17					,551
N4					-,517
N21					-,487

Tabla 9.B.2

ANÁLISIS DE FIABILIDAD DE LA ESCALA SNJCI

En las siguientes tablas mostramos los resultados de fiabilidad obtenidos de la escala global, tras el análisis factorial de componentes principales, resaltando que todos los elementos presentan, en la Tabla 9.B.4 un IH mayor a 0.3, con una consistencia interna de la escala de 0,920.

Ítem	Media	Desv. Típica	Casos
1. N4	3,531	1,041	541
2. N12	4,128	,794	541
3. N13	2,952	1,021	541
4. N14	2,542	1,118	541
5. N17	3,386	1,101	541
6. N21	3,656	1,106	541
7. N24	3,590	,893	541
8. N28	4,669	,541	541
9. N29	2,580	1,009	541
10. N30	1,961	1,271	541
11. N31	3,431	1,121	541
12. N34	4,056	,841	541
13. N35	2,634	1,159	541
14. N36	2,386	1,383	541
15. N37	3,294	,925	541
16. N42	3,614	,989	541
17. N45	3,126	1,440	541
18. N49	2,604	1,257	541
19. N50	3,763	,968	541
20. N52	2,778	,992	541
21. N56	3,568	1,257	541
22. N58	3,884	1,002	541
23. N60	2,908	,988	541
24. N64	3,553	,789	541
25. N65	4,065	1,144	541

26.	N68	2,381	1,175	541
27.	N70	1,231	2,054	541
28.	N72	3,545	1,060	541
29.	N75	3,719	1,138	541
30.	N82	4,080	,906	541
31.	N84	4,118	,943	541
32.	N85	3,312	1,122	541
33.	N86	3,791	,958	541
34.	N91	3,098	1,392	541
35.	N92	2,834	1,335	541
36.	N93	4,031	,919	541
37.	N95	3,155	,934	541
38.	N97	4,231	,782	541
39.	N99	2,675	1,307	541
40.	N100	1,050	1,793	541

Tabla 9.B.3

Ítem	Media*	Varianza*	I. H.	Alpha*
N4	126,377	472,761	,388	,918
N12	125,780	478,913	,342	,918
N13	126,956	470,017	,460	,917
N14	127,366	468,651	,445	,917
N17	126,521	465,520	,520	,916
N21	126,251	472,896	,360	,918
N24	126,318	475,128	,398	,918
N28	125,238	486,130	,210	,919
N29	127,327	470,135	,463	,917
N30	127,946	466,669	,421	,917
N31	126,477	473,991	,331	,918
N34	125,852	474,593	,440	,917
N35	127,274	466,329	,474	,917
N36	127,521	451,091	,654	,914
N37	126,614	471,049	,486	,917
N42	126,294	470,134	,473	,917

VIII. Anexos

N45	126,782	453,308	,588	,915
N49	127,303	466,460	,431	,917
N50	126,144	470,187	,484	,917
N52	127,129	476,739	,316	,918
N56	126,340	460,436	,545	,916
N58	126,024	471,768	,429	,917
N60	127,000	474,930	,360	,918
N64	126,355	478,433	,358	,918
N65	125,843	472,773	,348	,918
N68	127,527	460,865	,578	,916
N70	128,677	439,297	,556	,917
N72	126,362	466,524	,519	,916
N75	126,189	469,035	,428	,917
N82	125,828	475,039	,394	,918
N84	125,789	473,648	,411	,917
N85	126,595	465,390	,512	,916
N86	126,117	468,425	,532	,916
N91	126,810	458,803	,515	,916
N92	127,074	458,598	,543	,916
N93	125,876	471,683	,473	,917
N95	126,752	473,661	,415	,917
N97	125,677	477,442	,391	,918
N99	127,233	462,272	,488	,917
N100	128,858	445,296	,567	,916
(*) Eliminando el ítem				
Nº de casos 541		Nº de ítems 40		Alpha = 0.920

Tabla 9.B.4

ANÁLISIS DE CORRELACIÓN DE LOS ÍTEMS Y LAS DIMENSIONES CENTRALES DEL PUESTO:

En las siguientes tablas se presenta la intercorrelación entre los diferentes elementos que constituyen el SNJCI y las nueve Dimensiones centrales del puesto; mostrando en negritas la correlación más alta para cada ítems. (**) La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral), (*) La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

ITEMS	N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7	N8	N9	N10
Importancia de la Tarea	,225(**)	,396(**)	,152(**)	-,303(**)	-,008	,284(**)	,207(**)	,114(**)	,235(**)	-,074
Variabilidad de destrezas	,093(*)	,181(**)	,075	-,150(**)	,376(**)	,205(**)	,086(*)	-,377(**)	,225(**)	-,086(*)
Identidad de la tarea relacionada con el trabajo	-,078	,417(**)	,218(**)	-,394(**)	,087(*)	,309(**)	,137(**)	,056	,207(**)	,039
Identidad de la tarea interpersonal	-,011	,334(**)	,071	-,635(**)	,038	,197(**)	,159(**)	,035	,214(**)	-,026
Autonomía	,049	,349(**)	,259(**)	-,327(**)	,105(*)	,232(**)	,272(**)	,147(**)	,212(**)	,029
Atribución de resultados	,136(**)	,230(**)	,163(**)	-,224(**)	-,005	,220(**)	,220(**)	,166(**)	,265(**)	-,011
Retroalimentación del puesto	,035	,255(**)	,156(**)	-,264(**)	,152(**)	,119(**)	,225(**)	,140(**)	,190(**)	,074
Retroalimentación de los Agentes	-,020	,252(**)	,056	-,206(**)	,193(**)	,050	,404(**)	,079	,103(*)	,063
Interacción Requerida	-,058	,333(**)	,137(**)	-,272(**)	,105(*)	,166(**)	,163(**)	,111(**)	,180(**)	,149(**)

Tabla 9.C.1

ITEMS	N11	N12	N13	N14	N15	N16	N17	N18	N19	N20
Importancia de la Tarea	,010	,479(**)	,293(**)	,250(**)	,376(**)	-,208(**)	,342(**)	,271(**)	,273(**)	,105(*)
Variabilidad de destrezas	-,093(*)	,277(**)	,128(**)	,122(**)	,126(**)	-,045	,160(**)	,107(*)	,051	,151(**)
Identidad de la tarea relacionada con el trabajo	,139(**)	,277(**)	,467(**)	,298(**)	,375(**)	-,280(**)	,503(**)	,162(**)	,466(**)	,113(**)
Identidad de la tarea interpersonal	,104(*)	,208(**)	,619(**)	,235(**)	,276(**)	-,248(**)	,512(**)	,121(**)	,348(**)	,036
Autonomía	,122(**)	,403(**)	,294(**)	,439(**)	,464(**)	-,428(**)	,384(**)	,209(**)	,333(**)	,311(**)
Atribución de resultados	,052	,409(**)	,211(**)	,259(**)	,382(**)	-,175(**)	,342(**)	,515(**)	,349(**)	,246(**)
Retroalimentación del puesto	,108(*)	,269(**)	,368(**)	,385(**)	,613(**)	-,168(**)	,345(**)	,167(**)	,286(**)	,161(**)
Retroalimentación de los Agentes	,031	,212(**)	,304(**)	,680(**)	,391(**)	-,176(**)	,266(**)	,150(**)	,230(**)	,264(**)
Interacción Requerida	,109(*)	,302(**)	,411(**)	,247(**)	,327(**)	-,120(**)	,634(**)	,154(**)	,254(**)	,122(**)

Tabla 9 C.2

ITEMS	N21	N22	N23	N24	N25	N26	N27	N28	N29	N30
Importancia de la Tarea	-,174(**)	,029	,359(**)	,240(**)	-,189(**)	,351(**)	,508(**)	,302(**)	,225(**)	,168(**)
Variabilidad de destrezas	-,027	,453(**)	,136(**)	,115(**)	-,475(**)	,178(**)	,170(**)	,341(**)	,145(**)	,086(*)
Identidad de la tarea relacionada con el trabajo	-,391(**)	-,103(*)	,400(**)	,442(**)	-,210(**)	,330(**)	,403(**)	,187(**)	,298(**)	,493(**)
Identidad de la tarea interpersonal	-,618(**)	-,075	,303(**)	,667(**)	-,251(**)	,367(**)	,421(**)	,157(**)	,182(**)	,238(**)
Autonomía	-,238(**)	-,051	,448(**)	,286(**)	-,221(**)	,368(**)	,406(**)	,269(**)	,416(**)	,241(**)
Atribución de resultados	-,166(**)	,028	,667(**)	,279(**)	-,145(**)	,347(**)	,377(**)	,278(**)	,274(**)	,104(*)
Retroalimentación del puesto	-,233(**)	-,033	,404(**)	,286(**)	-,167(**)	,271(**)	,429(**)	,192(**)	,383(**)	,272(**)
Retroalimentación de los Agentes	-,199(**)	,047	,382(**)	,233(**)	-,194(**)	,207(**)	,214(**)	,080	,732(**)	,275(**)
Interacción Requerida	-,323(**)	-,092(*)	,312(**)	,379(**)	-,263(**)	,231(**)	,613(**)	,234(**)	,254(**)	,334(**)

Tabla 9.C.3

ITEMS	N31	N32	N33	N34	N35	N36	N37	N38	N39	N40
Importancia de la Tarea	,420(**)	,446(**)	-,213(**)	,350(**)	,235(**)	,330(**)	,449(**)	-,085(*)	,221(**)	-,134(**)
Variabilidad de destrezas	,133(**)	,063	-,204(**)	,129(**)	,161(**)	,122(**)	,173(**)	,036	,173(**)	-,136(**)
Identidad de la tarea relacionada con el trabajo	,236(**)	,525(**)	-,175(**)	,433(**)	,324(**)	,744(**)	,337(**)	-,092(*)	,238(**)	-,144(**)
Identidad de la tarea interpersonal	,212(**)	,319(**)	-,227(**)	,273(**)	,241(**)	,367(**)	,316(**)	-,077	,225(**)	-,205(**)
Autonomía	,392(**)	,565(**)	-,161(**)	,551(**)	,411(**)	,483(**)	,374(**)	-,063	,330(**)	-,221(**)
Atribución de resultados	,604(**)	,409(**)	-,125(**)	,333(**)	,226(**)	,250(**)	,353(**)	-,045	,272(**)	-,525(**)
Retroalimentación del puesto	,335(**)	,435(**)	-,147(**)	,303(**)	,377(**)	,417(**)	,647(**)	-,010	,349(**)	-,195(**)
Retroalimentación de los Agentes	,185(**)	,206(**)	-,043	,206(**)	,724(**)	,368(**)	,309(**)	,016	,532(**)	-,086(*)
Interacción Requerida	,248(**)	,379(**)	-,458(**)	,297(**)	,315(**)	,450(**)	,361(**)	-,028	,173(**)	-,205(**)

Tabla 9.C.4

ITEMS	N41	N42	N43	N44	N45	N46	N47	N48	N49	N50
Importancia de la Tarea	,260(**)	,465(**)	,403(**)	,170(**)	,376(**)	,498(**)	,370(**)	,154(**)	,275(**)	,633(**)
Variabilidad de destrezas	,524(**)	,172(**)	,156(**)	,140(**)	,136(**)	,403(**)	,503(**)	,287(**)	,158(**)	,155(**)
Identidad de la tarea relacionada con el trabajo	-,006	,359(**)	,490(**)	,046	,675(**)	,344(**)	,228(**)	,164(**)	,328(**)	,372(**)
Identidad de la tarea interpersonal	-,018	,268(**)	,315(**)	-,055	,453(**)	,255(**)	,145(**)	,104(*)	,255(**)	,250(**)
Autonomía	,167(**)	,426(**)	,592(**)	,068	,397(**)	,442(**)	,288(**)	,177(**)	,356(**)	,391(**)
Atribución de resultados	,198(**)	,296(**)	,337(**)	,031	,242(**)	,370(**)	,207(**)	,116(**)	,249(**)	,366(**)
Retroalimentación del puesto	,126(**)	,621(**)	,478(**)	,057	,414(**)	,352(**)	,233(**)	,144(**)	,628(**)	,437(**)
Retroalimentación de los Agentes	,058	,265(**)	,468(**)	,062	,319(**)	,176(**)	,116(**)	,177(**)	,468(**)	,192(**)
Interacción Requerida	,081	,372(**)	,367(**)	-,051	,449(**)	,369(**)	,225(**)	,488(**)	,285(**)	,400(**)

Tabla 9.C.5

ITEMS	N51	N52	N53	N54	N55	N56	N57	N58	N59	N60
Importancia de la Tarea	-,061	,174(**)	,372(**)	,324(**)	,422(**)	,434(**)	,333(**)	,361(**)	,520(**)	,197(**)
Variabilidad de destrezas	-,065	,190(**)	,212(**)	,230(**)	,246(**)	,235(**)	,272(**)	,152(**)	,098(*)	,182(**)
Identidad de la tarea relacionada con el trabajo	-,209(**)	,172(**)	,098(*)	,205(**)	,326(**)	,460(**)	,176(**)	,389(**)	,594(**)	,184(**)
Identidad de la tarea interpersonal	-,529(**)	,135(**)	,096(*)	,102(*)	,253(**)	,295(**)	,153(**)	,678(**)	,462(**)	,199(**)
Autonomía	-,166(**)	,254(**)	,224(**)	,304(**)	,430(**)	,660(**)	,272(**)	,335(**)	,459(**)	,290(**)
Atribución de resultados	-,184(**)	,179(**)	,248(**)	,228(**)	,250(**)	,377(**)	,226(**)	,300(**)	,389(**)	,176(**)
Retroalimentación del puesto	-,118(**)	,331(**)	,210(**)	,546(**)	,422(**)	,467(**)	,205(**)	,336(**)	,455(**)	,359(**)
Retroalimentación de los Agentes	-,068	,669(**)	,165(**)	,254(**)	,265(**)	,319(**)	,188(**)	,237(**)	,311(**)	,690(**)
Interacción Requerida	-,204(**)	,192(**)	,167(**)	,089(*)	,354(**)	,409(**)	,508(**)	,386(**)	,529(**)	,194(**)

Tabla 9.C.6

ITEMS	N61	N62	N63	N64	N65	N66	N67	N68	N69	N70
Importancia de la Tarea	,343(**)	,550(**)	-,022	,445(**)	,580(**)	,154(**)	,458(**)	,306(**)	,232(**)	,187(**)
Variabilidad de destrezas	,517(**)	,219(**)	-,006	,189(**)	,202(**)	,048	,246(**)	,188(**)	,272(**)	,033
Identidad de la tarea relacionada con el trabajo	,244(**)	,025	-,038	,298(**)	,282(**)	,464(**)	,306(**)	,729(**)	,000	,770(**)
Identidad de la tarea interpersonal	,137(**)	,064	-,031	,191(**)	,129(**)	,208(**)	,268(**)	,420(**)	-,003	,385(**)
Autonomía	,287(**)	,215(**)	-,179(**)	,402(**)	,372(**)	,301(**)	,297(**)	,400(**)	,283(**)	,378(**)
Atribución de resultados	,232(**)	,286(**)	-,038	,611(**)	,299(**)	,158(**)	,311(**)	,219(**)	,246(**)	,146(**)
Retroalimentación del puesto	,216(**)	,248(**)	-,069	,323(**)	,281(**)	,313(**)	,315(**)	,345(**)	,118(**)	,273(**)
Retroalimentación de los Agentes	,081	,068	-,094(*)	,255(**)	,104(*)	,537(**)	,198(**)	,305(**)	,122(**)	,192(**)
Interacción Requerida	,348(**)	,129(**)	-,031	,251(**)	,282(**)	,237(**)	,263(**)	,338(**)	,049	,390(**)

Tabla 9.C.7

ITEMS	N71	N72	N73	N74	N75	N76	N77	N78	N79	N80
Importancia de la Tarea	-,130(**)	,405(**)	-,167(**)	-,235(**)	,395(**)	,469(**)	,211(**)	,292(**)	,235(**)	,424(**)
Variabilidad de destrezas	,115(**)	,231(**)	-,041	-,151(**)	,195(**)	,295(**)	,124(**)	,112(**)	,134(**)	,193(**)
Identidad de la tarea relacionada con el trabajo	-,317(**)	,438(**)	-,181(**)	-,274(**)	,349(**)	,107(*)	,153(**)	,119(**)	,298(**)	,382(**)
Identidad de la tarea interpersonal	-,320(**)	,240(**)	-,208(**)	-,352(**)	,279(**)	,069	,195(**)	,178(**)	,271(**)	,285(**)
Autonomía	-,140(**)	,634(**)	-,318(**)	-,244(**)	,611(**)	,255(**)	,262(**)	,431(**)	,353(**)	,404(**)
Atribución de resultados	-,144(**)	,269(**)	-,202(**)	-,226(**)	,280(**)	,201(**)	,186(**)	,314(**)	,241(**)	,258(**)
Retroalimentación del puesto	-,169(**)	,365(**)	-,246(**)	-,143(**)	,338(**)	,238(**)	,251(**)	,239(**)	,370(**)	,353(**)
Retroalimentación de los Agentes	-,060	,334(**)	-,453(**)	-,106(*)	,307(**)	,173(**)	,400(**)	,169(**)	,686(**)	,376(**)
Interacción Requerida	-,505(**)	,346(**)	-,152(**)	-,257(**)	,230(**)	,118(**)	,208(**)	,143(**)	,185(**)	,394(**)

Tabla 9.C.8

ITEMS	N81	N82	N83	N84	N85	N86	N87	N88	N89	N90
Importancia de la Tarea	-206(**)	638(**)	472(**)	638(**)	356(**)	690(**)	-161(**)	048	286(**)	663(**)
Variabilidad de destrezas	-051	143(**)	203(**)	196(**)	138(**)	172(**)	-040	100(*)	183(**)	067
Identidad de la tarea relacionada con el trabajo	-227(**)	247(**)	526(**)	263(**)	402(**)	410(**)	-238(**)	014	053	543(**)
Identidad de la tarea interpersonal	-280(**)	134(**)	271(**)	185(**)	274(**)	279(**)	-230(**)	070	075	371(**)
Autonomía	-261(**)	380(**)	694(**)	385(**)	631(**)	459(**)	-354(**)	051	282(**)	569(**)
Atribución de resultados	-226(**)	258(**)	388(**)	314(**)	331(**)	386(**)	-179(**)	025	222(**)	411(**)
Retroalimentación del puesto	-453(**)	337(**)	424(**)	341(**)	411(**)	415(**)	-247(**)	-012	101(*)	482(**)
Retroalimentación de los Agentes	-146(**)	139(**)	344(**)	210(**)	541(**)	237(**)	-149(**)	258(**)	048	274(**)
Interacción Requerida	-244(**)	239(**)	357(**)	326(**)	322(**)	353(**)	-176(**)	024	065	456(**)

Tabla 9.C.9

ITEMS	N91	N92	N93	N94	N95	N96	N97	N98	N99	N100
Importancia de la Tarea	,296(**)	,331(**)	,685(**)	,362(**)	,585(**)	,219(**)	,573(**)	,368(**)	,223(**)	,180(**)
Variabilidad de destrezas	,141(**)	,064	,194(**)	,120(**)	,165(**)	,151(**)	,279(**)	,160(**)	,132(**)	,054
Identidad de la tarea relacionada con el trabajo	,402(**)	,703(**)	,348(**)	,434(**)	,278(**)	,360(**)	,305(**)	,442(**)	,480(**)	,765(**)
Identidad de la tarea interpersonal	,311(**)	,360(**)	,284(**)	,250(**)	,211(**)	,197(**)	,298(**)	,257(**)	,256(**)	,376(**)
Autonomía	,567(**)	,410(**)	,373(**)	,311(**)	,333(**)	,399(**)	,350(**)	,523(**)	,393(**)	,383(**)
Atribución de resultados	,266(**)	,238(**)	,314(**)	,264(**)	,266(**)	,229(**)	,265(**)	,318(**)	,189(**)	,154(**)
Retroalimentación del puesto	,342(**)	,323(**)	,364(**)	,266(**)	,364(**)	,388(**)	,324(**)	,395(**)	,331(**)	,275(**)
Retroalimentación de los Agentes	,543(**)	,216(**)	,175(**)	,175(**)	,184(**)	,723(**)	,190(**)	,364(**)	,344(**)	,206(**)
Interacción Requerida	,361(**)	,347(**)	,302(**)	,262(**)	,270(**)	,249(**)	,305(**)	,354(**)	,577(**)	,396(**)

Tabla 9.C.10

ANÁLISIS DE LOS ÍTEMS Y ESTUDIO DE LA FIABILIDAD DEL JDS

Iniciamos este apartado presentando las diferentes dimensiones que constituyen los **Estados Psicológicos Críticos**, en primer lugar mostraremos el contenido de los ítems y los cuadros que muestran los estadísticos e índices de homogeneidad corregidos a las mismas.

Significado percibido del puesto Ja4*, Ja7, Jc6 y Jc3*. (*) Ítems inversos

ja4. La mayor parte de las cosas que tengo que hacer en este trabajo, parecen triviales o sin utilidad.

ja7. El trabajo que desempeño en este puesto tiene mucho significado para mí.

jc3. La mayoría de las personas que desempeñan este puesto consideran que su trabajo es poco útil o trivial.

jc6. La mayoría de las personas que desempeñan este puesto encuentran que su trabajo tiene mucho sentido.

Significado percibido puesto	Media	Desv. Típica	Casos
1. JA4	5,650	1,498	554
2. JA7	5,693	1,232	554
3. JC3	5,033	1,432	554
4. JC6	4,872	1,307	554

Tabla 9.D.1

Ítem	Media*	Varianza*	I. H.	Alpha*
JA4	15,598	8,172	,320	,532
JA7	15,554	9,137	,335	,515
JC3	16,215	8,046	,376	,481
JC6	16,376	8,466	,392	,471
(*) Eliminando el ítem				
Nº de casos	554	Nº de ítems	4	Alpha = 0.571

Tabla 9.D.2

En esta dimensión observamos en la Tabla 9.D.2 que los índices de homogeneidad que presentan los diferentes elementos son superiores a 0,3, con una consistencia interna de 0,571.

Responsabilidad: Ja1*, Ja8, Ja12, Ja15, Jc4 y Jc7. (*) Ítems inversos

ja1. No me atrae demasiado la idea de ser el/la principal responsable de la calidad de los resultados de mi trabajo

ja8. Siento un nivel muy alto de responsabilidad personal por el trabajo que realizo en este puesto.

ja12. Siento que debo responsabilizarme personalmente por los resultados correctos o incorrectos de mi trabajo.

ja15. El que haga bien o mal mi trabajo es enteramente de **mi** responsabilidad

jc4. La mayoría de las personas que desempeñan este puesto consideran que tienen un alto grado de responsabilidad personal por la labor que realizan.

jc7. La mayoría de las personas que desempeñan este puesto piensan que es de su propia responsabilidad realizar bien o mal su trabajo.

Responsabilidad	Media	Desv. Típica	Casos
1. JA1	5,240	1,810	549
2. JA8	5,998	1,102	549
3. JA12	5,951	1,190	549
4. JA15	5,109	1,884	549
5. JC4	5,475	1,239	549
6. JC7	5,224	1,326	549

Tabla 9.D.3

Ítem	Media*	Varianza*	I. H.	Alpha*
JA1	27,758	16,764	,117	,544
JA8	27,000	17,394	,344	,421
JA12	27,047	17,823	,252	,455
JA15	27,889	14,114	,290	,436
JC4	27,523	17,560	,258	,452
JC7	27,774	16,179	,360	,401

(*) Eliminando el ítem

Nº de casos	549	Nº de ítems	6	Alpha = 0.500
-------------	-----	-------------	---	----------------------

Tabla 9.D.4

El ítem JA1, en la Tabla 9.D.4, muestra un IH de 0,117, aumentando a 544 la consistencia interna si se eliminara el ítem de la escala, mientras que el JA12, JA15 y JC4 a pesar de tener un IH menor a 0,3, si se eliminaran disminuiría la consistencia interna de la misma.

Conocimiento de los resultados: Ja5, Ja11*, Jc5 y Jc10*. (*) Ítems inversos

ja5. Normalmente, yo sé si mi desempeño es correcto o no.

ja11. Con frecuencia tengo dudas al pensar si estoy haciendo bien o mal mi trabajo.

jc5. La mayoría de las personas que desempeñan este puesto tienen una idea clara de si hacen bien o mal su trabajo.

jc10. La mayoría de las personas que hacen este mismo trabajo dudan de si están desempeñando bien o mal su puesto.

Conocimiento de resultados		Media	Desv. Típica	Casos
1.	JA5	2,092	1,192	554
2.	JA11	3,666	1,768	554
3.	JC5	2,755	1,215	554
4.	JC10	3,617	1,431	554

Tabla 9.D.5

Ítem	Media*	Varianza*	I. H.	Alpha*
JA5	10,038	8,492	,065	,325
JA11	8,464	5,739	,177	,207
JC5	9,376	8,007	,128	,264
JC10	8,513	6,569	,238	,124
(*) Eliminando el ítem				
Nº de casos	554	Nº de ítems	4	Alpha = 0.295

Tabla 9.D.6

Esta dimensión (Tabla 9.D.6) es la que tiene menores IH y menor α de Cronbach de todas las dimensiones del JDS, los últimos tres ítems si se eliminaran de la escala disminuirían la consistencia interna de la misma, ocurriendo todo lo contrario en el elemento JA5.

Las diferentes dimensiones que conforman los **Resultados Personales y Organizacionales** se miden mediante:

Motivación interna: Ja2, Ja6, Ja10, Ja14*, Jc1 y Jc9. (*) Ítems inversos

ja2. Mi opinión de mí mismo/a mejora o aumenta cuando hago bien mi trabajo.

ja6. Siento una gran satisfacción personal cuando hago bien mi trabajo.

ja10. Me siento mal o insatisfecho/a cuando me doy cuenta de que no he hecho bien mi trabajo.

ja14. Me importa realmente poco lo bien o mal que quede mi trabajo.

jc1. La mayoría de las personas que hacen este mismo trabajo sienten una gran satisfacción personal cuando lo realizan bien.

jc9. La mayoría de las personas que desempeñan este puesto se sienten mal o descontentos/as cuando no hacen bien su trabajo.

Motivación interna	Media	Desv. Típica	Casos
1. JA2	6,125	1,291	553
2. JA6	6,526	,827	553
3. JA10	5,953	1,325	553
4. JA14	6,517	1,193	553
5. JC1	5,262	1,399	553
6. JC9	5,199	1,198	553

Tabla 9.D.7

Ítem	Media*	Varianza*	I. H.	Alpha*
JA2	29,458	11,404	,292	,455
JA6	29,056	12,582	,400	,432
JA10	29,629	11,643	,245	,481
JA14	29,065	12,137	,247	,478
JC1	30,320	11,124	,273	,467
JC9	30,383	12,494	,199	,501
(*) Eliminando el ítem				
Nº de casos	553	Nº de ítems	6	Alpha = 0.515

Tabla 9.D.8

Todos los ítems, excepto el JA6, (Tabla 9.D.8), muestran un IH inferior a 0,3, repercutiendo negativamente en la consistencia interna de la escala si se eliminaran.

Satisfacción General: Ja3, Ja9*, Ja13, Jc2 y Jc8*. (*) Ítems inversos

ja3. En general, estoy muy satisfecho/a con este trabajo.

ja9. Con frecuencia pienso en dejar este puesto.

ja13. En general, estoy satisfecho/a con el tipo de trabajo que desempeño en este puesto.

jc2. La mayoría de las personas que desempeñan este puesto están muy satisfechas con su trabajo.

jc8. Las personas que desempeñan este puesto piensan con frecuencia en dejarlo.

Satisfacción general	Media	Desv. Típica	Casos
1. JA3	5,332	1,465	554
2. JA9	5,034	1,890	554
3. JA13	5,644	1,266	554
4. JC2	4,195	1,573	554
5. JC8	4,079	1,624	554

Tabla 9.D.9

Ítem	Media*	Varianza*	I. H.	Alpha*
JA3	18,953	20,862	,617	,676
JA9	19,251	18,666	,553	,700
JA13	18,641	22,726	,574	,698
JC2	20,090	21,894	,468	,727
JC8	20,206	22,066	,430	,741
(*) Eliminando el ítem				
Nº de casos	554	Nº de ítems	5	Alpha = 0.753

Tabla 9.D.10

Los elementos de la dimensión Satisfacción general (Tabla 9.D.10), muestran unos IH superiores a 0,3, con una consistencia interna de 0,753.

Satisfacción con la autorrealización: Jb3, Jb6, Jb10 y Jb13. (*) Ítems inversos

jb3. El grado de realización y de desarrollo personal que obtengo al desempeñar mi puesto.

jb6. El sentimiento de autorrealización que obtengo al hacer mi trabajo.

jb10. El grado de independencia de ideas y acción que puedo ejercer en mi puesto.

jb13. La medida en que mi puesto es estimulante.

Satisfacción autorrealización	Media	Desv. Típica	Casos
1. JB3	4,843	1,555	555
2. JB6	5,440	1,298	555
3. JB10	4,308	1,442	555
4. JB13	4,708	1,571	555

Tabla 9.D.11

Ítem	Media*	Varianza*	I. H.	Alpha*
JB3	14,456	12,317	,716	,741
JB6	13,860	14,312	,668	,770
JB10	14,991	14,810	,510	,835
JB13	14,591	12,314	,705	,747

(*) Eliminando el ítem

Nº de casos	555	Nº de ítems	4	Alpha = 0.822
-------------	-----	-------------	---	----------------------

Tabla 9.D.12

La última escala correspondiente a las variables de Resultado es la Satisfacción con la autorrealización, (Tabla 9.D.12), con unos IH muy superiores a 0,3.

Abordaremos seguidamente la Satisfacción con la paga, Satisfacción de seguridad en el puesto, para continuar con Satisfacción social y por último presentaremos Satisfacción con la supervisión, formando las denominadas Variables de Contexto que junto con la Intensidad de necesidad de autorrealización constituyen las **Variables Moduladoras**

Satisfacción con la paga: Jb2 y Jb9

jb2. La cantidad de la paga y los complementos que reciba.

jb9. La medida en que mi contribución a la organización o empresa está bien pagada.

Satisfacción paga	Media	Desv. Típica	Casos
1. JB2	2,861	1,614	554
2. JB9	2,904	1,538	554

Tabla 9.D.13

Ítem	Media*	Varianza*	I. H.	Alpha*
JB2	2,904	2,365	,732	.
JB9	2,861	2,605	,732	.
(*) Eliminando el ítem				
Nº de casos	554	Nº de ítems	2	Alpha = 0.845

Tabla 9.D.14

Satisfacción con la seguridad en el puesto: Jb1 y Jb11.

jb1. Grado de seguridad o estabilidad que tengo en el puesto.

jb11. La seguridad que siento respecto a mi futuro en la organización o empresa.

Satisfacción seguridad	Media	Desv. Típica	Casos
1. JB1	4,461	2,074	555
2. JB11	3,928	1,920	555

Tabla 9.D.15

Ítem	Media*	Varianza*	I. H.	Alpha*
JB1	3,928	3,688	,663	.
JB11	4,461	4,303	,663	.
(*) Eliminando el ítem				
Nº de casos	555	Nº de ítems	2	Alpha = 0.796

Tabla 9.D.16

Satisfacción social Jb4, Jb7 y Jb12.

jb4. La gente con la que hablo y con la que trabajo en mi puesto.

jb7. La oportunidad de conocer otras personas mientras realizo mi trabajo.

jb12. La posibilidad de ayudar a otras personas mientras trabajo.

Satisfacción social	Media	Desv. Típica	Casos
1. JB4	5,582	1,107	555
2. JB7	5,398	1,147	555
3. JB12	5,915	,932	555

Tabla 9.D.17

Ítem	Media*	Varianza*	I. H.	Alpha*
JB4	11,314	3,046	,357	,566
JB7	11,497	2,698	,434	,448
JB12	10,980	3,316	,432	,467
(*) Eliminando el ítem				
Nº de casos	555	Nº de ítems	3	Alpha = 0.595

Tabla 9.D.18

Satisfacción con la supervisión: Jb5, Jb8 y Jb14.

jb5. El grado de respeto y de trato justo que recibo de mi jefe.

jb8. El grado de orientación y de apoyo que recibo de mi supervisor/ a.

jb14. La calidad global de la supervisión que recibo en mi trabajo.

Satisfacción supervisión	Media	Desv. Típica	Casos
1. JB5	5,145	1,556	552
2. JB8	4,560	1,683	552
3. JB14	4,310	1,614	552

Tabla 9.D.19

Ítem	Media*	Varianza*	I. H.	Alpha*
JB5	8,870	9,653	,649	,873
JB8	9,455	7,896	,806	,727
JB14	9,705	8,662	,745	,787
(*) Eliminando el ítem				
Nº de casos	552	Nº de ítems	3	Alpha = 0.858

Tabla 9.D.20

Todas las dimensiones que forman las variables de contexto presentan unos IH superiores a 0,6 excepto la Satisfacción social que oscilan entre 0,35 y 0,45, (Tablas 11.D.14, 16, 18 y 20)

La **Intensidad de necesidad de autorrealización (INA)**: Jd2, Jd3, Jd6, Jd8, Jd10 y Jd11.

jd2. Trabajo estimulante y retador.

jd3. Posibilidad de pensar y actuar con independencia en mi puesto.

jd6. Oportunidad de aprender cosas nuevas en mi trabajo.

jd8. Posibilidad de ser creativo/a e imaginativo/a en mi trabajo.

jd10. Oportunidad de desarrollo y progreso personal en mi puesto.

jd11. Posibilidad de realización personal en mi trabajo.

INA	Media	Desv. Típica	Casos
1. JD2	8,152	1,842	553
2. JD3	8,201	1,749	553
3. JD6	9,034	1,425	553
4. JD8	8,577	1,625	553
5. JD10	8,666	1,730	553
6. JD11	8,908	1,495	553

Tabla 9.D.21

Ítem	Media*	Varianza*	I. H.	Alpha*
------	--------	-----------	-------	--------

JD2	43,385	41,694	,633	,862
JD3	43,336	42,126	,659	,856
JD6	42,503	45,019	,685	,852
JD8	42,960	42,426	,713	,846
JD10	42,872	42,054	,673	,853
JD11	42,629	43,636	,723	,846
(*) Eliminando el ítem				
Nº de casos	553	Nº de ítems	6	Alpha = 0.874

Tabla 9.D.22

En la Tabla 9.D.22 se exponen los IH los cuales son superiores a 0,633.

Otros elementos: Jd1, Jd4, Jd5, Jd7 y Jd9.

jd1. Respeto y trato justo por parte de mi supervisor.

jd4. Una gran seguridad de permanencia en el puesto.

jd5. Compañeros de trabajo agradables.

jd7. Un salario alto y grandes primas.

jd9. Promociones rápidas.

Otros elementos	Media	Desv. Típica	Casos
1. JD1	8,472	1,773	547
2. JD4	8,879	1,727	547
3. JD5	9,048	1,493	547
4. JD7	9,154	1,447	547
5. JD9	7,430	2,155	547

Tabla 9.D.23

Ítem	Media*	Varianza*	I. H.	Alpha*
JD1	34,510	21,148	,430	,580
JD4	34,102	22,422	,361	,613
JD5	33,934	22,300	,480	,564
JD7	33,828	23,047	,443	,581
JD9	35,552	20,076	,341	,640
(*) Eliminando el ítem				
Nº de casos	547	Nº de ítems	5	Alpha = 0.647

Tabla 9.D.24

Los IH de la dimensión denominada por nosotros otros elementos son superiores a 0,3, con un α de Cronbach de 0,647.

ANEXO N° 10

EXPRESIONES APLICADAS EN EL SNJCI Y EN EL JDS

EXPRESIONES APLICADAS EN EL SNJCI Y EN EL JDS

Para el cálculo de los valores de las Dimensiones Centrales del Puesto, los Estados Psicológicos Críticos, las Variables de Resultado y las Variables Moduladoras se han utilizado las siguientes fórmulas, teniendo en cuenta que para homogeneizar los ítems inversos con los demás elementos, se han restado de 6 en el SNJCI y en el JDS se han restado de 8 (valor máximo de la escala más 1).

SNJCI: DIMENSIONES CENTRALES DEL PUESTO

Importancia de la tarea:

$$\text{IMTT} = n1 + (6 - n10) + n12 + (6 - n38) + n44 + n50 + n53 + n55 + n59 + n62 + n65 + n67 + n76 + n80 + n82 + n84 + n86 + n90 + n93 + n95 + n97 / 21$$

Variabilidad de destrezas:

$$\text{VDD} = n5 + (6 - n8) + n22 + (6 - n25) + n28 + n41 + n47 + n61 / 8$$

Identidad de la tarea relacionada con el trabajo:

$$\text{ITRT} = n2 + n6 + n9 + (6 - n11) + n19 + n26 + n30 + n36 + n45 + n68 + n70 + (6 - n74) + n92 + n94 + n98 + n100 / 16$$

Identidad de la tarea interpersonal:

$$\text{ITI} = (6 - n4) + n13 + (6 - n21) + n24 + (6 - n51) + n58 / 6$$

Autonomía:

$$\text{A} = n3 + (6 - n16) + n20 + n32 + n34 + n43 + n46 + n56 + (6 - n63) + n69 + n72 + n75 + n78 + n83 + n85 + (6 - n87) + n89 + n91 / 18$$

Atribución de resultados:

$$\text{AR} = n18 + n23 + n31 + (6 - n40) + n64 / 5$$

Retroalimentación del puesto:

$$RP = n15 + n37 + n42 + n49 + n54 + (6 - n81) / 6$$

Retroalimentación social o de los agentes:

$$RS = n7 + n14 + n29 + n35 + n39 + n52 + n60 + n66 + (6 - n73) + n77 + n79 + n88 + n96 / 13$$

Contacto social o Interacción requerida:

$$CS = n17 + n27 + (6 - n33) + n48 + n57 + (6 - n71) + n99 / 7$$

El Potencial de Motivación del Puesto:

$$PMP = (IMTT+VDD+ITRT+ITI / 4) (A+AR/2) (RP+RS+CS/3).$$

JDS

ESTADOS PSICOLÓGICOS CRÍTICOS

Significado percibido del puesto:

$$ja7 + (8 - ja4) + jc6 + (8 - jc3) / 4$$

Responsabilidad:

$$ja8 + ja12 + ja15 + (8 - ja1) + jc4 + jc7 / 6$$

Conocimiento de los resultados:

$$ja5 + (8 - ja11) + jc5 + (8 - jc10) / 4$$

VARIABLES DE RESULTADO PERSONAL

Motivación interna:

$$ja2 + ja6 + ja10 + (8 - ja14) + jc1 + jc9 / 6$$

Satisfacción general:

$$ja3 + ja13 + (8 - ja9) + jc2 + (8 - jc8) / 5$$

Satisfacción con la autorrealización:

$$jb3 + jb6 + jb10 + jb13 / 4$$

VARIABLES MODULADORAS

Satisfacción con la paga:

$$jb2 + jb9 / 2$$

Satisfacción con la seguridad en el puesto:

$$jb1 + jb11 / 2$$

Satisfacción social:

$$jb4 + jb7 + jb12 / 3$$

Satisfacción con la supervisión:

$$jb5 + jb8 + jb14 / 3$$

Intensidad de necesidad de autorrealización:

$$(jd2 + jd3 + jd6 + jd8 + jd10 + jd11 / 6) - 3$$

ANEXO N° 11

**ESTUDIO COMPARATIVO INTER CENTROS DE LAS
DIMENSIONES CENTRALES DEL PUESTO- ESTADOS
PSICOLOGICOS CRITICOS- VARIABLES RESULTADO Y
VARIABLES MODULADORAS**

**ESTUDIO COMPARATIVO INTER CENTROS DE LAS DIMENSIONES
CENTRALES DEL PUESTO- ESTADOS PSICOLOGICOS CRITICOS- VARIABLES
RESULTADO Y VARIABLES MODULADORAS**

En los apartados A y B del presente Anexo se muestran las DCP, los EPC, las Variables Resultado y las Variables Moduladoras, correspondientes a los quince **Centros de Salud** y a los cinco **Hospitales** estudiados, habiendo sido numerados cada uno de ellos con el objetivo de preservar el anonimato de los mismos y la confidencialidad de los resultados.

Anexo 11.A

CENTROS DE SALUD

Dimensiones Centrales del Puesto: En las Tablas 11.A.1 y 11.A.1bis, se muestran las medias y desviaciones típicas de las diferentes variables que conforman dichas dimensiones. La escala utilizada en esta dimensión fue de 1 “nunca” a 5 “siempre”.

Observamos que la desviación típica de todos los centros y dimensiones está comprendida entre $\pm 0,12$, Centro n° 12 y variable Importancia de la tarea y $\pm 0,80$ del Centro n° 4 y variable Identidad de la tarea interpersonal.

Centros de Salud	Importancia de la tarea		Variabilidad de destreza		Identidad tarea relacionada con trabajo		Identidad de la tarea interpersonal	
	Media	Desv. T	Media	Desv. T	Media	Desv. T	Media	Desv. T
1	4,00	0,31	3,49	0,45	3,80	0,38	3,81	0,48
2	3,70	0,32	3,31	0,44	3,70	0,29	4,08	0,42
3	3,77	0,34	3,26	0,34	3,57	0,37	3,80	0,37
4	3,86	0,42	3,60	0,41	3,93	0,36	3,98	0,80
5	3,83	0,36	3,39	0,31	3,69	0,33	3,77	0,45
6	3,67	0,46	3,20	0,48	3,59	0,47	3,69	0,58
7	3,70	0,48	3,30	0,43	3,70	0,45	3,71	0,60

8	3,86	0,35	3,48	0,32	3,82	0,43	3,92	0,56
9	4,00	0,32	3,44	0,34	3,95	0,33	4,23	0,43
10	3,92	0,28	3,48	0,26	3,84	0,20	4,07	0,39
11	3,94	0,29	3,58	0,41	3,88	0,31	3,93	0,38
12	4,06	0,12	3,63	0,45	3,92	0,37	4,22	0,46
13	4,02	0,28	3,50	0,35	3,95	0,36	3,95	0,40
14	3,87	0,32	3,43	0,31	3,95	0,39	4,00	0,51
15	3,96	0,20	3,52	0,35	3,69	0,36	3,67	0,46

Tabla 11.A.1

Centros Salud	Autonomía		Atribución resultados		Retroalimen puesto		Retroalimentac agentes		Interacción requerida	
	Media	Desv. T	Media	Desv. T	Media	Desv. T	Media	Desv. T	Media	Desv. T
1	3,80	0,38	3,74	0,48	3,71	0,48	3,23	0,56	4,17	0,40
2	3,63	0,27	3,48	0,21	3,52	0,40	2,57	0,39	4,00	0,55
3	3,65	0,42	3,59	0,40	3,50	0,47	3,02	0,35	3,73	0,30
4	3,87	0,38	3,42	0,40	3,65	0,66	3,15	0,41	4,16	0,68
5	3,74	0,36	3,59	0,45	3,54	0,53	3,09	0,4	3,91	0,64
6	3,49	0,49	3,43	0,49	3,33	0,37	3,04	0,35	3,96	0,67
7	3,48	0,37	3,45	0,46	3,33	0,52	3,23	0,32	3,84	0,73
8	3,66	0,33	3,60	0,37	3,69	0,26	2,53	0,49	4,13	0,50
9	3,89	0,34	3,74	0,45	3,65	0,45	2,94	0,41	4,43	0,36
10	4,12	0,31	3,58	0,48	3,47	0,40	2,95	0,65	4,09	0,34
11	3,99	0,37	3,65	0,38	3,57	0,48	3,31	0,42	4,08	0,28
12	4,08	0,26	3,91	0,33	3,66	0,48	2,80	0,85	4,29	0,40
13	3,88	0,43	3,88	0,41	3,48	0,40	3,07	0,54	3,94	0,45
14	3,85	0,49	3,60	0,50	3,63	0,47	3,37	0,61	4,08	0,54
15	3,93	0,30	3,49	0,34	3,38	0,21	3,19	0,49	4,12	0,40

Tabla 11.A.1 bis

Estados Psicológicos Críticos: Centrándonos en la desviación típica de todas las variables que constituyen esta dimensión (Tabla 11.A.2) advertimos que la máxima recae en la variable Conocimiento de resultados, $\pm 1,02$, situándose en el Centro nº 5 y la mínima, \pm

0,26 en el Centro n° 13 concerniendo a Responsabilidad. Se recuerda el rango de la escala de 1 “totalmente en desacuerdo” o “totalmente insatisfecho/a” a 7 “totalmente de acuerdo” o “muy satisfecho”; conservando la misma escala en las Variables Resultado y en las Variables de contexto.

Centros de Salud	Significado percibido puesto		Responsabilidad		Conocimiento Resultados	
	Media	Desv. T	Media	Desv. T	Media	Desv. T
1	4,12	0,81	5,03	0,62	4,90	0,49
2	3,66	0,87	4,92	0,45	4,00	0,64
3	3,98	0,61	5,00	0,77	4,77	1,00
4	4,05	0,57	5,25	0,57	4,45	0,71
5	3,96	0,48	5,10	0,54	4,89	1,02
6	3,96	0,50	5,05	0,50	5,37	0,70
7	4,41	0,46	4,77	0,63	4,53	0,99
8	3,69	0,89	4,77	0,58	4,56	0,82
9	4,03	0,40	5,10	0,37	4,60	0,92
10	3,95	0,47	5,02	0,80	4,83	0,94
11	4,36	0,64	5,15	0,37	5,17	0,90
12	4,00	0,50	5,31	0,34	4,94	0,77
13	3,78	0,98	5,42	0,26	5,33	0,79
14	3,92	0,39	4,99	0,99	4,35	0,82
15	4,18	0,90	5,67	0,41	4,61	0,40

Tabla 11.A.2

Variabes de Resultado: Las variables que constituyen esta dimensión presentan una desviación típica máxima de $\pm 1,34$ correspondiente a Satisfacción de autorrealización, Centro n° 14, (Tabla 11.A.3) siendo la mínima de $\pm 0,26$ incluida en Motivación interna del trabajo, Centro n° 11.

Centros de Salud	Motivación interna	Satisfacción general	Satisfacción con autorrealización
------------------	--------------------	----------------------	-----------------------------------

	Media	Desv. T	Media	Desv. T	Media	Desv. T
1	5,32	0,52	4,34	0,48	5,78	0,71
2	5,08	0,37	4,15	0,73	3,69	0,86
3	5,02	0,74	4,29	0,61	5,02	1,11
4	5,10	0,49	4,48	0,81	5,13	1,09
5	5,05	0,73	4,64	0,58	5,36	1,08
6	5,03	0,52	3,92	0,78	5,06	1,19
7	4,92	0,90	4,38	0,77	4,47	1,13
8	5,06	0,32	4,25	0,68	4,69	1,08
9	4,98	0,57	4,28	0,55	5,38	0,91
10	5,07	0,41	4,42	0,30	5,98	0,51
11	5,44	0,26	4,71	0,55	5,33	0,78
12	4,94	0,66	4,27	0,62	5,75	0,66
13	5,03	0,32	4,26	0,57	4,83	1,03
14	4,71	0,82	4,10	0,75	4,50	1,34
15	5,31	0,35	4,57	0,86	4,86	1,21

Tabla 11.A.3

Variables Moduladores: Están formadas por la **Satisfacción con el contexto** la cual nos proporciona información de la satisfacción del profesional con la paga y otras remuneraciones; con la seguridad en el puesto; satisfacción social y con la supervisión; la segunda variable que la constituye es la **Intensidad de necesidad de autorrealización**.

En la Tabla 11.A.4 podemos observar que existe mayor dispersión en los datos correspondientes a Satisfacción con el contexto, que en las variables mostradas anteriormente, situándose en Satisfacción con la paga y en Satisfacción con la seguridad siendo ésta la que recoge la máxima variabilidad $\pm 2,41$, Centro nº 12 y la mínima en la variable Satisfacción social $\pm 0,36$, Centro nº 9.

Centros Salud	Satisfacción con la paga	Satisfacción seguridad en el puesto	Satisfacción social	Satisfacción con la supervisión	Intensidad necesidad de autorrealización
---------------	--------------------------	-------------------------------------	---------------------	---------------------------------	--

	Media	Desv.T	Media	Desv.T	Media	Desv.T	Media	Desv.T	Media	Desv.T
1	3,95	1,82	3,30	2,12	6,37	0,58	4,90	1,32	6,22	1,20
2	1,94	0,62	3,63	1,89	4,92	0,68	2,92	1,18	5,06	1,55
3	2,86	1,40	3,50	2,12	5,76	0,53	4,36	1,37	4,98	1,11
4	3,20	1,36	4,30	1,96	5,70	0,60	5,20	0,85	5,08	1,76
5	3,57	1,83	4,39	1,85	5,76	0,81	5,29	0,77	5,52	1,36
6	3,46	1,56	4,19	1,63	5,77	0,80	5,49	0,93	5,63	1,74
7	2,63	1,77	2,81	1,81	5,04	1,15	4,54	1,15	6,65	0,63
8	2,19	1,03	4,06	1,92	5,50	0,59	3,96	0,60	6,23	0,70
9	4,45	1,62	4,75	2,23	6,13	0,36	5,60	0,58	6,40	0,41
10	3,15	1,13	3,60	1,56	6,03	0,51	5,13	1,20	6,42	0,65
11	2,28	1,23	4,06	2,21	5,96	0,63	4,93	1,48	6,02	1,08
12	2,83	1,32	3,66	2,41	5,81	0,56	5,58	0,99	6,65	0,46
13	2,00	1,22	4,90	1,60	5,40	0,73	4,96	1,79	5,80	1,00
14	3,21	1,63	2,96	1,60	5,47	1,11	4,75	1,50	5,76	0,94
15	3,00	1,19	3,07	2,03	5,90	0,63	4,76	1,27	5,45	0,95

Tabla 11.A.4

Anexo 11.B**CENTROS HOSPITALARIOS**

Dimensiones Centrales del Puesto: Se muestran en las Tablas 9.B.1 y 9.B.1bis las medias y desviación típica de las diferentes variables que conforman dichas dimensiones, correspondientes a los cinco Hospitales estudiados. Observamos que la desviación típica de todos los centros y variables está comprendida entre $\pm 0,34$ del Hospital (Hal) nº 1 en la variable Retroalimentación de los agentes y $\pm 0,92$ del nº 5, en la Variabilidad de destreza. Reseñar que las medias de las variables de esta dimensión son, excepto una, menores a cuatro situándose entre 2,61 y 4,03.

Hospitales	Importancia de la tarea		Variabilidad de destreza		Identidad tarea relacionada con trabajo		Identidad de la tarea interpersonal	
	Media	Desv. T	Media	Desv. T	Media	Desv. T	Media	Desv. T
1	3,74	0,44	3,43	0,34	2,61	0,44	3,33	0,62
2	3,68	0,51	3,22	0,49	2,71	0,55	3,46	0,62
3	3,55	0,54	3,44	0,48	2,70	0,42	3,37	0,60
4	3,79	0,44	3,42	0,36	2,76	0,37	3,40	0,65
5	4,03	0,40	3,32	0,47	3,10	0,47	3,58	0,59

Tabla 11.B.1bis

Hospi	Autonomía	Atribución	Retroaliment	Retroalimentac	Interacción
-------	-----------	------------	--------------	----------------	-------------

- tales	resultados		puesto		agentes		requerida			
	Media	Desv.T	Media	Desv.T	Media	Desv.T	Media	Desv.T		
1	3,31	0,51	3,42	0,58	3,16	0,55	2,64	0,58	3,45	0,63
2	3,36	0,52	3,44	0,62	3,18	0,67	2,71	0,57	3,60	0,47
3	3,23	0,44	3,33	0,54	2,98	0,72	2,82	0,53	3,53	0,55
4	3,56	0,48	3,58	0,48	3,35	0,56	2,93	0,64	3,64	0,52
5	3,68	0,48	3,78	0,53	3,61	0,61	3,03	0,92	3,92	0,50

Tabla 11.B.1bis

Estados Psicológicos Críticos: Centrándonos en la dispersión de todas las variables que constituyen los EPC (Tabla 11.B.2) indicamos que la máxima recae en las variables Responsabilidad y Conocimiento de resultados, $\pm 0,94$, situándose ambas en el Hal n° 5 y la mínima, $\pm 0,54$ en el Hal n° 4 concerniendo a Significado percibido del puesto.

Hospita- tales	Significado percibido puesto		Responsabilidad		Conocimiento resultados	
	Media	Desv. T	Media	Desv. T	Media	Desv. T
1	3,87	0,58	5,11	0,73	5,01	0,76
2	4,03	0,71	4,84	0,89	4,93	0,72
3	4,07	0,69	5,13	0,71	5,17	0,79
4	3,93	0,54	5,11	0,70	5,05	0,74
5	3,94	0,56	5,17	0,94	4,50	0,94

Tabla 11.B.2

Variables de Resultado: Las variables que constituyen esta dimensión presentan una desviación típica máxima de $\pm 1,29$ correspondiente a Satisfacción de autorrealización, Hal n° 2 (Tabla 11.B.3), siendo la mínima de $\pm 0,51$ incluida en Motivación interna del trabajo, Hal n° 4.

Hospitales	Motivación interna		Satisfacción general		Satisfacción con autorrealización	
	Media	Desv. T	Media	Desv. T	Media	Desv. T
1	5,14	0,56	4,33	0,63	4,55	1,25
2	4,92	0,56	4,32	0,75	4,60	1,29
3	5,12	0,59	4,56	0,66	4,79	1,05
4	5,14	0,51	4,49	0,70	4,88	1,25
5	5,14	0,63	4,67	0,58	5,17	0,89

Tabla 11.B.3

Variables Moduladores: Están formadas por la **Satisfacción con el contexto** la cual nos proporciona información de la satisfacción del profesional con la paga y otras remuneraciones, con la seguridad en el puesto, satisfacción social y con la supervisión; la segunda variable que la constituye es la **Intensidad de necesidad de autorrealización**.

En la Tabla 11.B.4 podemos observar que existe mayor dispersión en los datos correspondientes a Intensidad de necesidad de autorrealización, que en las variables mostradas anteriormente, siendo ésta la que recoge la máxima variabilidad $\pm 2,00$, Hal n° 5 y la mínima en la variable Satisfacción social $\pm 0,76$, Hal n° 4.

Hospitales	Satisfacción con la paga		Satisfacción seguridad en el puesto		Satisfacción social		Satisfacción con la supervisión		Intensidad necesidad de autorrealización	
	Media	Desv.T	Media	Desv.T	Media	Desv.T	Media	Desv.T	Media	Desv.T
1	2,66	1,44	4,05	1,77	5,56	0,79	3,96	1,57	5,58	1,27
2	2,52	1,42	4,49	1,61	5,45	0,90	4,67	1,57	5,46	1,36
3	2,85	1,40	4,40	1,77	5,62	0,80	4,76	1,33	5,54	1,33
4	3,00	1,39	4,43	1,82	5,68	0,76	5,04	1,24	5,45	1,22
5	4,08	1,55	4,88	1,68	5,69	0,80	5,30	0,99	5,10	2,00

Tabla 11.B.4

ANEXO N° 12

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA NO RESPONDIENTE

ENFERMERÍA COMUNITARIA

De los 26 enfermeras/os comunitarias/os (14,61%), que no cumplimentaron el cuestionario, disponemos de información del 65,38%.

En la siguiente Figura 12.A.1 se muestran los porcentajes por centro, en la cual podemos observar que está formada por diez centros de los quince estudiados, de los cuales tres respondieron el 100% de los profesionales y de dos Centros se carece de información de los sujetos de no respuesta, al no haber cumplimentado los cuestionarios los Adjuntos de los Centros:

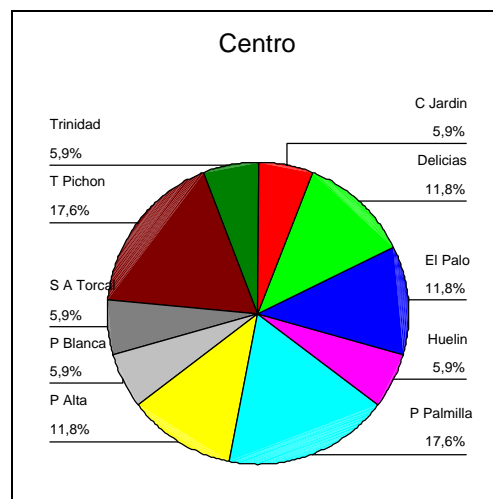


Figura 12.A.1

En cuanto a las **Variables Sociodemográficas** son mujeres el 70,6% de los mismos (Figura 12.A.2).

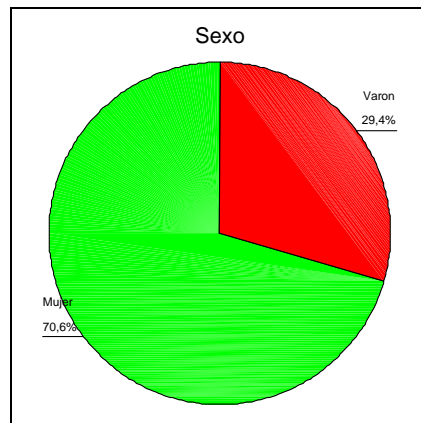


Figura 12.A.2

La media de edad (Figura 12.A.3) es de 44,94 con una desviación típica de ± 8 ; en la Tabla 12.A.1 presentamos los estadísticos descriptivos correspondientes a esta variable.

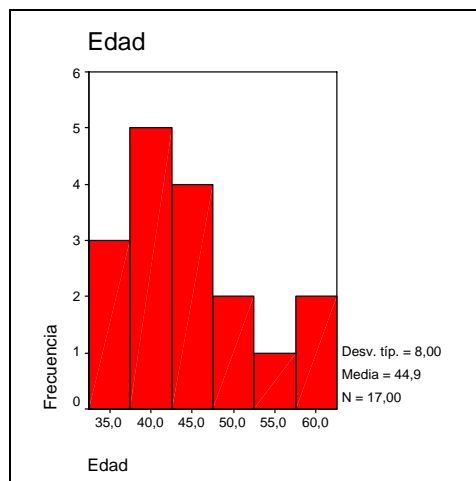


Figura 12.A.3

	Edad
Media	44,94
Desv. típ.	8,00
Varianza	64,1
Mínimo	34
Máximo	61

Tabla 12.A.1

El 5,9% están solteros; separados o divorciados el 11,8 y el 76,5% casados (Figura 12.A.4).

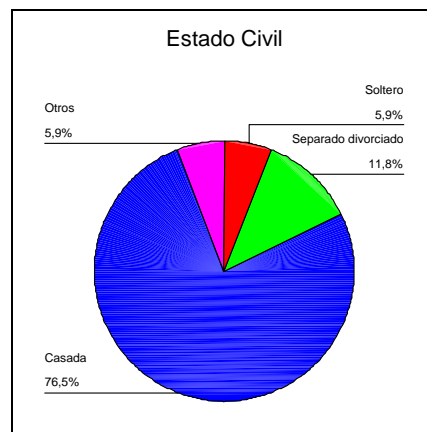


Figura 12.A.4

Centrándonos en las **Variables Profesionales** la media de permanencia en el trabajo actual es de 10,62 años, con una desviación típica de $\pm 5,17$, (Figura 12.A.5 y Tabla 12.A.2).

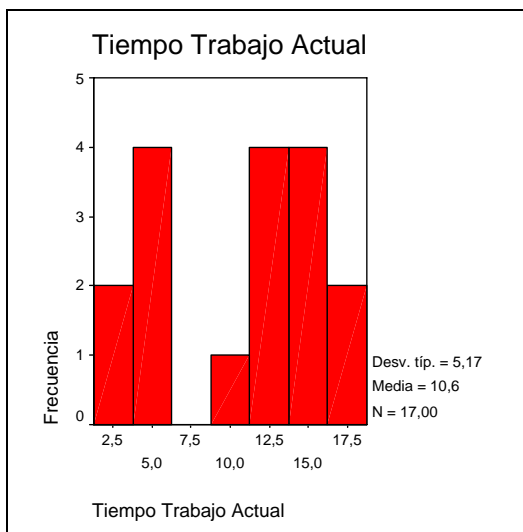


Figura 12.A.5

	Tiempo Trabajo Actual
Media	10,62
Desv. típ.	5,17
Varianza	26,73
Mínimo	2
Máximo	18

Tabla I.1.2.2

El 82,4% son enfermeras/os asistenciales, (Figura 12.A.6), de los cuales asumen otras responsabilidades el 17,6% como Responsables de Investigación-Docencia y Responsables de Programas de Salud.

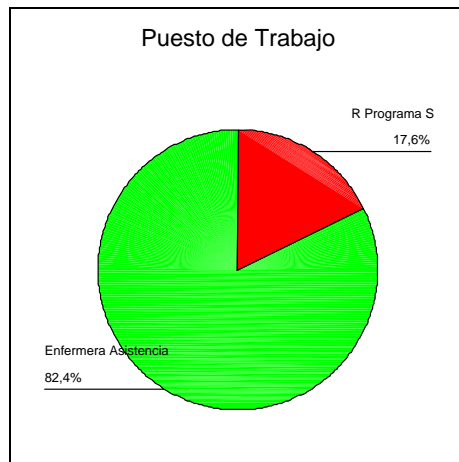


Figura 12.A.6

En cuanto a la situación Administrativa (Figura 12.A.7), el 64,7 % tienen plaza en propiedad, correspondiendo a interinidad el resto.

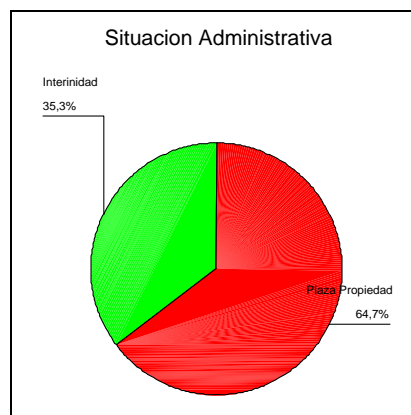


Figura 12.A.7

En el último año el 41,2% no presentó ninguna baja por enfermedad, (Figura 12.A.8) correspondiendo al 58,8% entre una y dos bajas laborales.

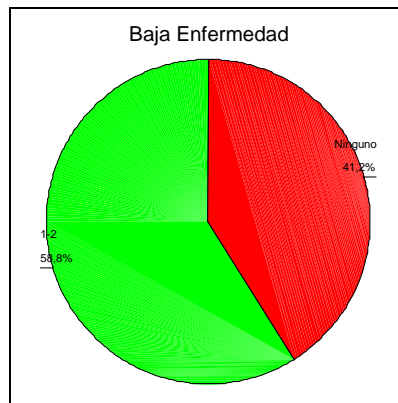


Figura 12.A.8

En cuanto a las **Variables de Formación** el 94,1% de los profesionales que no respondieron al cuestionario, asisten a las sesiones de formación continuada, (Figura 12.A.9), las cuales se desarrollan en el 100% de los Centros de Salud.

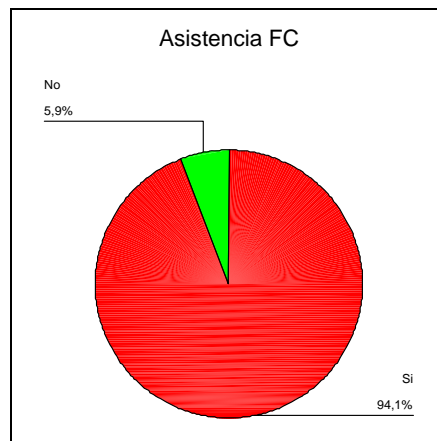


Figura 12.A.9

Los índices que se han descrito en este anexo, como puede apreciarse, son muy similares a los hallados en los sujetos de nuestro estudio.

Anexo 12.B

ENFERMERÍA HOSPITALARIA

De las/os 802 **enfermeras/os hospitalarias/os** (66,56%), que no cumplimentaron el cuestionario, disponemos de información del 25,69% (206), distribuidos en los diferentes Centros Hospitalarios, (Figura 12.B.1). El mayor porcentaje de profesionales de los que disponemos información corresponde al Pabellón General de Carlos Haya con un 37,9% y el menor al Hospital Marítimo con un 4,9%.

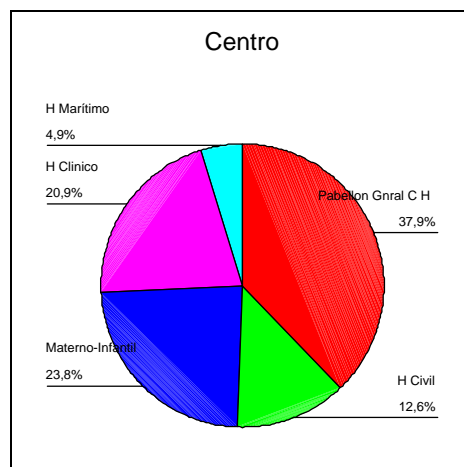


Figura 12.B.1

En cuanto a las **Variables Sociodemográficas** la distribución por sexo fue el 71,4% mujeres, (Figura 12.B.2).

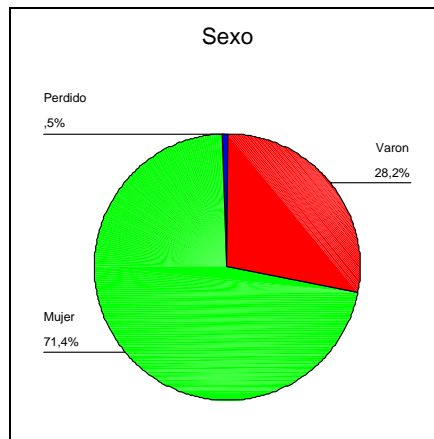


Figura 12.B.2

La media de edad (Figura 12.B.3), es de 40,7, con una desviación típica de $\pm 6,85$, (Tabla 12.B.1).

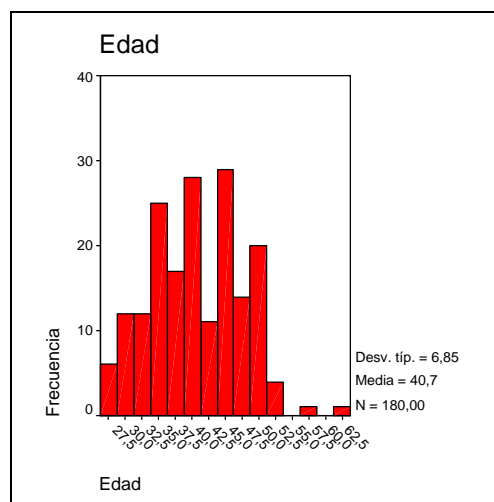


Figura 12.B.3

	Edad
Media	40,66
Desv. típ.	6,85
Varianza	46,95
Mínimo	28
Máximo	62

Tabla 12.B.1

Por estado civil, (Figura II.2.4), el 69,4% están casados; solteros el 19,9%; separados o divorciados el 9,2%.

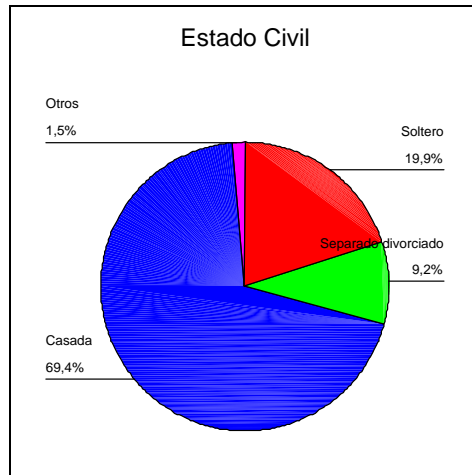


Figura 12.B.4

Con respecto a las **Variables Profesionales** la media del tiempo que llevan en el trabajo actual (Figura 12.B.5) es de 9 años, con una desviación típica de $\pm 6,99$, (Tabla 12.B.2).

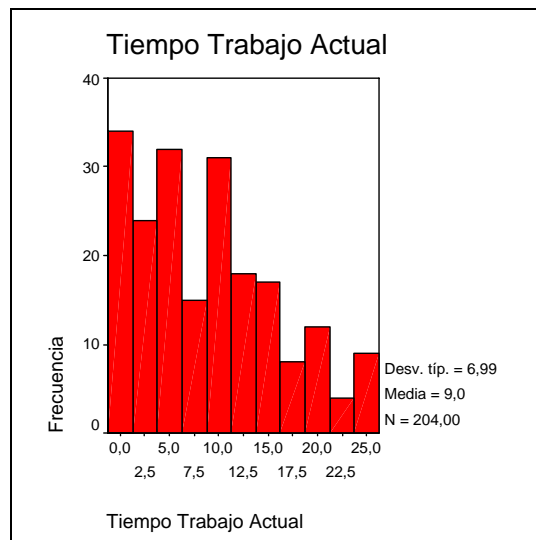


Figura 12.B.5

	Tiempo Trabajo Actual
Media	9,04
Desv. típ.	6,98
Varianza	48,80
Mínimo	0
Máximo	26

Tabla 12.B.2

El 98,1% son enfermeras asistenciales, (Figura 12.B.6).

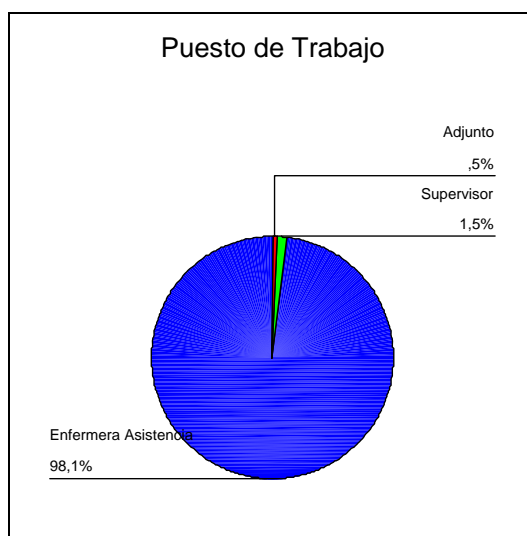


Figura 12.B.6

La situación administrativa (Figura 12.B.7), que presentan es del 77,7% con plaza en propiedad; siendo interinos el 18%.

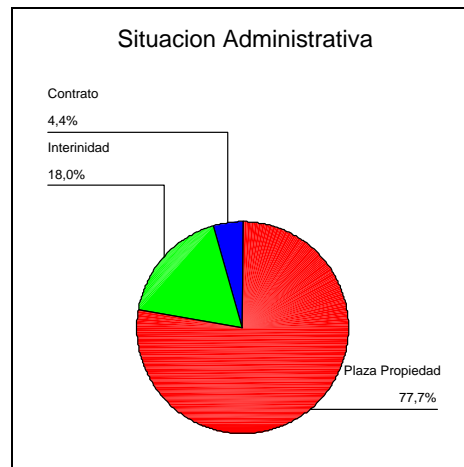


Figura 12.B.7

Centrándonos en las bajas laborales (Figura 12.B.8) por enfermedad, el 61,7% no han tenido ninguna baja en el último año, frente al 29,6% que han presentado de una a dos bajas anuales.

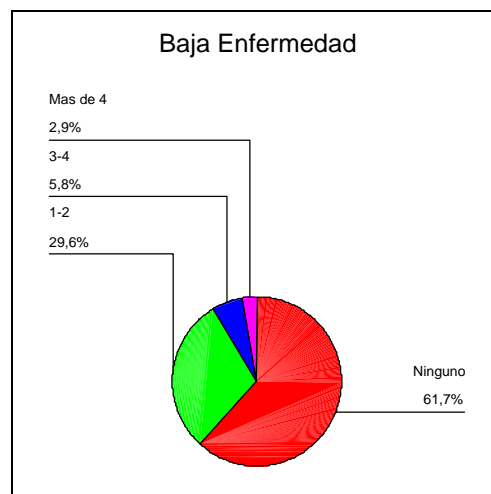


Figura 12.B.8

En cuanto a las **Variables de Formación** el 68,4% de los Servicios hospitalarios desarrollan sesiones de formación continuada, asistiendo a las mismas el 45,6% de las/os

enfermeras/os, en el 31,1% de los casos es no pertinente al no desarrollarse sesiones de formación en la unidad hospitalaria (Figura 12.B.9).

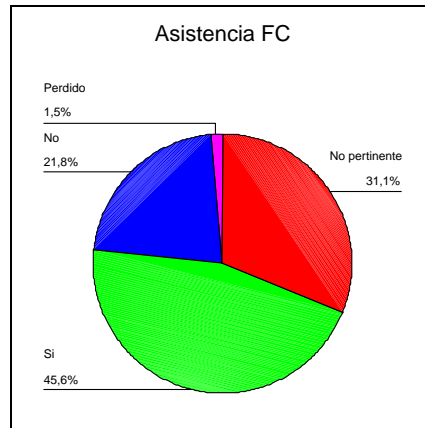


Figura 12.B.9

Como puede apreciarse, los índices que se han descrito en este anexo, son muy similares a los obtenidos en los sujetos de estudio.