UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
DIRECCION DE POSTGRADO
FACULTAD DE ENFERMERIA

PROGRAMA DE DOCTORADO EN ENFERMERIA

MODELOS DE RELACIÓN DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO SUBJETIVAS, PROFESIONALISMO Y CAPITAL PSICOLÓGICO CON LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA CHILENOS.

POR CAROLINA ELENA LUENGO MARTINEZ

TESIS PRESENTADA A LA DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN ENFERMERÍA

Profesora tutora: Dra. Tatiana Paravic Klijn
Profesora co-tutora: Dra. Mónica Burgos Moreno.

Noviembre 2017
Concepción, Chile.

Esta tesis ha sido realizada en el Programa de Doctorado en Enfermería de la Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción.

Profesora Tutora Dra. Tatiana Paravic Klijn

Profesor Titular Universidad de Concepción
Doctora en Enfermería, U. Sao Paulo, RP Brasil

Profesora Co-Tutora Dra. Mónica Burgos Moreno

Profesor Asociado Universidad de Concepción
Doctora en Enfermería, Universidad de Concepción

Ha sido aprobada por la siguiente Comisión Evaluadora:

Dra. Tatiana Paravic Klijn

Profesor Titular Universidad de Concepción
Doctora en Enfermería, U. Sao Paulo, RP Brasil

Dra. Monica Burgos Moreno

Profesor Asociado Universidad de Concepción
Doctora en Enfermería, Universidad de Concepción

Dr. Manuel Gutierrez Henríquez

Profesor Asociado Universidad de Concepción
Doctor Ciencias Ambientales, Universidad de Concepción

Dra. Gabriela Nazar Carter

Profesor Asociado Universidad de Concepción, Chile.
Doctora en Psicología, Universidad de Edimburgo, Reino Unido.

Directora Programa: Dra. Patricia Jara Concha

Profesor Titular Universidad de Concepción
Doctora en Enfermería, Universidad de Concepción

A mi esposo Patricio por ser el impulsor de esta aventura, mi compañero y apoyo.
A mis hijos Facundo, Renato, Clemente, las luces de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Primero y antes que nada, dar gracias a Dios, por ser mi amigo que nunca falla, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido un apoyo en esta etapa.

Doctora Tatiana Paravic Klijn por su colaboración, orientación, motivación, y enseñanzas, que me permiten hoy culminar este proceso. Gracias por compartir su sabiduría y experiencia conmigo, admiro su profesionalismo y dedicación a la investigación.

Doctora Mónica Burgos Moreno por su enseñanza, amabilidad y empatía. Gracias por su comprensión sincera, sabiduría y apoyo permanente.

Doctor Manuel Gutierrez Henríquez por las sugerencias oportunas y constructivas a este escrito, por su amabilidad y por mostrarme el bello mundo de la salud laboral.

Doctor Josep M. Blanch catedrático del Departamento de Psicología Social de la Universidad Autónoma de Barcelona, España, por su inmensa generosidad al recibirme en su país, dedicar tiempo para compartir su ingente sabiduría y experiencia. Gracias por permitirme participar en el grupo PETRO y compartir con investigadores de diversas nacionalidades, enseñarme que con menos palabras se puede decir mucho más.

Doctora Gabriela Nazar por la deferencia de informar mi tesis y sus sugerencias que sin duda enriquecieron a la misma.

Equipo de académicas/os del Programa de Doctorado en Enfermería en especial a la Dra Sandra Valenzuela Suazo por su sincera empatía y palabras de aliento en el momento preciso.

A la Universidad del Bío Bío, que creyó en mí y me brindó el apoyo en tiempo protegido para culminar esta experiencia de aprendizaje. Asimismo, a las autoridades de la Facultad de Ciencias de la Salud y los Alimentos, a las/los colegas del Departamento de Enfermería de la Universidad del Bío Bío por apoyarme en la consecución de este gran objetivo.

Al Gobierno de Chile que a través del Programa Formación de Capital Humano (PFCHA) de CONICYT, otorgaron una beca para cursar el Doctorado en Enfermería.

A las autoridades de salud y jefaturas de los establecimientos hospitalarios participantes por brindar las autorizaciones y facilidades necesarias para el desarrollo de este estudio. De igual modo a los profesionales de enfermería de cada uno de los servicios o centro de responsabilidad que aceptaron participar en esta investigación voluntariamente, por su colaboración y profesionalismo. En especial aquellos que facilitarón el proceso de recolección de datos Lucia Estrada Baeza del Hospital de Los Ángeles y Constanza Nadeu del Hospital de Talca.

A Gonzalo Luengo Orellana, por su gran colaboración y disponibilidad en la traducción y lectura de escritos en inglés, por ser mi contacto con algunos autores de los instrumentos. Algún día sabremos qué significa Karen Personal.

A Miguel Ángel Lopez, por su asesoría estadística y paciencia durante el desarrollo del estudio.

A Andrea Gayoso, secretaria del Programa de Doctorado, quien atendió mis consultas, respondió mis correos y me escaneo documentos evitándome varios viajes.

A Jaime Neira Bustos y Claudio Mendoza Bustamante, colegas enfermeros que en su etapa aún de estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad del Bío Bío, me

colaboraron en la ardua tarea de tabulación de datos y en especial a Jaime quién también me apoyo en la etapa de recogida de la información.

A mi amiga y colega Pamela Montoya Cáceres por su apoyo y cariño permanente durante este proceso. Gracias por tus palabras de aliento, por ser mi confidente, creer en mis capacidades y siempre estar dispuesta a ayudarme.

A la Sra. Alicia Pino , la "Yiyia" para mis niños , mi brazo derecho en el cuidado de mis hijos, por quererlos y atenderlos más alla de su deber.
A mi familia, padres y hermana por estar siempre ahí cuando los necesito, por creer en mis capacidades e instarme a ser mejor cada día. Gracias por apoyar mis sueños y quererme tal como soy.

Y, sobre todo, a Patricio, por creer más en mí que yo misma, por su incondicional amor, paciencia y apoyo . Por darme la calma en aquellos momentos que todo estaba cuesta arriba, cuidar de nuestros hijos cuando mi mente sólo tenía cabida al doctorado, por soportar mi carácter y entender mis tiempos. Y a mis hijos Facundo, Renato, Clemente por recibirme cada día con una sonrisa, creer que su mamá sabe mucho y entregarme sus abrazos cuando más los necesitaba. A todos por acompañarme a mi pasantía a Barcelona, ser mis compañeros de aventura, en un viaje que nunca olvidaremos.

Auspicio y Patrocinio

Esta tesis fue patrocinada y auspiciada por CONICYT , Becas Doctorado Nacional

TABLA DE CONTENIDO

INDICE DE TABLAS xiii
INDICE DE FIGURAS xviii
RESUMEN xx
ABSTRACT xxii
1) INTRODUCCIÓN 1
1.1) PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA 1
1.1.1) Problema de investigación 6
1.1.2) Fundamentación del estudio: 8
1.2) OBJETIVOS 12
1.2.1) Objetivos generales 12
1.2.2) Objetivos específicos 12
1.3) HIPÓTESIS DE INVESTIGACION 14
1.4) VARIABLES DEL ESTUDIO 16
1.4.1) Variable dependiente 16
1.4.2) Variables independientes 16
1.5) MARCO REFERENCIAL 17
1.5.1) Marco teórico-conceptual 17
1.5.2) Marco Empírico: 47
2) SUJETOS Y MÉTODO 110
2.1) DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN 110
2.2) UNIDAD DE ANÁLISIS 110
2.3) POBLACIÓN 110
2.3.1) Criterios de Elegibilidad 112
2.4) DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS 113
2.4.1) Cuestionario de variables biosociodemográficas, salud, laborales objetivas y ambientales del profesional de enfermería 113
2.4.2) Cuestionario de evaluación de la Percepción de la Calidad del Cuidado: Instrumento Karen personal 114
2.4.3) Escala de evaluación de Condiciones de trabajo Subjetivas (CTS) 115
2.4.4) Escala Inventario de Profesionalismo de Hall 116

2.4.5) Escala de Capital Psicológico (CaPsi) 117
2.5) CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS 118
2.5.1) Prueba piloto 118
2.5.2) Validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados. 118
2.6) CONSIDERACIONES ÉTICAS 121
2.7) MODALIDAD DE RECOLECCIÓN DE DATOS 124
2.8) PROCESAMIENTO DE LOS DATOS ESTADÍSTICOS 125
2.9) PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS 125
3) RESULTADOS 129
3.1) ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LOS DATOS 129
3.1.1) Perfil biosociodemográfico 129
3.1.2) Análisis descriptivo de las actividades que durante su trabajo son identificadas por las enfermeras/os como de mayor demanda física y/o mental y sus propuestas de enfrentamiento. 134
3.1.3) Análisis descriptivo y comparativo de la Percepción de la Calidad del Cuidado de Enfermería 137
3.1.4) Análisis descriptivo y comparativo de las Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS). 138
3.1.5) Análisis descriptivo y comparativo del nivel de Profesionalismo. 141
3.1.6) Análisis descriptivo y comparativo del Capital Psicológico. 142
3.1.7) Análisis descriptivo y comparativo de los puntajes globales de las escalas de Percepción de la Calidad del Cuidado, Condiciones de Trabajo subjetivas (A y B), Profesionalismo y Capital Psicológico. 143
3.2) ANÁLISIS CORRELACIONAL DE LOS DATOS 145
3.2.1) Relaciones entre las dimensiones de Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS), Profesionalismo y Capital Psicológico con las características biosociodemograficas de los participantes del estudio. 145
3.2.2) Relaciones entre características biosociodemograficas, de salud, condiciones de trabajo objetivas y condiciones ambientales con la percepción de la calidad del cuidado de los participantes del estudio. 152
3.2.3) Relaciones entre las dimensiones de las Condiciones de Trabajo Subjetivas, Profesionalismo y Capital Psicológico con las dimensiones de la Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio. 155
3.3) ANALISIS EXPLICATIVO DE LOS DATOS 158

3.3.1) Influencia de las dimensiones de Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS), Profesionalismo y Capital Psicológico (CaPsi) en la percepción de la Calidad del Cuidado de Enfermería. 158

3.3.2) Modelos de Ecuaciones Estructurales, entre las Condiciones de Trabajo subjetivas (CTS), Profesionalismo y Capital Psioclógico (CaPsi) y la Calidad del Cuidado de enfermería percibida por los participantes del estudio (n=290). 160

4) DISCUSIÓN 192

5) CONCLUSIONES DEL ESTUDIO 251

6) LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN 253

7) SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES QUE EMERGEN DE ESTA INVESTIGACIÓN 254

8) REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 259

ANEXOS

Anexo A : Definición nominal y operacional de las variables 287

Anexo B: Cuestionario de variables Biosociodemográficas, Condiciones de Salud, Condiciones Laborales objetivas y Condiciones Ambientales 292

Anexo C: Cuestionario Karen Personal para medir la Percepción de la Calidad del Cuidado de Enfermería (original) 296

Anexo C.1: Cuestionario Karen Personal para medir la Percepción de la Calidad del Cuidado de Enfermería (validado en muestra)..... 298

Anexo D: Escala de Condiciones de Trabajo Subjetivas (original) 299

Anexo D.1: Escala de Condiciones de Trabajo Subjetivas (validada muestra)..... 302

Anexo E: Inventario de Profesionalismo de Hall 303

Anexo F: Escala de Capital Psicológico (CaPsi) (original)..... 305

Anexo F.1: Escala de Capital Psicológico (CaPsi) (validada muestra)..... 307

Anexo G: Autorización de Uso Cuestionario Karen Personal 308

Anexo H: Autorización de uso Escala de Condiciones de Trabajo Subjetivas 311

Anexo I: Autorización de uso Inventario de Profesionalismo de Hal**l**..... 312

Anexo J: Autorización de uso Escala de Capital Psicológico..... 313

Anexo K: Autorización aplicación de Prueba Piloto Hospital de San Carlos..... 314

Anexo L: Validación del Cuestionario para medir la percepción de la Calidad del Cuidado: Karen Personal 315

Anexo M: Validación Escala de Condiciones de Trabajo Subjetivas 320

Anexo N: Validación Inventario de Profesionalismo..... 329

Anexo Ñ: Validación Escala Capital Psicológico (ítems 1-24)..... 331

Anexo O: Declaración de Cumplimiento de las Buenas Practicas Clínicas..... 335

Anexo P: Declaración de Singapur Sobre la Integridad en la Investigación..... 336

Anexo Q: Aprobación Investigación Comité Ético- Científico de la Facultad de Enfermería de la UDEC 339

Anexo R: Aprobación Investigación Comité Ético- Científico Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán 341

Anexo S: Aprobación Investigación Comité Ético-científico Servicio Salud Maule.. 342

Anexo T: Aprobación Investigación Comité Ético- Científico Servicio Salud Bío Bío 343

Anexo U: Consentimiento Informado Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán345

Anexo V: Consentimiento Informado Hospital Regional de Talca Dr. Cesar Garavagno Burotto 347

Anexo W: Consentimiento Informado Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruíz Los Ángeles..... 350

Anexo X: Consentimiento Informado Hospital de San Carlos..... 352

Anexo Y : Justificación del análisis estadístico..... 355

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Población de profesionales de enfermería en servicios de medicina, cirugía, urgencia y especialidad médico-quirúrgica de los establecimientos en estudio. _____111

Tabla 2 Plan de análisis estadísticos de los datos. _____125

Tabla 3 Distribución de los participantes del estudio según sus principales características biosociodemográficas, desagregado por centro hospitalario. _____129

Tabla 4 Distribución de los participantes del estudio según su condición de salud, desagregado por centro hospitalario._____130

Tabla 5 Distribución de los participantes del estudio según condiciones laborales objetivas, desagregadas por centro hospitalario._____131

Tabla 6 Distribución de los participantes del estudio según condiciones ambientales de trabajo, según centro hospitalario. _____132

Tabla 7 Actividades que implican mayor demanda física al profesional de enfermería durante su trabajo desagregado por establecimiento hospitalario. _____134

Tabla 8 Actividades que implican mayor demanda mental al profesional de enfermería durante su trabajo desagregado por establecimiento hospitalario. _____135

Tabla 9 Estrategias de enfrentamiento de actividades de mayor demanda física y/o mental en su trabajo, propuesta por el profesional de enfermería deagregado por centro hospitalario._____136

Tabla 10 Puntajes medios de la percepción de la calidad del cuidado que entrega el profesional de enfermería según centro hospitalario. _____137

Tabla 11 Puntajes medios de las dimensiones de Condiciones de Trabajo Subjetivas Parte A, según centro hospitalario. _____139

Tabla 12 Puntajes medios de las dimensiones de Condiciones de Trabajo Subjetivas Parte B, según centro hospitalario._____140

Tabla 13 Puntajes medios de las dimensiones del profesionalismo de los(as) enfermero(as), según centro hospitalario._____141

Tabla 14 Puntajes medios de las dimensiones del Capital Psicológico (CaPsi) de los profesionales de enfermería según centro hospitalario. _____142
Tabla 15 Puntajes globales de la Percepción de la Calidad del Cuidado, Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS), Profesionalismo y Capital Psicológico (CaPsi) de los profesionales de enfermería, según centro hospitalario. _____143
Tabla 16 Correlación entre la edad de los participantes del estudio con las dimensiones de las Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS)._____145
Tabla 17 Puntuaciones medias de las primeras tres dimensiones para Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS), según características individuales de los participantes del estudio. _____146
Tabla 18. Puntuaciones medias de las últimas dos dimensiones para Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS) según características individuales de los participantes del estudio. _____147
Tabla 19 Correlaciones entre la edad de los participantes del estudio con las dimensiones de Profesionalismo. _____148
Tabla 20. Puntuaciones medias de las cinco dimensiones originales que forman Profesionalismo desagregado por características individuales de los participantes del estudio _____149
Tabla 21 Correlaciones entre edad de los participantes del estudio con las dimensiones del Capital Psicológico (CaPsi). _____150
Tabla 22. Puntuaciones medias de las tres dimensiones que forman Capital Psicológico (CaPsi) de los participantes del estudio desagregado por sus características individuales _____151
Tabla 23 Correlaciones entre la edad, condición de salud, condiciones laborales objetivas (antiguedad en el puesto, antiguedad laboral total, tiempo necesario para realizar trabajo) y condiciones ambientales de trabajo con la calidad del cuidado percibida por los participantes del estudio._____152

Tabla 24 Diferencia de medias entre sexo, sistema de turno, remuneración y organización profesional con la percepción de la calidad del cuidado percibida por los participantes del estudio. 153
Tabla 25 Analisis de la varianza entre las variables biosociodemográficas (organizacion profesional y grado acádemico-postítulo) y el tipo de contrato con la calidad del cuidado percibida por los participantes del estudio. 154
Tabla 26 Correlaciones entre las dimensiones de las Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS) Parte A y B y las dimensiones de la Calidad de Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290). 155
Tabla 27 Correlaciones entre las dimensiones de Profesionalismo con las dimensiones de la Calidad de Cuidado percibido por los participantes del estudio (n=290). 156
Tabla 28. Correlaciones entre las dimensiones del Capital Psicológico (CaPsi) y las dimensiones de la Calidad del Cuidado percibido por los participantes del estudio (n=290). **157**
Tabla 29 Regresión lineal entre las dimensiones que evalúan las Condiciones de Trabajo Subjetivas y la Calidad del Cuidado percibida por los particpantes del estudio (n=290). 158
Tabla 30 Regresión lineal entre Profesionalismo y Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290). 159
Tabla 31 Regresión lineal entre las dimensiones que evalúan el Capital Psicológico y Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290). 159
Tabla 32 Modelo de Ecuaciones Estructurales entre Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS) y Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290). 160
Tabla 33. Nivel de ajuste del Modelo de Ecuaciones Estructurales entre Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS) y Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290). 161
Tabla 34. Modelo de Ecuaciones Estructurales entre Profesionalismo y Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290). 162

Tabla 35. Nivel de ajuste del Modelo de Ecuaciones Estructurales entre Profesionalismo y Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290). 163

Tabla 36 Modelo de Ecuaciones Estructurales entre Capital Psicológico (CaPsi) y Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290). 164

Tabla 37. Nivel de ajuste del Modelo de Ecuaciones Estructurales entre Capital Psicológico (CaPsi) y Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290). 165

Tabla 38 Relación entre el puntaje global de las Condiciones de Trabajo Subjetivas y Capital Psicológico con la Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290). 167

Tabla 39. Nivel de ajuste del Modelo de Ecuaciones Estructurales entre la Relación del puntaje global de las Condiciones de Trabajo Subjetivas y Capital Psicológico con la Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290). 167

Tabla 40. Relación entre el puntaje global de las Condiciones de Trabajo Subjetivas, Capital Psicológico y Profesionalismo con la percepción de la Calidad del Cuidado. 169

Tabla 41. Nivel de ajuste del Modelo de Ecuaciones Estructurales entre la Relación del puntaje global de las Condiciones de Trabajo Subjetivas, Capital Psicológico y Profesionalismo con la Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290). 170

Tabla 42 Relación entre las dimensiones que conforman las Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS) y Capital Psicológico (CaPsi) con la Calidad del Cuidado percibido por las enfermeras/os en estudio (n=290). 172

Tabla 43 Nivel de ajuste del Modelo de Ecuaciones Estructurales entre la Relación de las dimensiones que conforman las Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS) y Capital Psicológico (CaPsi) con la Calidad del Cuidado percibido por las enfermeras/os en estudio (n=290). 172

Tabla 44 Relación entre las dimensiones que conforman las Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS) y el Profesionalismo con la Calidad del Cuidado percibido por las enfermeras/os en estudio (n=290). _____174

Tabla 45. Nivel de ajuste del Modelo de Ecuaciones Estructurales entre la Relación de las dimensiones que conforman las Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS) y el Profesionalismo con la Calidad del Cuidado percibido por las enfermeras/os en estudio (n=290)._____175

Tabla 46 Relación entre las dimensiones que conforman el Profesionalismo y el Capital Psicológico (CaPsi) con la Calidad del Cuidado percibido por las enfermeras/os en estudio (n=290). _____177

Tabla 47. Nivel de ajuste del Modelo de Ecuaciones Estructurales entre la Relación de las dimensiones que conforman el Profesionalismo y el Capital Psicológico (CaPsi) con la Calidad del Cuidado percibido por las enfermeras/os en estudio (n=290). _____177

Tabla 48 Relación entre las dimensiones que conforman las Condiciones de Trabajo Subjetivas, Capital Psicológico y Profesionalismo con la Calidad del Cuidado percibido por las enfermeras/os en estudio (n=290). _____180

Tabla 49. Nivel de ajuste del Modelo de Ecuaciones Estructurales entre la Relación entre las dimensiones que conforman las Condiciones de Trabajo Subjetivas, Capital Psicológico y Profesionalismo con la Calidad del Cuidado percibido por las enfermeras/os en estudio (n=290). _____182

Tabla 50 Comprobación de las hipótesis propuestas para esta investigación._____186

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Coeficiente alfa de escalas específicas, diadas y cuestionario, organizado según modelo teórico. 19

Figura 2. Dimensiones del Capital Psicológico Positivo 34

Figura 3. Esquema integrativo de los conceptos y/o modelos de la investigación. 46

Figura 4. Modelo Ecuaciones Estructurales de Condiciones de Trabajo Subjetivas (sus dimensiones) con la Calidad del Cuidado percibido por las enfermeras/os del estudio (n=290). 162

Figura 5. Modelo Profesionalismo (sus dimensiones) con la Calidad del Cuidado percibido por las enfermeras/os del estudio (n=290). 164

Figura 6. Modelo Capital Psicológico (sus dimensiones) con la Calidad del Cuidado percibido por las enfermeras/os del estudio (n=290). 166

Figura 7. Modelo de Relación entre el puntaje global de las Condiciones de Trabajo Subjetivas y Capital Psicológico con la Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290 168

Figura 8. Modelo de Relación entre el puntaje global de las Condiciones de Trabajo Subjetivas, Capital Psicológico y Profesionalismo con la Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290). 171

Figura 9. Modelo entre las dimensiones de Condiciones de Trabajo Subjetivas y Capital Psicológico con la Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290) 173

Figura 10. Modelo entre las dimensiones de Condiciones de Trabajo Subjetivas y Profesionalismo con la Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290). 176

Figura 11. Modelo entre las dimensiones de Profesionalismo y Capital Psicológico con la Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290). 178

Figura 12. Modelo entre las dimensiones de Condiciones de Trabajo Subjetivas, Capital Psicológico y Profesionalismo con la Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290). 183

Figura 13. Esquema integrativo de los conceptos y/o modelos de la investigación que influyen en la Percepción de la Calidad del Cuidado de Enfermería.....184
Figura 14. Integración de las diversas variables de la investigación que influyen en la Percepción de la Calidad del Cuidado de enfermería. 185

RESUMEN

En el contexto del mundo globalizado, enfermería enfrenta la necesidad de perfeccionar sus procesos de trabajo con vistas a garantizar cuidados de calidad a los pacientes.

***Objetivos**:* Determinar la influencia de las *condiciones de trabajo subjetivas, profesionalismo* y *capital psicológico* del profesional de enfermería sobre su percepción de la calidad del cuidado que entrega en hospitales de alta complejidad y *proponer modelo(s) que relacionen las condiciones de trabajo subjetivas, el profesionalismo y el capital psicológico y cada una de sus dimensiones con la percepción de la calidad del cuidado que entrega el profesional de enfermería*.

***Sujetos y método**:* investigación con abordaje cuantitativo de diseño correlacional/explicativo, transversal y comparativo. Se censó a 290 profesionales de enfermería que se desempeñan en los centros de responsabilidad o servicios de medicina, cirugía, urgencia y especialidad médico-quirúrgica de tres hospitales de la red pública de salud en Chile, que corresponde al 92.65% del total de profesionales de enfermería. El 7.34% restante no cumplió con los criterios de inclusión o negó su participación en este estudio. Para la recolección de los datos, se utilizó: el cuestionario de antecedentes biosociodemográficos, de salud, condiciones laborales objetivas y ambientales del profesional de enfermería elaborado por la autora; el instrumento Karen Personal para evaluar la percepción de la Calidad del Cuidado, la Escala de Condiciones de Trabajo subjetivas, el Inventario de profesionalismo de Hall y la Escala de Capital Psicológico, estos instrumentos fueron validados al contexto nacional mediante análisis factorial exploratorio y/o confirmatorio. Para el análisis estadístico se empleó el software R y el programa SPSS 15, se utilizó estadística descriptiva e inferencial. Se solicitó la autorización del Comité de Bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción y de cada uno de los comités de ética de las instituciones participantes y durante todo el estudio, se contemplarón los principios éticos de E. Emmanuel, la Declaración de Cumplimiento de las Buenas Practicas y la Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación.

Resultados: : La percepción de la Calidad del Cuidado proporcionada por los profesionales de enfermería en estudio se encuentra en promedio medio- alto, la dimensión relaciones psicosociales tiene la media más baja. Además, estos profesionales perciben buenas Condiciones de Trabajo Subjetivas, donde la dimensión método de desarrollo obtuvo la media más baja; un nivel medio-bajo de Profesionalismo, siendo la dimensión autonomía la que presentó la media más baja y una media global de Capital Psicológico alta, siendo la dimensión optimismo la media más baja. Se observan diferencias significativas entre la percepción de la Calidad del Cuidado, Condiciones de Trabajo Subjetivas y Profesionalismo entre los establecimientos hospitalarios estudiados. Los profesionales de enfermería más jóvenes presentan una mejor percepción de las Condiciones de Trabajo Subjetivas y mayor Profesionalismo y el

Capital Psicológico de los profesionales de enfermería se relaciona con su edad y la pertenencia a una organización profesional.Se logró evidenciar que la percepción de la Calidad del Cuidado total se asocia directamente a las Condiciones de Trabajo Subjetivas, Profesionalismo y Capital Psicológico y además la edad, grado académico, antigüedad en el puesto de trabajo y antigüedad total, condición de salud y condiciones ambientales de trabajo (temperatura, iluminación y espacio físico) del profesional de enfermería, están relacionadas a su percepción de la Calidad del Cuidado.

Mediante análisis SEM, se logró establecer que en sus valores totales la parte A de las Condiciones de Trabajo Subjetivas, el Profesionalismo y el Capital Psicológico influyen directamente con la percepción de la Calidad del Cuidado proporcionada por el profesional de enfermería y al considerar las dimensiones de cada instrumento, el entorno social de las Condiciones de Trabajo Subjetivas, la creencia en la autorregulación del inventario de profesionalismo y las dimensiones esperanza, autoeficacia y optimismo del Capital Psicológico influyen directa y significativamente en la percepción de la Calidad del Cuidado de enfermería.

Conclusión: La percepción de la Calidad del Cuidado que proporcionan los profesionales de enfermería se ve influida por el entorno social de trabajo, la autorregulación entre colegas y las características personales del enfermero/a como esperanza, autoeficacia y optimismo. A si mismo la edad, grado académico, antigüedad en el puesto de trabajo y antigüedad total, condición de salud y condiciones ambientales de trabajo (temperatura, iluminación y espacio físico) son factores que determinan la percepción de un cuidado de enfermería de calidad.

Palabras claves: Calidad del Cuidado, Enfermería, Condiciones de trabajo, Profesionalismo, Capital Psicológico

ABSTRACT

In the context of globalization, Nursing face the need to improve their work processes to guarantee quality patient healthcare.

Objectives: To determine the influence of the subjective work conditions, professionalism and psychological capital of the nursing professionals on their perception of the quality of care delivered in highly complex hospitals, and to propose a model (s) that relates to subjective work conditions, professionalism and the psychological capital and each of its dimensions with the perception of the quality of care delivered by the nursing professional.

Subjects and method: Study with quantitative approach of correlational / explanatory, transversal and comparative design. The investigated group consisted of 290 nursing professionals who work in services of Medicine, Surgery, ER and medical-surgical of three hospitals of the public healthcare network in Chile, which corresponds to 92.65% of the total of professionals of Nursing. The remaining 7.34% did not meet the inclusion criteria or denied participation in this study. For the collection of data it was used: biosociodemographic, health, objective and environmental working conditions questionnaire of the nursing professional created by the author of this study; the Karen Personal instrument to assess the perception of the Quality of care, the Scale of subjective Work Conditions, the Hall Professionalism Inventory and the Psychological Capital Scale. These instruments were validated to the national context through exploratory and / or confirmatory factor analysis. For the statistical analysis, the R software and the SPSS 15 program were used, descriptive and inferential statistics were used. The authorization of the Bioethics Committee of the Faculty of Nursing of the University of Concepción and of each of the ethics committees of the participating institutions was requested and throughout the study, the ethical principles of E. Emmanuel, the Declaration of Compliance with Good Practices and the Singapore Declaration on Integrity in Research.

Results: The perception of the Quality of healthcare provided by the nursing professionals under study is on average medium to high, the dimension psychosocial relationships have the lowest average. In addition, these group perceive good Subjective Work Conditions, where the dimension development method obtained the lowest average; a medium-low level of Professionalism, being the autonomy dimension the one that presented the lowest average and a global average of high Psychological Capital, being the optimism dimension the one that got lowest average. Significant differences were observed between the perception of the Quality of Care, Subjective Work Conditions and Professionalism among the hospital establishments studied. Younger nursing professionals have a better perception of Subjective Work Conditions and greater Professionalism and the Psychological Capital of nursing professionals is related

to their age and belonging to a professional organization. It was evidenced that the perception of Quality of Total Care is directly associated with Subjective Work Conditions, Professionalism and Psychological Capital and also the age, academic degree, seniority in the job and total age, health condition and environmental working conditions (temperature, lighting and physical space) of the nursing professional, are related to their perception of the Quality of Care.

Through SEM analysis, it was possible to establish that in its total values Part A of the Subjective Work Conditions, Professionalism and Psychological Capital directly influence the perception of the Quality of Care provided by the nursing professional and when considering the dimensions of Each instrument, the social environment of Subjective Work Conditions, the belief in the self-regulation of the professionalism inventory and the hope, self-efficacy and optimism dimensions of Psychological Capital directly and significantly influence the perception of Nursing Care Quality.

Conclusion: The perception of the quality of healthcare provided by nursing professionals is influenced by the social work environment, self-regulation among colleagues and personal characteristics of the nurse as hope, self-efficacy and optimism. To the same; the age, academic degree, seniority in the job and total age, condition of health and environmental conditions of work (temperature, lighting and physical space) are factors that determine the perception of Quality Nursing Care.

Keywords: Quality of care, Nursing, Working Conditions, Professionalism, Psychological Capital

1) INTRODUCCIÓN

1.1) PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

En el contexto del mundo globalizado, donde la ciencia, la tecnología y la información están dentro del alcance de muchos, las profesiones y específicamente enfermería, enfrentan la necesidad de perfeccionar sus procesos de trabajo con vistas a garantizar cuidados de calidad a los pacientes [1, 2, 3] más aún, hoy en día en que las expectativas del público en el tema de calidad han ido en aumento. En este contexto, el desafío es entonces hoy más que ayer, poder otorgar una atención eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad que se fundamente en valores y estándares técnico-científico, sociales, humanos y éticos [4]. Para enfermería, el cuidado constituye la esencia de la disciplina y es el factor básico que distingue entre las enfermeras y otros profesionales de la salud [5,6] . El concepto de cuidado ha sido ampliamente definido, no existe una sola concepción de él, pero en general y como argumenta Watson, el cuidado incluye el conocimiento, el desempeño y los resultados [7]. La calidad del cuidado ha sido una preocupación constante para enfermería [8], esta implica diversos componentes tales como la naturaleza de los cuidados, la razón para proporcionarlos, el objetivo que se propone y los medios físicos, financieros, tecnológicos y humanos necesarios, por lo que proveer cuidados de enfermería que sean de calidad no es algo sencillo ni exento de dificultades y limitaciones [9]. Estudios que han abordado la calidad del cuidado de enfermería han reportado que presenta deficiencias que se deben mejorar y que ha sido identificado como "monótono, lineal y sin sentido, dentro de la racionalidad técnica y el enfoque biomédico"[10, 11], con ocurrencia de eventos indeseados, que repercuten en la imagen de las organizaciones de salud [12, 13], en los usuarios, sus familias y en el factor económico y financiero de los sistemas de salud por los costos que representan la atención de los mismos [12 -15].

La calidad y seguridad de la atención es hoy en día una prioridad a nivel mundial y en todos los niveles asistenciales, por lo que, brindar cuidados de calidad es uno de los

retos a los que se enfrenta enfermería [10]. Ahora bien, para conocer si el profesional de enfermería está otorgando una atención de calidad, los resultados del cuidado de enfermería requieren ser evaluados, con el fin, de implementar estrategias que permitan garantizar el mejoramiento en la prestación del servicio. Pero, actualmente esta evaluación se ha centrado principalmente en indicadores de prestaciones técnicas de cuidado, con porcentajes de cumplimiento y metas programadas [9]. Por tanto, se hace necesario incorporar otras formas de apreciar el fenómeno, no enfocándose únicamente en indicadores numéricos y que consideren la percepción de quien entrega este cuidado. Desde otra perspectiva, el estudio de la calidad del cuidado no puede dejar de incorporar el contexto en el cual éste se proporciona, ya que se ha documentado que podría verse afectada por las condiciones en las cuales se otorga [15-20]. En las sociedades contemporáneas, la actividad laboral ocupa una parte importante del escenario y del tiempo cotidiano de las personas [21], las cuales pasan la mayor parte de su tiempo en la organización en la que se desempeñan [22]. Todo trabajo puede definirse a partir de dos elementos básicos: "lo que se hace", o actividad laboral propiamente dicha, y "en qué condiciones se hace" [23], conocido, esto último como condiciones de trabajo, de las cuales, distintas disciplinas, autores y organismos han propuesto diversas definiciones, con un denominador común, estar a favor de la salud de los trabajadores [24]. La literatura científica en general y la evidencia acumulada por investigaciones centradas en el tema han exteriorizado que, las condiciones en que se realiza el trabajo pueden repercutir sobre diferentes aspectos de la actividad laboral, tales como: la calidad del mismo trabajo, el bienestar, la salud y la seguridad, la motivación, el compromiso, la satisfacción y el rendimiento, así como en las patologías profesionales, la eficacia y la eficiencia de las organizaciones y también sobre muchas de las disfunciones en las mismas, como conflictividad, absentismo y presentismo, rotación, abandono, accidentalidad o enfermedades laborales [23, 25, 26, 27]. A nivel global, el contexto socioeconómico actual, presenta condiciones laborales adversas y precarización del trabajo en el sector salud [28] lo que incluye a enfermería. Es así como, entidades internacionales: Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo Internacional de

Enfermería (CIE) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), quien además ha incorporado como uno de sus principales objetivos, el mejoramiento de las condiciones de trabajo; han reconocido siempre la importancia del trabajo de enfermería en el campo de la salud y han identificado condiciones de trabajo precarias en este profesional, lo que lleva a sobrecarga laboral, cansancio y agotamiento físico y mental [29], lo que puede repercutir en la calidad del cuidado entregado a los usuarios. Al respecto, Romero y cols. indican que las condiciones laborales en las cuales ejerce el profesional de enfermería pueden impactar negativamente en el cuidado que proporciona y en la calidad de vida personal y familiar de estos profesionales [30].

El cuidado de enfermería, también involucra las características personales de quien lo proporciona, pudiendo éstas influir en la calidad del mismo, entre ellas se encuentra el profesionalismo. Durante los últimos 25 años, el profesionalismo ha surgido como un tema sustancial, sostenido y multidimensional [31], que ha sido reconocido durante siglos como fundamental para algunas disciplinas [32]. Sin embargo, no hay una definición simple o generalizable al respecto ya que, existe una falta de consenso sobre como conceptualizarlo, mediada en parte, por el cambio de puntos de vista o percepción que ha presentado el profesionalismo en el tiempo [33, 34]. Como expresa Fox, profesionalismo "significa diferentes cosas para diferentes personas" [35], no depende de una sola perspectiva sino que, se entiende mejor en cada contexto [36]. Diversos autores han tratado de interpretar este concepto desde ya hace bastantes años [37-45] y además se ha señalado que, la medición del profesionalismo es problemática [31, 33, 34, 46, 47], ya que es difícil establecer los elementos que constituyen un adecuado profesionalismo, las capacidades profesionales varían considerablemente y por la falta muchas veces de un marco adecuado en cada profesión para evaluar su propio desempeño profesional [48]. Pero, existe un consenso especialmente en el área de salud, que el profesionalismo debe incorporarse ya desde el currículo y que debe ser evaluado como una competencia de los futuros profesionales [48]. Esto debido a que el actual clima de cambio, la mayor carga de trabajo, el aumento de las demandas de los pacientes motivadas en parte por los medios de comunicación, hace que los valores profesionales se vean comprometidos, por

lo tanto la evaluación del profesionalismo es de alta prioridad [48]. El profesionalismo en enfermería ha sido descrito como un factor que determina en mayor medida la calidad de la atención en el medio hospitalario [49], una enfermera/o con sentido de profesionalismo elevado puede desarrollar una asociación reforzada con el equipo de salud, lo que favorece la comunicación, la consecución de las metas compartidas y la entrega de un cuidado al paciente con altos estándares de calidad [50].

Sin embargo, y debido a la mayor carga asistencial a la que se esta viendo enfrentado el profesional de enfermería [51], como también al cambio de foco de la asistencia sanitaria a un modelo más orientado al negocio [51] puede llevar a que con el transcurso del tiempo, este profesional se ocupe más del aspecto técnico, de la metodología procedimental que implica el cuidado, descuidando la parte intelectual e integral de éste [49], lo que claramente puede incidir en la calidad del cuidado que entrega. La necesidad del profesionalismo de enfermería es hoy mayor que en cualquier momento anterior, lo que hace imprescindible volver a evaluarlo [51].

Como se expuso previamente, el actual clima de cambio en el trabajo de enfermería, marcado por un aumento tanto de la carga de trabajo administrativo como de la cantidad de trabajo directo con los usuarios [52] es una realidad a la que el profesional de enfermería debe enfrentarse diariamente, ante la cual debe poseer los recursos personales necesarios para así, poder afrontar estas nuevas demandas y exigencias de sus actividades y entregar un cuidado de calidad. Sumado a lo anterior, el entorno de trabajo del profesional de enfermería es muchas veces adverso, marcado por una disminución de los recursos para otorgar un cuidado seguro y de calidad y por problemas de contratación y retención de los recursos humanos [53]. Los datos procedentes de países desarrollados y de países en desarrollo tienden a indicar que la contratación y la retención de las enfermeras son problemas graves [53]. Se comunica que hay puestos vacantes en muchos países, inclusive en países en desarrollo y la rotación del personal, indicador que se emplea con frecuencia para evaluar los problemas de retención en los puestos de trabajo, en países tales como el Reino Unido y USA, las tasas son bastante

significativas, de alrededor del 20%. Todo lo cual, puede tener efectos perjudiciales para la prestación de los cuidados y para los resultados de la calidad de los mismos [53].

Es en este sentido que el Capital Psicológico (CapPsi) cobra gran relevancia para la mejora de la práctica enfermera. El CapPsi constructo definido por Luthans, Youssef y Avolio (2007), como el estado psicológico positivo caracterizado por tener confianza para llevar a cabo con éxito una tarea desafiante (autoeficacia), hacer una atribución positiva sobre el éxito actual y futuro (optimismo), fortalecerse en la adversidad (resiliencia), y perseverar en la búsqueda de los objetivos hacia el éxito (esperanza), puede contribuir a tener un mejor desempeño laboral [54]. El CapPsi representa el arsenal con que cuenta cada persona para enfrentar la vida cotidiana, cada constructo o estructura mental ofrece las opciones para la interpretación y toma de decisiones personales ante las vicisitudes diarias [55]. Pero en el ámbito de enfermería el CapPsi ha sido escasamente estudiado y sólo a nivel internacional, USA, Canadá, Australia y China presentan algunas investigaciones [50,51,52,56]. Un estudio australiano que analizó el CapPsi en profesionales de enfermería, determinó que este, es fuente fundamental de recursos personales y que tiene un efecto moderador sobre los efectos negativos de las demandas del trabajo y el estrés producto del rol del profesional de enfermería [52]. Resultados similares obtuvieron Spence y Fida en Canadá quienes determinaron entre otros aspectos que, reforzando el CapPsi se puede retener a los recién egresados de enfermería y sostener el futuro de la fuerza de trabajo de enfermería [56]. Por lo que evaluar el CapPsi en el profesional de enfermería se torna contingente y necesario, ya que estos profesionales están insertos en un contexto de gran inestabilidad, que requiere de flexibilidad, adaptabilidad, innovación, velocidad de mercado y desarrollo eficaz por parte de ellos, para hacer frente a los constantes cambios que van aconteciendo [57, 58,59]. Además, las decisiones que el profesional de enfermería realiza en su práctica cotidiana pueden marcar una diferencia vital en la eficiencia y la eficacia de todo el sistema ya que las enfermeras son cruciales para lograr el mejor equilibrio entre calidad, acceso y costo [60].

Finalmente, reconociendo que, la Calidad del Cuidado de enfermería en el último tiempo, ha priorizado aspectos técnicos, secundando aspectos de una atención integral y, presenta deficiencias que se deben mejorar, en el conocimiento que la población está más demandante de un servicio de calidad; que las Condiciones de Trabajo, en la literatura han sido ampliamente reconocidas como precarias en el sector salud; que el Profesionalismo como constructo es relevante de estudiar dado que, involucra las características personales del profesional de enfermería y que, hoy se le esta asignando un rol fundamental para la entrega de un cuidado de calidad y el Capital Psicológico que surge como concepto nuevo, que impacta en el servicio brindado, sumado a todo esto, la incipiente incursión de estas temáticas a nivel nacional, se ha considerado pertinente estudiar cómo influyen las condiciones de trabajo subjetivas, el profesionalismo y el capital psicológico de los profesionales de enfermería sobre la percpeción de la calidad del cuidado que entrega este profesional.

1.1.1) Problema de investigación

Pregunta problema:

¿Cómo influyen la percepción de las condiciones de trabajo subjetivas, el profesionalismo y el capital psicológico de los profesionales de enfermería sobre su percepción de la calidad del cuidado que entrega en hospitales de alta complejidad en Chile?

Interrogantes:

1. ¿Cuál es el perfil biosociodemográfico (sexo, edad, grado académico, pertenencia a organizaciones profesionales), la condición de salud, las condiciones laborales objetivas (turno, remuneración, antigüedad laboral en el puesto de trabajo, antigüedad laboral total, tipo de contrato), tiempo necesario para realizar el trabajo y las condiciones ambientales (temperatura, iluminación, ruido, espacio) de los profesionales de enfermería en estudio?

2. ¿Cuál(es) sera(n) las actividades que durante su trabajo le implican una mayor demanada física y/o mental a los profesionales de enfermería en estudio?
3. ¿Que estrategia(s) de enfrentamiento propone el profesional de enfermería en estudio para la mayor demanda física y/o mental en su trabajo?
4. ¿Cuál es la percepción de los profesionales de enfermería de la calidad del cuidado que entrega en cuanto a relaciones psicosociales, compromiso, satisfacción con el trabajo, apertura / cercanía, desarrollo de competencias, seguridad / inseguridad?
5. ¿Cuáles son las condiciones de trabajo subjetivas en cuanto a método de regulación, método de desarrollo, entorno social, entorno material, ajuste de la organización a la persona y adaptación de la persona a la organización, que perciben los profesionales de enfermería en estudio?
6. ¿Cómo es el profesionalismo en relación a: uso de una organización profesional como un referente mayor, creencia en el servicio público, creencia en la autorregulación, sentido de llamando a la profesión y autonomía profesional de los profesionales de enfermería en estudio?
7. ¿Cómo es el capital psicológico en relación a: autoeficacia, optimismo, esperanza y resiliencia de los profesionales de enfermería en estudio?
8. ¿Existirán diferencias entre los hospitales en estudio, en relación a la calidad del cuidado, condiciones de trabajo subjetivas, profesionalismo y capital psicológico?
9. ¿Existirá una asociación entre el perfil biosociodemografico del profesional de enfermería con su percepción de las condiciones de trabajo subjetivas, profesionalismo y capital psicológico?
10. ¿Existirá una asociación entre el perfil biosociodemográfico, condición de salud, condiciones de trabajo objetivas y condiciones ambientales del profesional de enfermería con su percepción de la calidad del cuidado?
11. ¿Cómo influyen las condiciones de trabajo subjetivas percibidas por los profesionales de enfermería en relación a: método de regulación, método de

desarrollo, entorno material, entorno social, ajuste de la organización a la persona y adaptación de la persona a la organización, en la percepción de la calidad del cuidado que entregan?

12. ¿Cómo influye el profesionalismo en relación al uso de una organización profesional como un referente mayor, la creencia en el servicio público, creencia en la autorregulación, sentido de llamando a la profesión y autonomía profesional en la percepción de la calidad del cuidado que entrega?
13. ¿Cómo influye el capital psicológico de los profesionales de enfermería en relación a: autoeficacia, optimismo, esperanza y resiliencia, en la percepción de la calidad del cuidado que entrega?
14. ¿Cuáles serán las variables predictoras para la percepción de la calidad del cuidado de enfermería en cuanto a condiciones de trabajo subjetivas, profesionalismo y capital psicológico?

1.1.2) Fundamentación del estudio:

En Chile, existe escasa evidencia empírica de los resultados de la percepción de la calidad del cuidado otorgado por el profesional de enfermería, es así como esta investigación podrá contribuir a la disciplina al facilitar información respecto a la calidad del cuidado entregado por enfermeras chilenas de centros hospitalarios públicos de alta complejidad. Además, estudiar la influencia de las condiciones de trabajo, profesionalismo y capital psicológico en la percpeción de la calidad de los cuidados se torna contingente y oportuno y fundamenta también la importancia para la disciplina de este estudio, al investigar en temas que han sido escasamente explorados y que pueden repercutir en la percepción de la calidad del cuidado.

Un aspecto importante que fundamenta este estudio, es que actualmente en nuestro país, la evaluación del cuidado de enfermería se ha centrado principalmente en indicadores numéricos, con porcentajes de cumplimiento en base a metas programadas, aludiendo solo al aspecto técnico-procedimental del cuidado [(9)]. Y los esfuerzos están puestos en garantizar que las prestaciones cumplan con los estándares mínimos para el logro de la

acreditación del prestador [53] . Por lo tanto, se hace necesario incorporar otras formas de apreciar el fenómeno de la calidad del cuidado de enfermería, que integren otras variables a ser evaluadas, más allá del aspecto técnico del cuidado y que además considere la opinión del propio prestador del cuidado, o sea del profesional de enfermería. Teniendo en cuenta que las/os enfermeras/os son los grupos más grandes entre los profesionales de la salud y son legalmente y moralmente responsables del cuidado enfermero, por lo que su propia percpeción sobre la calidad del cuidado de enfermería es importante [61] . Todo lo cual puede contribuir en la mejora de los procesos de cuidado con miras a un mejoramiento continuo de la calidad.

Esta investigación, es también relevante para la práctica de enfermería, porque conocer la influencia específica de las condiciones de trabajo en la percepción de la calidad de los cuidados, sería un primer paso, que otorgue un fundamento a las enfermeras gestoras para poder intervenir en ellas, propiciando que el cuidado sea proporcionado en un ambiente favorable lo que incrementaría tanto los mejores resultados de cuidado, como la calidad de vida del propio profesional. Así mismo, al estudiar las condiciones de trabajo se está en concordancia con entidades internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) quienes han incorporado dentro de sus objetivos el mejoramiento de las condiciones de trabajo y la Asociación Americana de Enfermería (ANA), la American Hospital Association y la Joint Commissionn Accreditation of Health care Organizations, quienes apoyan un ambiente de trabajo saludable para todas las enfermeras y los pacientes [62] . De igual modo conocer el nivel de profesionalismo y el capital psicológico, con que cuentan los profesionales de enfermería, es también un insumo para las enfermeras gestoras, ya que de ser necesario, pueden realizar intervenciones adecuadas para ser desarrollado, lo que podría mejorar el desempeño de este profesional, al entregar elementos que le permitan afrontar de mejor manera las exigencias y demandas del ambiente laboral de enfermería, mejorando los estándares de calidad del cuidado. Evaluar aquellos aspectos contextuales, externos al profesional de enfermería como lo son sus condiciones de trabajo objetivas y subjetivas ,

así como también los aspectos actitudinales, aquellas características individuales, como el profesionalismo que podrían influir en el cuidado otorgado a los usuarios, resulta de interés en diferentes ámbitos para enfermería y sumado a esto se torna trascendente evaluar los recursos internos con que cuenta el profesional de enfermería, o sea su Capital Psicológico que constituyen los recursos que podrían poseer estos profesionales para hacer frente a la vida cotidiana y que ofrecen las opciones para la interpretación y toma de decisiones ante las demandas del trabajo diario [55] . Considerando además que los estudios demuestran una asociación entre CaPsi, desempeño, compromiso, bienestar psicológico laboral, disminución del burnout, rendimiento y satisfacción de los trabajadores [50,51, 52, 55, 56] y que esta variable es posible de ser desarrollada, evaluarla consitituye un paso importante en el logro de un cuidado de enfermería de calidad.

Para las instituciones de salud, conocer aquellos factores que podrían influir en la percepción de la calidad del cuidado de enfermería, permitiría entregar herramientas para los gestores de salud en el planteamiento activo de estrategias focalizadas en dichos factores, lo que por un lado puede contribuir en reducir fallas en la calidad, como en la optimización de recursos al intervenir en los factores que tienen una mayor influencia en ella. Considerando que, las enfermeras son el mayor colectivo de profesionales de la salud y representan una amplia proporción del costo sanitario total [60] la mejora de la calidad, tendría un importante impacto para las instituciones de salud. Por otro lado en la medida que las instituciones de salud fomenten el profesionalismo y el capital psicológico puede incrementarse la satisfacción laboral, el compromiso, el desempeño y la retención de enfermeras [52] , lo que resulta primordial en un momento en que la contratación y la retención de las enfermeras son problemas graves tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo [53,60] .

Otro aspecto, que fundamenta la relevancia social de este estudio, es la incorporación de esta temática en los objetivos sanitarios establecidos para el 2011-2020 por el gobierno de Chile, específicamente esta investigación atiende a los objetivos estratégicos siete y ocho. El número siete, hace alusión a “Fortalecer la investigación en salud” [63] . Considerando que, invertir en investigación y desarrollo en salud, no solo beneficia a la

salud presente y futura de las poblaciones, sino que también tienen un impacto positivo en el crecimiento económico de los países [63]. Por lo que, el gobierno para cumplir este objetivo estableció estrategias orientadas por un lado, a estimular la investigación en diferentes niveles entre ellos la síntesis de evidencia, en la cual se puede enmarcar este estudio y la divulgación a públicos específicos, mediante la publicación de las investigaciones en revistas de circulación internacional, lo que también se pretende cumplir en esta investigación. En este mismo objetivo siete, el gobierno hace hincapié en velar por que las condiciones laborales sean adecuadas, que permitan estimular el desempeño y compromiso del personal, así como el desarrollo del talento [63]. Y el objetivo estratégico número ocho, hace referencia a la calidad de la atención [63], considerando que el mejoramiento de la calidad de las prestaciones, tendrá efectos en las grandes metas sanitarias, como la reducción de la mortalidad, morbilidad, las desigualdades en salud, y el aumento de la satisfacción de los usuarios.

Finalmente, esta investigación también es relevante para los usuarios, puesto que la relación entre la calidad de la atención y los resultados en salud ha sido ampliamente documentada [64]. Es así como, los problemas derivados de un desempeño profesional deficiente repercuten directamente en los usuarios ya que resultan perjudicados por tratamientos inoportunos, o ineficaces o por defectos de seguridad en la atención [63]. Por tanto la mejora de la calidad del cuidado conlleva a un aumento de la seguridad, bienestar y satisfacción de los pacientes; favoreciendo el retorno al mismo centro asitencial de los usuarios [65]. Si el cuidado no se realiza con calidad puede generar errores y poner en peligro la seguridad del cuidado y la de los propios usuarios [66].

1.2) OBJETIVOS

1.2.1) Objetivos generales

- Determinar la influencia de las condiciones de trabajo subjetivas, el profesionalismo y el capital psicológico del profesional de enfermería sobre su percepción de la calidad del cuidado que entrega en hospitales de alta complejidad.
- Proponer modelo(s) que relacionen las condiciones de trabajo subjetivas, el profesionalismo y el capital psicológico y cada una de sus dimensiones con la percepción de la calidad del cuidado que entrega el profesional de enfermería.

1.2.2) Objetivos específicos

- Describir el perfil biosociodemográfico (sexo, edad, grado académico, pertenencia a organizaciones profesionales), condición de salud, condiciones laborales objetivas (sistema de turno, remuneración, antigüedad laboral en el puesto de trabajo, antigüedad laboral total, tipo de contrato), tiempo necesario para realizar el trabajo y las condiciones ambientales (temperatura,iluminación, ruido, espacio) de los profesionales de enfermería en estudio.
- Identificar desde el punto de vista del profesional de enfermería en estudio, la/s actividad/ades que durante su trabajo le implican una mayor demanda física y/o mental.
- Identificar la/s estrategia/s de enfrentamiento de la mayor demanda física y/o mental en el trabajo propuestas por el profesional de enfermería en estudio
- Describir la percepción del profesional de enfermería en relación a la calidad del cuidado que entrega en términos de: relaciones psicosociales, compromiso, satisfacción con el trabajo, apertura / cercanía, desarrollo de competencias, seguridad / inseguridad.
- Describir las condiciones de trabajo subjetivas en relación a: entorno material, entorno social, método de regulación, método de desarrollo, ajuste de la organización a la

persona y adaptación de la persona a la organización, que perciben los profesionales de enfermería en estudio.

- Describir el profesionalismo en relación a: uso de una organización profesional como un referente mayor, creencia en el servicio público, creencia en la autorregulación, sentido de llamando a la profesión y autonomía profesional, de los profesionales de enfermería en estudio
- Describir el capital psicológico en relación a: autoeficacia, esperanza, resiliencia y optimismo de los profesionales de enfermería en estudio.
- Asociar el perfil biosociodemográfico del profesional de enfermería a las condiciones de trabajo subjetivas , profesionalismo y capital psicológico.
- Asociar el perfil biosociodemográfico, condición de salud, condiciones de trabajo objetivas y condiciones ambientales del profesional de enfermería con su percepción de la calidad del cuidado.
- Establecer las relaciones entre las condiciones de trabajo subjetivas, el profesionalismo y el capital psicológico y cada una de sus dimensiones con la percepción de la calidad del cuidado que entrega el profesional de enfermería.
- Determinar el peso específico de las condiciones de trabajo subjetivas y de cada una de sus dimensiones con la percepción de la calidad del cuidado que entrega el profesional de enfermería en estudio.
- Determinar el peso específico del profesionalismo y de cada una de sus dimensiones con la percepción de la calidad del cuidado que entrega el profesional de enfermería en estudio.
- Determinar el peso específico del capital psicológico y de cada una de sus dimensiones con la percepción de la calidad del cuidado que entrega el profesional de enfermería en estudio.

1.3) HIPÓTESIS DE INVESTIGACION

H1: Los profesionales de enfermería que valoran más alto sus condiciones de trabajo subjetivas, perciben que otorgan una mejor calidad de cuidado.

H1.1: Los profesionales de enfermería que perciben mejores condiciones de trabajo subjetivas, respecto a entorno material, perciben que otorgan una mejor calidad de cuidado.

H1.2: Los profesionales de enfermería que perciben mejores condiciones de trabajo subjetivas, respecto a entorno social, perciben que otorgan una mejor calidad de cuidado.

H1.3: Los profesionales de enfermería que perciben mejores condiciones de trabajo subjetivas, respecto a método de regulación, perciben que otorgan una mejor calidad de cuidado.

H1.4: Los profesionales de enfermería que perciben mejores condiciones de trabajo subjetivas, respecto a método de desarrollo, perciben que otorgan una mejor calidad de cuidado.

H1.5: Los profesionales de enfermería que perciben mejores condiciones de trabajo subjetivas, respecto al ajuste de la organización a la persona, perciben que otorgan una mejor calidad de cuidado.

H1.6: Los profesionales de enfermería que perciben mejores condiciones de trabajo subjetivas, respecto a la adaptación de la persona a la organización, perciben que otorgan una mejor calidad de cuidado.

H2: Los profesionales de enfermería que presentan mayor profesionalismo, perciben que otorgan una mejor calidad de cuidado.

H2.1: Los profesionales de enfermería que presentan mayor profesionalismo, respecto al uso de una organización como un referente mayor, perciben que otorgan una mejor calidad de cuidado.

H2.2: Los profesionales de enfermería que presentan mayor profesionalismo, respecto a la creencia en el servicio público, perciben que otorgan una mejor calidad de cuidado.

H2.3: Los profesionales de enfermería que presentan mayor profesionalismo, respecto a la creencia en la autoregulación, perciben que otorgan una mejor calidad de cuidado.

H2.4: Los profesionales de enfermería que presentan mayor profesionalismo, respecto al sentido de llamado a la profesión, perciben que otorgan una mejor calidad de cuidado.

H2.5: Los profesionales de enfermería que presentan mayor profesionalismo, respecto a autonomía, perciben que otorgan una mejor calidad de cuidado.

H3: A mayor nivel de capital psicológico mayor es la percepción de los profesionales de enfermería de la calidad del cuidado.

H3.1: A mayor nivel de autoeficacia, mayor es la percepción de los profesionales de enfermería de la calidad del cuidado

H3.2: A mayor nivel de esperanza mayor es la percepción de los profesionales de enfermería de la calidad del cuidado.

H3.3: A mayor nivel de resiliencia mayor es la percepción de los profesionales de enfermería de la calidad del cuidado.

H3.4: A mayor nivel de optimismo mayor es la percepción de los profesionales de enfermería de la calidad del cuidado

1.4) VARIABLES DEL ESTUDIO

1.4.1) Variable dependiente

Percepción de la Calidad del Cuidado de enfermería	Relaciones psicosociales, compromiso, satisfacción con el trabajo, apertura/cercanía, desarrollo de competencias, seguridad / inseguridad

1.4.2) Variables independientes

Variables biosociodemográficas, condición de salud, condiciones de trabajo subjetivas, tiempo necesario para realizar el trabajo, condiciones ambientales del profesional de enfermería, demanda física y/o mental de trabajo, estrategias de enfrentamiento	Biosociodemográficas (sexo, edad, grado académico/postítulo,organización profesional); condición de salud (muy buena, buena, regular , mala y muy mala); condiciones de trabajo objetivas (sistema de turno, remuneración, antigüedad laboral en el puesto , antigüedad laboral total, tipo de contrato) tiempo necesario para realizar el trabajo (desde 1 falta tiempo hasta 7 sobra tiempo) y condiciones ambientales (temperatura, iluminación, ruido, espacio)
Condiciones de Trabajo Subjetivas	Entorno material, Entorno social, Método de regulación, Método de desarrollo, Ajuste de la organización a la persona y Adaptación de la persona a la organización.

Profesionalismo	Uso de una organización profesional como un referente mayor, creencia en el servicio público, creencia en la autorregulación, sentido de llamando a la profesión, autonomía profesional
Capital Psicológico	Autoeficacia, Esperanza, Resiliencia y Optimismo

Se indica que la definición (nominal y operacional) de cada una de las variables se detallan en el *Anexo A.*

1.5) MARCO REFERENCIAL

1.5.1) Marco teórico-conceptual

El presente trabajo de investigación se basa en la conceptualización que diferentes expertos han levantado en el tema, sobre las variables en estudio, tales como Blanch J. M., Peiró, Prieto y Ramos que han profundizado en las condiciones de trabajo, Hall y Snizek en el profesionalismo, Luthans y colaboradores, quienes han desarrollado el concepto contemporáneo de capital psicológico y Donabedian en el tema de calidad.
Además, se incluye la conceptualización sobre percepción de la calidad del Cuidado de Enfermería de DalPezzo, junto al concepto de percepción debido a que las diferentes variables serán medidas a través de la percepción de los participantes.

1.5.1.1) Condiciones de trabajo:

Distintas disciplinas, autores y organismos han propuesto diversas definiciones de este constructo, al respecto Blanch J.M. [21,25,27,67] plantea que, con el rotulo de condiciones de trabajo se alude a “un amplio y heterogéneo conjunto de factores y de circunstancias

que de manera directa e indirecta se encuentran relacionados con el modo en que se llevan a cabo las actividades laborales, y que inciden de manera significativa tanto en la experiencia del trabajo como en la dinámica de las relaciones laborales" y que, posteriormente complementaría como "el conjunto de las circunstancias y características ecológicas, materiales, técnicas, económicas, sociales, políticas, jurídicas y organizacionales en el marco de las cuales se desarrollan la actividad y las relaciones laborales". Este autor considera que, el estudio interdisciplinar de las condiciones de trabajo está desplazando el énfasis desde sus aspectos materiales, físicos, técnicos, ergonómicos, higiénicos y mecánicos hacia la dimensión más psicosocial y subjetiva de la experiencia y de las relaciones e interacciones laborales, además indica que en las sociedades contemporáneas, la actividad laboral ocupa una parte importante del escenario y del tiempo cotidiano de las personas, constituyéndose el trabajo como una categoría central de la vida económica, psicológica y social de las personas y de los pueblos, funcionando como un factor determinante de la salud, la calidad de vida y el bienestar subjetivo y no solo como un factor determinante de su supervivencia material.

Al respecto, Blanch y cols. [27] estructuraron un *Modelo Teórico de Condiciones de trabajo*, este modelo propone que las condiciones de trabajo se configuran en torno a una triple relación de la organización: con el método, con el entorno y con la persona. Teniendo en consideración el consenso internacional por el cual las dimensiones claves de tales condiciones hacen referencia al ambiente físico y social, a la organización y características de las tareas (demandas cuantitativas y cualitativas, exigencias de rol y carga y tiempo de trabajo), a la salud ocupacional y seguridad laboral, y a la calidad de la relación laboral (tipo de contrato, duración, jornada, etc.).

En su modelo hace hincapié en los factores psicosociales de las condiciones de trabajo considerando lo expuesto desde hace décadas por la OIT. Su contenido incluye aspectos de las condiciones de trabajo, bienestar y calidad de vida laboral, que en función de su presencia e intensidad, pueden actuar como factores protectores y saludables, o por el contrario, como factores de riesgo psicosocial.

Figura 1. Coeficiente alfa de escalas específicas, diadas y cuestionario, organizado según modelo teórico.

Fuente: Blanch, Sahagún y Cervantes (2010)

Este modelo teórico, operacionalizado en las escalas cuyas propiedades psicométricas aparecen en la misma figura 1, trata estas condiciones como un todo integrado, posibilitando un abordaje holístico tanto de aspectos positivos a promover como de otros negativos a prevenir, tal y como recomienda la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo.

Las escalas de la díada Organización y Método (Regulación y de Desarrollo), al igual que las de Organización y Entorno (Entorno Material y de Entorno Social), fueron creadas por Blanch en el año 2005 para una investigación sobre calidad de vida laboral en el subempleo [(68)], en la que funcionaron como factores integrados en las escalas de condiciones de trabajo y de clima social. Posteriormente, previa revisión, adaptación y ampliación, fueron aplicadas y revalidadas en otro estudio sobre calidad de vida laboral en universidades y hospitales [(69)]. Por otra parte, las de la díada Organización y Persona (las de Ajuste Organización- Persona y de Adaptación Persona-Organización), fueron especialmente construidas para esta última investigación y, al igual que las demás,

puestas a punto en una fase piloto [69] , en las que presentaron respectivamente alfas de .95 y de .89.

En la diada *Organización y Método*, se incluyen dos factores, el primero de ellos es la *regulación* que incorpora, el tiempo de trabajo (horarios, ritmos y descanso, etc), la organización general del trabajo, la retribución económica, carga de trabajo, calidad del contrato laboral, conciliación trabajo-vida privada y familiar y el segundo factor corresponde al *desarrollo*, el cual considera, la autonomía en la toma de decisiones profesionales, justicia en la contratación, remuneración y promoción, oportunidades en formación continua, vías de promoción laboral, participación en las decisiones organizacionales, relaciones con la dirección, evaluación del rendimiento profesional por la institución, apoyo personal directivo.

En la diada *Organización y entorno*, se consideran también dos factores: el *entorno material*, que considera el entorno físico, las instalaciones y equipamientos, los recursos materiales y técnicos, prevención de riesgos laborales, servicios auxiliares (limpieza, seguridad, etc) y el *entorno social* que hace alusión al compañerismo, al respeto en el grupo de trabajo y el reconocimiento del trabajo por colegas y usuarios.

Finalmente en la diada *Organización y Persona*, se integra, el *ajuste organización persona*, que engloba a la satisfacción, exigencia según capacidades, respuesta a necesidades, expectativas, aspiraciones, concordancia con valores, valoración de méritos con justicia, compromiso laboral, motivación, sensación de libertad, crecimiento personal, desarrollo de competencias profesionales, identidad, sentimiento de utilidad y la *adaptación a la organización*, la cual considera la política organizacional, los valores de la dirección, normas, el espíritu de cambio, la aplicación de protocolos, el ajuste a tiempos y ritmos, la aceptación de dirección.

El Modelo Teórico de Condiciones de trabajo de Blanch y cols [27] ha sido seleccionado para esta investigación por un lado, porque fue validado en organizaciones de servicio a personas (human services), que incorporó a establecimientos hospitalarios. Su población de referencia consideró profesionales de enfermería que trabajan en este ámbito, además

se desarrolló en un contexto socio-geográfico iberoamericano que incluyó a Chile. Y por otro lado y teniendo en cuenta que, el estudio interdisciplinar de las condiciones de trabajo está desplazando el énfasis desde sus aspectos materiales, físicos, técnicos, ergonómicos, higiénicos y mecánicos hacia la dimensión más psicosocial y subjetiva de la experiencia y de las relaciones e interacciones laborales. Se consideró este modelo ya que evalúa especialmente las características psicosociales de las condiciones de trabajo, que será también el foco principal de estudio de las condiciones de trabajo para esta investigación.

Blanch J.M. para el desarrollo teórico de las condiciones de trabajo, tuvo como referentes a Peiró y Prieto [(26)]. Por su parte estos autores señalan que no resulta fácil definir precisamente lo que son las condiciones de trabajo ya que bajo este término se consideran un gran número de variables que hacen referencia al medio ambiente donde el trabajo se desarrolla, y pueden llegar a comprender cualquier elemento que permite caracterizar el trabajo sin ser el trabajo mismo, sino el conjunto de factores que lo envuelven. Es así como, estos autores, proponen una definición de este constructo en la cual consideran que, las condiciones de trabajo incluyen cualquier aspecto circunstancial en que se produce la actividad laboral, tanto factores del entorno físico en el que se realiza como las circunstancias temporales en que se da, las condiciones bajo las cuales los trabajadores desempeñan su trabajo, etc. Agregan además que, el término "ambiente o entorno de trabajo" aparece como complementario, casi sinónimo del de condiciones de trabajo y que el término condiciones de trabajo ha sido utilizado con una perspectiva bastante amplia e inespecífica, empleada en general en trabajos centrados en el estudio de otras variables. El interés principal se centra en las consecuencias que tiene una serie de condiciones de trabajo sobre otro tipo de variables, que básicamente pueden agruparse en tres bloques: la salud laboral, higiene y seguridad en el trabajo, incluyendo el estrés y el bienestar psicológico; la satisfacción laboral y otra serie de experiencias resultantes del trabajo; y diversas conductas laborales que tiene relación con el rendimiento de los trabajadores y de la organización en su conjunto.

Es así como, bajo el concepto de condiciones de trabajo es posible identificar múltiples aspectos de la actividad laboral, que han sido agrupados de distinta manera según diferentes criterios utilizados por los investigadores y la disciplina desde la que se han estudiado. Al respecto Peiró en conjunto con Ramos y Ripoll [70] desarrollaron una clasificación de las condiciones de trabajo que intenta recoger los diferentes aspectos que han sido estudiados desde distintas perspectivas disciplinares, al mismo tiempo que establece diversos grupos relevantes desde un punto de vista psicosocial. Sin embargo, estos autores señalan que resulta imposible identificar bloques totalmente delimitados y cerrados respecto a los demás; por el contrario, muchas de las condiciones de trabajo pueden situarse en distintos bloques de manera no excluyente.

De este modo, las distintas categorías de la *Taxonomía de Condiciones de Trabajo* [70] propuesta por estos autores hacen referencia a las condiciones de empleo; condiciones ambientales; condiciones de seguridad; características de la tarea; procesos de trabajo; y condiciones sociales y organizacionales:

Condiciones de empleo:

Un primer grupo de condiciones de trabajo puede referirse a las condiciones bajo las cuales los trabajadores prestan sus servicios laborales en una organización. En este bloque se incluyen las condiciones de contratación, condiciones salariales, estabilidad y seguridad en el empleo y otros aspectos relacionados con la situación del mercado laboral. Otros elementos como la existencia o no de convenios colectivos, tasas de afiliación organizacionales sindicales, la evolución del sector industrial en el que está encuadrada la organización, otras prestaciones (salariales o no), vacaciones o las tasas de desempleo en el sector o la región pueden ser consideradas como “condiciones de trabajo” ya que constituyen el contexto regulador en el que se produce el trabajo.

Condiciones ambientales:

El entorno físico del trabajo constituye un segundo grupo de condiciones de trabajo muy distinto, quizá el que en mayor medida se entiende como tal. Estas condiciones ambientales son las que más han sido estudiadas y comprenden al menos tres tipos de aspectos diferenciados: ambiente físico, variables espacio-geográficas y diseño espacial-arquitectónico.

Ambiente físico: se refiere principalmente a magnitudes de temperatura, humedad, nivel de ruido, iluminación, ventilación y pureza del aire (sustancias nocivas, contaminantes, polvo, iones), existencia de vibraciones, e incluso a las condiciones generales de limpieza, higiene y orden en el lugar de trabajo.

a) Ruido y condiciones acústicas: el nivel sonoro en entornos laborales viene definido por varias magnitudes físicas y por lo general, el ruido se ha considerado como el sonido no deseado. En tanto, la diferencia entre sonido y ruido no es física sino subjetiva. El nivel de ruido puede afectar en primer lugar a la propia salud de los trabajadores, principalmente en el aparato auditivo, pero también tiene otras repercusiones fisiológicas, entre las que se pueden destacar el aumento del ritmo cardiaco, la constricción de los vasos sanguíneos, la aceleración del ritmo respiratorio, la reducción de la actividad cerebral, con la consiguiente disminución de la atención. Otras consecuencias son las de índole psicológica como modificaciones del carácter o el comportamiento: agresividad, ansiedad etc.
b) Iluminación y condiciones visuales: La existencia de una iluminación adecuada es requisito fundamental para la realización de cualquier actividad. La iluminación incorrecta y la realización constante de tareas que exigen un esfuerzo visual elevado pueden producir molestias y trastornos como irritación y cansancio ocular, o dolores de cabeza. Puede aumentar la necesidad de

concentración y requerir esfuerzos adicionales y contribuir a un mayor número de errores y accidentes.

c) Temperatura y Condiciones térmicas: La sensación de comodidad térmica está relacionada a diversos factores además de la propia temperatura, como la humedad, ventilación, existencia de corrientes de aire etc. La temperatura es uno de los factores con los que se aprecia mayor incomodidad en el lugar trabajo.
d) Polución atmosférica: La calidad del aire es un aspecto importante relacionado con el bienestar en el trabajo y con la salud. Los efectos sobre la salud dependen de la causa concreta de la baja calidad del aire y de la intensidad del problema.

Variables espacio-geográficas: Tienen que ver principalmente con la existencia suficiente de espacio, para poder desarrollar la actividad laboral. La distribución de este espacio, su configuración y relaciones que se establecen entre el espacio y los trabajadores (privacidad/intimidad, territorialidad, densidad/hacinamiento, condiciones de asilamiento).

Aspectos de diseño espacial-arquitectónico: del lugar de trabajo, se refieren tanto al espacio como a los materiales y equipamiento necesario para desempeñar el trabajo. En concreto se trata de la configuración, distribución y diseño ergonómico del entorno de trabajo.

Condiciones de seguridad:

Una categoría muy relacionada con la anterior, son las condiciones de seguridad en las que se realiza el trabajo, tanto en relación con la prevención de riesgos laborales y la posibilidad de accidentes, como la aparición de enfermedades o patologías profesionales. Estas condiciones contemplan tanto aquellos aspectos de trabajo que pueden suponer un riesgo físico, químico o mecánico, como aquellos agentes que pueden provocarlo de modo indirecto. También se incluyen las medidas destinadas a la

protección de riesgos, las medidas de prevención y las condiciones de seguridad, incluyendo variables de tipo psicosocial, tales como las actitudes y políticas de la empresa respecto a los accidentes de trabajo y las conductas laborales peligrosas. Algunas variables mencionadas en otras categorías, e ocasiones también pueden ser consideradas en este bloque, en la medida que impliquen riesgos para la seguridad, como el ritmo de trabajo o la duración de la jornada laboral. Ramos, Peiró y Ripoll [70] señalan que las condiciones de seguridad son las que resultan más complejas de diferenciar, por las implicaciones que cualquier aspecto del trabajo puede presentar sobre la salud de los trabajadores.

Características de la Tarea:

También conocidas como contenido del puesto, se refieren a las características propias de la tarea a realizar, estas variables son las que definen el trabajo. En este apartado se incluyen variables, como el conflicto y la ambigüedad de rol, sobrecarga, grado de autonomía en el trabajo, la responsabilidad sobre personas y cosas, el grado y la importancia de la toma de decisiones, las habilidades puestas en juego en el trabajo, las expectativas de promoción y desarrollo personal, la participación en la organización, la variedad, interés y complejidad de las tareas a realizar, entre otras. Muchas de estas variables tienen que ver con el (re)diseño del puesto de trabajo y afectan directamente el contenido de la actividad laboral.

Procesos de Trabajo:

Otro grupo de condiciones de trabajo muy relacionado al anterior, son los procesos de trabajo, que hacen alusión a la organización y división del trabajo, las demandas del puesto concreto y otros aspectos relacionados con su desempeño. Los aspectos temporales y la secuenciación del trabajo (duración de la jornada laboral, ritmo y cadencia del proceso productivo, variaciones en el flujo de trabajo, presiones y fechas

topes para su finalización), el nivel de exigencias del proceso (estándares de calidad , picos de producción), la amplitud en la supervisión, la sobrecarga cualitativa y cuantitativa (tanto física, como psicológica y emocional), la postura de trabajo o la secuenciación de movimientos, así como la interdependencia funcional con otros puesto y/o secciones y el flujo de información, productos y procesos de trabajo, podrían ser englobados en este bloque.

Condiciones sociales y organizacionales:

Este bloque hace referencia a las condiciones que están relacionadas con la interacción, dentro de las cuales están las relaciones interpersonales en el contexto laboral (compañeros interesantes y comunicativos, apoyo social, conflictos interpersonales, cohesión grupal), dimensiones del clima laboral (orientación hacia la formación, énfasis en la innovación, apoyo a la creatividad, etc), aspectos relacionados con la participación y el control de los trabajadores de su entorno (accesibilidad de los recursos, iniciar cambios en el puesto, grado de control sobre la tarea, limitaciones ambientales, autopercepción de eficacia y logro) grado de participación en las decisiones de la organización , estilos directivos y de control entre las más destacadas.

Como puede apreciarse, la distinción entre unos bloques y otros de la taxonomía, no es precisa, y muchas de las variables mencionadas pueden ubicarse en más de uno, a pesar de ello, se pueden distinguir entre las variables referidas a la relación laboral (condiciones de empleo), las dimensiones físicas del entorno, las referidas al puesto (contenido del trabajo y procesos de trabajo) y las referidas a los niveles supra-individuales (condiciones sociales y organizacionales). Las cuales pueden influir sobre los resultados a distintos niveles (personal, grupal y organizacional).

Por su parte Blanch J.M., en trabajos posteriores y teniendo como base su Modelo teórico de Condiciones de Trabajo y la Taxonomía de Condiciones de Trabajo desarrollada por Peiró y cols. propuso el "*Inventario de condiciones de Trabajo*" [(67)] . Dicho inventario se compone de 8 dimensiones, cada una de ellas con sus respectivos

indicadores. Estas dimensiones corresponden a *contrato* la cual incorpora como indicadores a la modalidad (indefinido/ temporal, jornada completa/parcial, etc) estabilidad, certidumbre y seguridad, salario, prestaciones sociales y sanitarias, etc.; el *ambiente físico*, el cual considera la temperatura, humedad, climatización, ventilación , calidad del aire, iluminación, ruido, limpieza, higiene, instalaciones y equipos, mobiliarios, instrumentos, ergonomía, privacidad, hacinamiento, confortabilidad, señalizaciones, etc.; *clima social*, que involucra el compañerismo, la calidad de la comunicación y de las interacciones verticales y horizontales, la cohesión grupal, apoyo mutuo, espíritu de cooperación o de competición, grado de conflictividad, estilo de dirección, y de gestión de conflictos, participación en toma de decisiones, justicia percibida en evaluación, promoción, etc.; *seguridad e higiene*, dimensión referida a los riesgos físicos (de accidente o de contagio, toxicidad, salubridad, aseos, equipos de protección, etc) dispositivos de observación, evaluación y prevención de riesgos laborales ,etc.; *tarea*, que hace referencia a las demandas cuantitativas y cualitativas, cognitivas y emocionales, carga de trabajo, autonomía, responsabilidad, iniciativa, exigencia, variedad, interés, creatividad, control, complejidad etc.; *riesgos psicosociales*, dimensión que considera como indicadores a la ambigüedad, conflicto, sobrecarga o variedad de rol, acoso sexual o moral, violencia ocupacional, distrés y burnout; *proceso*; cuyos indicadores son la organización, gestión, control, recursos sociales, organizacionales, personales, etc. y la última dimensión corresponde al *tiempo*, que incorpora como indicadores a la duración de la actividad (jornada, horario, turno , ritmo, descanso, vacaciones, etc), presión de la agenda, prisa, intensidad y velocidad , extensión del contrato (definido o temporal) etc.

Es importante señalar que para efectos de esta investigación se usará el término Condiciones de Trabajo Subjetivas al hacer referencia a las características psicosociales de las condiciones de trabajo, que serán evaluadas en base a las escalas derivas del modelo de Blanch J.M. y como Condiciones de trabajo objetivas, a aquellas que hacen alusión a los aspectos materiales/objetivos del trabajo como tipo de turno, remuneración, antigüedad laboral, tipo de contrato.

1.5.1.2) Profesionalismo

Hall R. H. [71] es uno de los pioneros en el tema de profesionalismo, este autor indica que las discusiones acerca de la naturaleza de las profesiones giran alrededor de lo que él denomina "*Modelo Profesional" (ProffesionalModel)*. Este modelo consiste en una serie de características o atributos que son importantes para distinguir una profesión de una ocupación. Hall detalla que los atributos del modelo son básicamente dos, el primero, hace referencia a las características que son parte de la estructura de una ocupación que están incorporadas en la formación formal y orientadas a los aspectos más técnicos que tiene una ocupación y el segundo corresponde al aspecto actitudinal, referido al sentido de llamado de una persona a la profesión en la cual se va a desarrollar. Como señala Hall, el lado estructural del modelo ha sido intensamente examinado por Wilensky [72] quien ha dado a notar que, las ocupaciones u oficios pasan por una consistente secuencia de estados en su camino para llegar a ser profesión, los cuales son: creación de una trabajo de jornada completa, esto involucra el desempeño de funciones; el establecimiento de escuelas de práctica que tengan líderes en la determinada ocupación u oficio y que se afilien a una universidad establecida, la formación de asociaciones profesionales que en un inicio pueden ser locales para luego de un periodo pasen a ser nacionales y finalmente la formación de un código de ética, el que tiene que ver con los aspectos internos o sea con los colegas y con los externos o sea el público o clientes, estos códigos de ética se hacen para reforzar las asociaciones profesionales y entregar apoyo legal. Por su parte Hall [71], agrega que un atributo profesional que es tanto estructural como actitudinal es la presencia de autonomía. El aspecto estructural de la autonomía se relaciona al uso del juicio profesional y lo que opinan otros profesionales competentes de dicho juicio y el aspecto actitudinal es la creencia que tiene el profesional que es libre para ejercer este tipo de juicio y para tomar decisiones.

Hall [71] profundizó en el aspecto actitudinal del modelo que como señala, refleja la manera en que los profesionales miran su trabajo, propone además que, puede existir una correspondencia entre actitud y comportamiento y que si esto es asumido entonces, las

actitudes comprometen una parte importante del trabajo de un profesional, este autor además señala que, estos componentes actitudinales corresponden al profesionalismo.

Por su parte Snizek [73], agrega que las características actitudinales corresponden a las actitudes e ideologías que poseen los profesionales y denotan el grado de profesionalismo característico en una ocupación.

Hall, considera que el profesionalismo se manifiesta como una dimensión construida por cinco conceptos o dimensiones relacionadas que forman el comportamiento del individuo en el lugar de trabajo y corresponden a los atributos actitudinales del modelo profesional. Estas dimensiones o componentes actitudinales del profesionalismo son: el uso de una organización profesional como un referente mayor, la creencia en el servicio público, la creencia en la autorregulación, el sentido de llamando a la profesión, y la autonomía profesional.

El *uso de una organización profesional como un referente mayor*, involucra tanto la organización formal como los grupos informales de colegas y hace alusión al grado en que un individuo se identifica con la profesión, sus compañeros y grupos profesionales como fuente de creencias y opiniones. Snizek [73], señala que este tipo de asociaciones refuerza los valores, creencias e identidad de la profesión y que además el asistir a reuniones y leer revistas académicas hace que los profesionales desarrollen la "conciencia de colega". Cuando se tiene este tipo de conciencia se cree que los profesionales están fuertemente influenciados por los estándares de su profesión.

La *creencia en el servicio público,* incluye la idea que la profesión es indispensable y la visión de que el trabajo que se realiza beneficia tanto al público como al propio profesional, por tanto el servicio entregado por la profesión es necesario y beneficioso para la profesión, la sociedad y las organizaciones. Por su parte Snizek [73], señala que cuando al público general le cuesta creer en que los servicios otorgados por una profesión u ocupación son indispensables, entonces los profesionales dejan de creer en el hecho que tengan que servir a la comunidad o en el servicio público. Pero recalca que la creencia en el servicio público es un componente de actitud importante para el surgimiento del profesionalismo.

La *creencia en la autorregulación,* involucra la convicción en que la persona mejor calificada para juzgar el trabajo de un profesional es otro colega de ese profesional y que la visión de ese tipo de práctica es algo que debe ser deseado y ejercido. En otras palabras es creer en el control entre colegas. Al respecto Snizek [(73)], indica que esto sucede porque los profesionales piensan que el desempeño de una determinada tarea requiere conocimientos especializados y solamente compañeros con similar formación o habilidad serían los más adecuados para la evaluación de la calidad de su trabajo por tanto gente de afuera no está calificada para juzgar su trabajo.

El *sentido del llamado a la profesión,* refleja la dedicación del profesional a su trabajo y el sentimiento que probablemente tendría de querer seguir haciendo su trabajo, incluso si menos recompensas externas estuvieran disponibles. El profesional está totalmente dedicado a su trabajo, en este sentido el trabajo se concibe como un fin en sí mismo y no simplemente un medio para llegar al fin, entonces ese total es el compromiso personal del profesional.

Y finalmente la *autonomía profesional*, involucra el sentimiento que el profesional está disponible para tomar sus propias decisiones, sin presiones externas ni de clientes, ni de quienes no son miembros de la profesión, ni de la misma organización a la que pertenece. En otras palabras y como señala Snizek [(73)] la autonomía, como una actitud profesional, consiste en el deseo del profesional de ser libre para tomar decisiones acerca de su trabajo y que estas decisiones se deben hacer sin presiones externas.

La combinación de los aspectos estructurales y actitudinales sirven de base para el *Modelo Profesional*. Generalmente se asume que ambos aspectos están presentes en un alto grado en las ocupaciones u oficios profesionalizados y en menos grado en los oficios u ocupaciones menos profesionalizados. Hall además, indica que este Modelo Profesional puede presentar dos variaciones, que hacen alusión en primer término al grado en que los oficios son profesionalizados, destaca que profesiones establecidas como medicina y derecho parecen haber alcanzado el modelo profesional en toda su forma, pero sin embargo los atributos actitudinales podrían no adherirse a esto. Y en

segundo término hay variaciones del modelo en los contextos en que se desarrolla la profesión.

Hall [71] en la línea de los aspectos actitudinales del modelo profesional, midió los cinco componentes actitudinales del profesionalismo, a través del desarrollo de una escala denominada: Inventario de Profesionalismo que posteriormente fue re-evaluado empíricamente por Snizek [73] y que fue probada en diversos profesionales donde estaban incluidos los profesionales de enfermería que trabajaban en hospitales privados y universitarios.

Al respecto, Hall indicó que la creencia en el servicio público y el llamado a la profesión, ambos relacionados al sentido de dedicación a la profesión están fuertemente desarrollados en la profesión de enfermería como también en la de Trabajo Social y en los profesores, apunta a que esto puede tener relación con la baja compensación financiera que muchas veces tienen estas profesiones por tanto la dedicación parece ser necesaria si se quiere continuar en estas carreras.

1.5.1.3) Capital Psicológico

El constructo Capital Psicológico, término acuñado por Luthans y cols [57-59, 74-86], surge recientemente de la mano del Comportamiento Organizacional Positivo (COP), que corresponde al estudio y aplicación de las fortalezas y capacidades psicológicas de las personas orientadas positivamente, que pueden ser medidas, desarrolladas y gestionadas efectivamente para optimizar la gestión humana en el contexto laboral. A su vez el COP emana bajo el enfoque de la Psicología Positiva, que se ha extendido en los últimos años al campo de la Psicología del Trabajo y la Salud Ocupacional, reconociendo a los recursos humanos como un activo valioso, considerados una ventaja competitiva para la organización. Esta nueva concepción surgida por el COP, llevo a la ampliación de la noción económica que se tenía tradicionalmente de capital, la idea de un capital no tangible llevó a una ampliación de los términos capital económico, como del capital humano y capital social. Entendiéndose como *capital económico* a los aspectos tanto

financiero como a los activos tangibles, que se han ido desplazando en su foco de análisis, por el reconocimiento de la importancia de los activos intangibles, como el *capital humano* (a veces llamado capital intelectual), entendido como las competencias de los empleados derivadas tanto de la educación como de la experiencia, su expertez, habilidades y conocimientos. Pero determinar la contribución específica del capital humano puede ser difícil, más aún hoy en día, donde el valor de la organización se deriva cada vez más de otras fuentes intangibles, como el *capital social*, específicamente este constructo se refiere a los recursos de confianza, las relaciones interpersonales, intergrupales e inter-organizacionales y redes de contacto presentes en la organización. Pero al igual que el capital humano, esta es una variable muy sutil o intangible y difícil de medir. Reconociendo lo anterior, es que surge el *Capital Psicológico*.

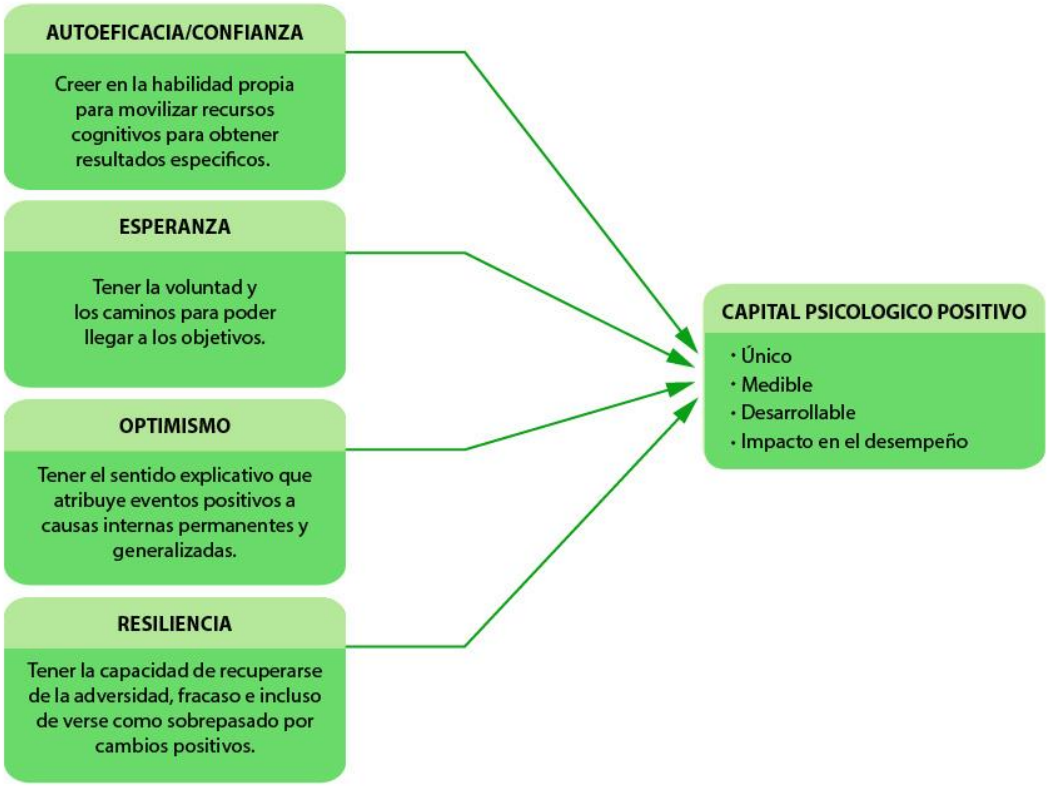
Luthans y cols [(57-59, 74-86)], explican que, el capital psicológico se encuentra más allá del capital humano y social y consiste básicamente en "quién eres" en lugar de qué o quién conoces (confianza, esperanza, optimismo, resiliencia). Diferenciándose del capital económico que es “lo que se tiene” (finanzas, activos tangibles), del capital humano que es "lo que sabe" (experiencia, educación, habilidades, conocimiento, ideas) y del capital social que corresponde a "quién conoces" (relaciones, red de contactos, amigos).

El término capital psicológico ha sido mencionado brevemente en trabajos del área de la economía, la inversión, como también en la sociología. Muy brevemente Luthans y cols señalan que el concepto capital psicológico, parte con las investigaciones desarrolladas por Seligman M. [(87)], quien orientó sus estudios a determinar qué es lo correcto y bueno sobre las personas (es decir, virtudes, optimismo, esperanza, etc.), y no en lo que es incorrecto o disfuncional en ellos (es decir, las neurosis, la conducta desviada), centrando el estudio de las fortalezas en lugar de las debilidades, la salud y la vitalidad en lugar de la enfermedad y la patología. Luthans y cols. indican que Seligman se planteó si hay capital psicológico, y si es así, qué es y cómo conseguirlo.

Sin embargo, este constructo recién adquiere relevancia cuando es definido por Luthans y cols. El capital psicológico, es considerado uno de los atributos más significativos de la persona para enfrentar los acontecimientos diarios de la vida económica y sus

derivaciones psíquicas y conductuales y ha sido definido como el estado psicológico positivo de desarrollo de un individuo caracterizado por: tener confianza en sí mismo para llevar a cabo con éxito una tarea desafiante (autoeficacia); hacer una atribución positiva sobre el éxito actual y futuro (optimismo); fortalecerse en la adversidad, cuando se está abrumado por problemas o adversidades; mantenerse y recuperarse, para lograr el éxito (resiliencia), y perseverar en la búsqueda de los objetivos hacia el éxito y cuando sea necesario, reorientar las trayectorias de éstos (esperanza). En consonancia con tal definición, el capital psicológico (CapPsi) es considerado un factor de orden superior que conecta los constructos psicológicos positivos de esperanza, optimismo, resiliencia y autoeficacia. Luthans, sostuvo que la interacción sinérgica de estas capacidades es la que conforma la esencia del supra-factor CapPsi y explica el mayor alcance de sus efectos motivacionales sobre la conducta. A partir de esta perspectiva, Luthans y sus colaboradores, postularon que los empleados que presentan altos niveles de CapPsi pueden tener un mejor desempeño que aquellos que solo exhiben esperanza, optimismo, resiliencia o autoeficacia en una situación dada. Recalcaron, además, que al igual que sus componentes, el CapPsi puede ser considerado un estado posible de ser desarrollado mediante intervenciones adecuadas. Y en línea con sus postulaciones elaboraron un instrumento para medir el constructo

Figura 2. Dimensiones del Capital Psicológico Positivo



Fuente: Luthans y Youssef , 2004

Autoeficacia / Confianza

Luthans y col. definen la auto-eficacia en contextos laborales como "la convicción (o confianza) acerca de las propias habilidades para movilizar la motivación, los recursos cognitivos y los cursos de acción necesarios para realizar exitosamente una tarea específica en un contexto dado". En otras palabras creer en la capacidad de movilizar recursos cognitivos para obtener resultados específicos. Esta variable ha sido relacionada con el desempeño laboral y los autores han planteado que puede ser medida y desarrollada.

Esperanza

Luthans y cols [57]. expresan que, aunque no es tan abundante teóricamente o tan ampliamente investigada, la esperanza puede hacer una contribución importante al capital psicológico. Estos autores, señalan que la esperanza es "un estado de motivación positiva que se basa en una sensación de éxito derivada interactivamente tanto de la agencia (agency), entendida como la energía dirigida a un objetivo, como de las vías (pathways) entendidas como la capacidad de planificación para alcanzar tales objetivos". En otras palabras, la esperanza consiste tanto en la fuerza de voluntad o motivación y determinación del individuo para lograr los objetivos o metas que se ha propuesto a través de un pensamiento firme que permite iniciar y sostener el esfuerzo a lo largo de esas vías (willpower), así como en la creencia personal de que se tiene capacidad para definir con éxito los planes o la capacidad percibida de encontrar diferentes vías que sean adecuadas y factibles para conseguir las metas deseadas y además ser capaz de planear alternativas de contingencia para alcanzar una meta de cara a los obstáculos (waypower). Cuando las personas creen que tienen suficiente agencia y vías para tener éxito en una determinada situación, perciben una alta probabilidad de alcanzar sus metas, y se centran más en el éxito que en el fracaso. Además, las personas con altos niveles de esperanza experimentan menos emociones negativas cuando se encuentran frente a dificultades en la consecución de sus objetivos, debido principalmente a su disposición y capacidad de utilizar y generar vías alternativas. Entonces, la esperanza no sólo incluye la determinación y motivación para alcanzar algo, sino también un plan viable para llevar a cabo exitosamente la tarea en pos de alcanzar el objetivo. Luthans y cols postulan que la esperanza también se puede desarrollar en la organización.

Optimismo

El modelo del capital psicológico positivo considera el optimismo como "un estilo explicativo que atribuye acontecimientos positivos a causas internas, permanentes y generalizadas y eventos negativos a las situaciones específicas externas y temporales". En término de dos dimensiones cruciales: la permanencia (permanence) y la omnipresencia o capacidad de penetración (pervasiveness), además lo concibe como estado y no como rasgo. Luthans y cols señalan que es debido a la teoría y la investigación de Seligman [(87)] , que el optimismo es tal vez, asociado más estrechamente con la psicología positiva en general y afirman que el optimismo es un término de uso común, que ha sido definido por Seligman como un proceso cognitivo que implica la expectativa de resultados positivos y unas atribuciones causales externas, temporales, específicas en la interpretación de los acontecimientos malos o negativos, y en las atribuciones internas, estables y globales para los eventos buenos o positivos .

Es así como , Luthans y cols [(57)] postulan basándose en lo aportado por Seligman [(87)] que, los optimistas interpretan los acontecimientos negativos como temporales y los eventos positivos como permanentes (soy talentoso), mientras que los pesimistas interpretan los eventos negativos como permanentes y los positivos como temporales (intente muy duro esto). En este mismo sentido, ante los acontecimientos negativos los optimistas hacer atribuciones más específicas, mientras que los pesimistas hacen atribuciones más generales. Por otro lado diversos estudios que han analizado el optimismo proponen que esta variable puede ser desarrollada en los trabajadores mediante entrenamiento.

Resiliencia

Es el cuarto estado del constructo capital psicológico y aunque es uno de los pilares de la psicología positiva, procede en su mayoría de la psicopatología infantil y ha recibido escasa atención en el comportamiento organizacional y en la investigación de recursos

humanos. Sin embargo, esta capacidad de "recuperarse" de la adversidad o incluso de los cambios positivos dramáticos es particularmente relevante en el actual entorno organizacional turbulento de hoy. Ha sido definida por Luthans y cols. [57] como “la capacidad desarrollable de recuperarse de la adversidad, el conflicto, y el fracaso o incluso de acontecimientos positivos que resultan abrumadores para los individuos,tales como situaciones que implican progresos y responsabilidad creciente”. Por otro lado, Coutu [88], citado por Luthans, señala que las personas resilientes tienen perfiles comunes que se caracterizan por : (a) una aceptación incondicional de la realidad, (b) una creencia profunda, a menudo respaldada por valores fuertemente arraigados, de que la vida es significativa y (c) la misteriosa habilidad para improvisar y adaptarse a cambios significativos.

Luthans y cols. [57] indican que este constructo al igual que sus tres homólogos, puede contribuir al capital psicológico positivo con un retorno de los resultados de rendimiento deseados.

Como se expuso anteriormente al igual que el capital humano y social, el capital psicológico es un constructo posible de ser desarrollado y gestionado y en el cual se puede invertir. A diferencia del tradicional capital financiero y los activos tangibles, esto se puede hacer a un costo monetario relativamente bajo. Porque las capacidades psicológicas positivas descritas anteriormente son estados (en lugar de rasgos fijos), están abiertos al desarrollo, y todos han demostrado directrices para su mejora. Es así como Luthans y cols.[57] proponen algunos enfoques para desarrollar la autoeficacia o confianza, así como para el desarrollo de la esperanza y resiliencia basándose en el trabajo de otros investigadores.

Estas cuatro dimensiones, la confianza, la esperanza, el optimismo, y resiliencia pueden impactar en los resultados de rendimiento de productividad deseados, en el servicio al cliente, y en la retención de los trabajadores. Es por esto que la importancia del factor humano y de su capital psicológico debe ser reconocida y utilizada en el cumplimiento de los tremendos desafíos que enfrentan las organizaciones.

1.5.1.4) Calidad y Calidad de la Atención

Muchos investigadores han intentado definir el constructo *Calidad* y encontrar lo que constituye el núcleo del concepto. Al respecto Donabedian [3,64,89-94] es tal vez el investigador principal en este campo, este sostiene que la calidad es un concepto complejo y multidimensional, una idea extraordinariamente difícil de definir. Cuando se intenta definir la calidad, son varias las formulaciones posibles y legítimas, en función de dónde se encuentre situado en el sistema de la asistencia y de cuál es la naturaleza y el ámbito de las responsabilidades que competen. Al respecto indica que, la definición de calidad puede ser casi cualquier cosa que alguien desea que sea, si bien por lo común es un reflejo de los valores y metas presentes en el sistema de atención médica y en la sociedad en general de la que este forma parte. Entendiendo como calidad a "una adecuación precisa de la atención a las necesidades particulares de cada caso", con una evidente implicación para los servicios colectivos. Para este autor, el concepto de calidad tiene dos componentes básicos: una definición y evaluación del estado de salud y de los cambios o diferencias en el estado de salud, y una definición de la atención médica vinculada a cualquier producto determinado expresado en forma de un estado de salud y hace notar que para una conceptualización más completa de la calidad se necesita considerar la relación entre el valor de la mejoría del estado de salud y los recursos necesarios para producir dicha mejoría. De esta manera, la evaluación de la calidad debe apoyarse en una definición conceptual y operacionalizada. Además, detalla que, el propósito de los sistemas de atención de salud, en su núcleo ya través de sus numerosas partes, es proporcionar el más alto nivel de calidad al menor costo, de la manera más equitativa yal mayor número de personas. Donabedian [3,64,89-94], expone en sus investigaciones que la calidad tiene *siete pilares*, los cuales corresponden a, la *eficacia* que es la capacidad de la ciencia y el arte de la atención sanitaria para conseguir mejoras en la salud y el bienestar, significa la mejor actuación posible, en las condiciones más favorables, según el estado del paciente y en unas circunstancias inalterables; *efectividad*, ésta a diferencia de la eficacia, es la mejora de salud alcanzada,

o que se espera conseguir en las circunstancias normales de la práctica cotidiana. En la definición y evaluación de la calidad, la efectividad puede especificarse de manera más precisa, como el grado en que la atención cuya evaluación de la calidad se está realizando, alcanza el nivel de mejora de salud, que los estudios de eficacia han fijado como alcanzables; la *eficiencia*, que corresponde al coste que representa cualquier mejora en la salud. Si existen dos estrategias de asistencia igualmente eficaces o efectivas, la menos costosa es la más eficiente; la optimización, que es el equilibrio entre las mejoras de salud y los costes de consecución de esas mejoras, lo cual se convierte en un tema importante cuando los efectos de la atención no se valoran en términos absolutos, sino relativos al coste de la asistencia; la *aceptabilidad*, que denota la adaptación de la atención a los deseos, expectativas y a los valores de los pacientes y sus familias. Es importante señalar que, los pacientes tienen unas expectativas acerca de los efectos de la asistencia sobre su propia salud y bienestar, y la manera de conseguir estos efectos. Entonces, la aceptabilidad depende de las valoraciones subjetivas del paciente en cuanto a efectividad, eficiencia y optimización, aunque no de manera absoluta. La aceptabilidad incorpora la accesibilidad, relación médico-enfermo o con otros profesionales que le otorguen atención, confort, preferencias del paciente sobre los efectos de la atención y preferencias del paciente sobre los costes de la atención; otro pilar es la *legitimidad*, que corresponde a la conformidad con las preferencias sociales según se expresan en los principios éticos, valores, normas, morales, leyes y reglamentos .En una sociedad democrática, cabe esperar que todas las características de la atención importantes para el individuo, sean también asuntos de relevancia social. Por consiguiente, lo que algunos individuos o sus médicos podrían considerar como la mejor atención, es distinto del bien común y finalmente, la *equidad* que es el principio por el que se determina qué es justo en la distribución de la atención y sus beneficios entre los miembros de una población. La equidad forma parte de aquello que hace que la atención sea aceptable y socialmente legítima para los individuos.

Donabedian [95], también propone una definición de Calidad Asistencial, como “aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar

después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes", definición que ha llegado a ser clásica. El plantea la calidad de la atención sanitaria como el resultado de dos elementos, fundamentales de la ciencia y la tecnología de la atención sanitaria; y las formas en que la ciencia y la tecnología se aplican en la práctica sanitaria. Además indica que, son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta: el cuidado técnico, que depende de los conocimientos y juicios utilizados para llegar a las estrategias de asistencia adecuadas y dela destreza en ejecutar dichas estrategias. La corrección de la actuación técnica se juzga en comparación con lo mejor de la práctica. Lo mejor de la práctica, a su vez, ha ganado esa distinción porque, considerando el promedio, se cree que produce la mayor mejora en la salud. Esto significa que la corrección de la asistencia técnica es proporcional a la habilidad prevista para conseguir aquellas mejorasen el estado de salud quela ciencia y la tecnología de la asistencia sanitaria han hecho posible en cada momento. Si llamamos "eficacia" a la parte realizada de lo conseguible, la calidad de la asistencia técnica es proporcional a su eficacia. Los juicios sobre la calidad técnica están en función de aquello que es lo mejor en los conocimientos y tecnología actuales; no pueden sobrepasar ese límite. En segundo lugar, el juicio se basa en expectativas futuras, no en hechos que ya han sucedido. Incluso si las consecuencias reales de la asistencia en un supuesto dado se muestran desastrosas, la calidad debe ser juzgada como si la asistencia, en el momento en que fue dada, se amoldara a la práctica que se esperaba que consiguiera los mejores resultados. La conducción de la relación interpersonal es el segundo componente en la actuación de los facultativos. Es un elemento de importancia vital. A través del intercambio interpersonal, el paciente comunica la información necesaria para llegar a un diagnóstico y las preferencias necesarias para seleccionar los métodos de asistencia más adecuados. También a través de este intercambio, se proporciona información acerca de la naturaleza de la enfermedad y su tratamiento y motiva al paciente para una activa colaboración en la asistencia. Sin duda, el proceso interpersonal es el vehículo por el cual la asistencia técnica se lleva a cabo y del que depende el éxito. Por lo tanto, la conducción del proceso interpersonal se ajusta en gran

medida al logro del éxito en la asistencia técnica. Pero la conducta del proceso interpersonal también debe estar en consonancia con las expectativas y estándares individuales y sociales, tanto si éstos ayudan como si obstaculizan la actuación técnica. La privacidad, la confidencialidad, la elección informada, el cuidado, la empatía, la honestidad, el tacto y la sensibilidad constituyen, entre otras, las virtudes de la relación interpersonal. Aspectos que según este autor son a menudo ignorados en las evaluaciones de la atención, y por último las comodidades en el ambiente del cuidado, siendo estos los atributos deseables de la configuración en el que se proporciona la atención, que incluyen comodidad, confort, tranquilidad, privacidad etc.

Además, agrega que la definición de la calidad de la atención, implica la especificación de tres factores; el fenómeno que constituye el objeto de interés, los atributos del fenómeno sobre el cual se va a emitir un juicio, y los criterios y las normas que coloquen a cada atributo en una escala que vaya de lo mejor posible a lo peor.

Por otro lado Donabedian [91] describe un *modelo tridimensional* para medir la calidad de la atención, está tríada explora la calidad como un equilibrio de tres dimensiones: *Estructura*, *Proceso* y *Resultado*. Este modelo tiene como base a la teoría organizacional y la ciencia del comportamiento.

La *Estructura*, denota los atributos de los entornos en los que se produce la atención, hace referencia a las características más establecidas e invariantes de cómo se establece y maneja el sistema de atención de salud. Esto incluye los atributos de recursos materiales (tales como instalaciones, equipo y dinero), de los recursos humanos (como el número y la cualificación del personal), y de la estructura de la organización (como organización del personal, métodos de revisión por pares, y los métodos de reembolso). Donabedian, señala que las características estructurales deben ser una preocupación importante en el diseño del sistema. El *Proceso*, implica lo que en realidad se hace al dar y recibir la asistencia. Incluye las actividades del paciente al buscar y llevar a cabo la asistencia, así como las actividades del profesional de salud para diagnosticar, recomendar e implementar un tratamiento. Involucra aspectos, desde el punto de vista técnico, en la conducción de la atención de salud, y también en cuanto a la interacción

con los pacientes. Y finalmente los *Resultados*, que denotan los efectos de la atención en el estado de salud de los pacientes y las poblaciones. Corresponden a las consecuencias de la atención (o de la falta de ella) en la salud de quienes la reciben (o dejan de recibirla).Los resultados, tienen la ventaja de reflejar todas las contribuciones a la atención, incluyendo los del paciente. Pero esta ventaja es también una desventaja, ya que no es posible decir exactamente lo que salió mal a menos que se examine el proceso. Este enfoque tripartito de la evaluación dela calidad es sólo posible porque una buena estructura aumenta la posibilidad de un buen proceso, y un buen proceso aumenta la posibilidad de un buen resultado. Por lo tanto, es necesario tener establecida dicha relación antes que cualquier componente de la estructura, del proceso o del resultado pueda ser utilizado para evaluar la calidad. Este autor destaca que, como regla general, se debe incluir en cualquier sistema de evaluación de la calidad elementos de estructura, proceso y resultado, en tanto la comprensión de un solo componente de la tríada es insuficiente para medir y evaluar calidad.

1.5.1.5) Percepción de la Calidad del Cuidado

El *Cuidado* es un concepto que ha sido identificado como el objeto de estudio de enfermería, la esencia de la disciplina y el factor básico que distingue entre las enfermeras y otros profesionales de la salud [5, 6]. Diversos autores [7, 96-101] han tratado de interpretar este constructo desde ya hace bastantes años, con distintos abordajes de acuerdo a sus sustentos filosóficos y científicos. Asimismo, la calidad del cuidado de enfermería es un concepto complejo y multidimensional, muchos investigadores han intentado definir la calidad del cuidado y encontrar lo que constituye el núcleo del concepto [104,105,106].

Por otro lado, la percepción es un proceso cognoscitivo, una forma de conocer el mundo, considerada como “el punto donde la cognición y la realidad se encuentra”. Durante la percepción, el conocimiento del mundo se combina con las habilidades constructivas, la fisiología y las experiencias de quien percibe [107, 108].

Sobre la percepción se ofrecen diversas definiciones cuyos puntos en común apuntan a que permite "descifrar patrones significativos a partir de información sensorial" [109], proceso cognitivo por el que los individuos, reconocen, organizan e interpretan las impresiones de sus sentidos, para elaborar juicios acerca de su entorno físico y social [109, 110].

Para el grupo de Cuidado de Colombia [5] la percepción es "la acción de percibir una sensación que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos y conlleva al conocimiento". La percepción es biocultural porque, por un lado, depende de los estímulos físicos y sensaciones involucrados y, por otro lado, de la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones [110]. Es por esto que diversos autores señalan que no puede existir percepción sin sensación [111]. Una sensación es un proceso mediante el cual los órganos de los sentidos convierten los estímulos en datos elementales, en información que es procesada por el sistema nervioso. Las sensaciones permiten al individuo relacionarse con su entorno y con su mismo cuerpo para generar experiencias [107]. Las experiencias sensoriales se interpretan y adquieren significado moldeadas por pautas culturales e ideológicas específicas aprendidas desde la infancia. La selección y la organización de las sensaciones están orientadas a satisfacer las necesidades tanto individuales como colectivas de los seres humanos, mediante la búsqueda de estímulos útiles y de la exclusión de estímulos indeseables en función de la supervivencia y la convivencia social, a través de la capacidad para la producción del pensamiento simbólico, que se conforma a partir de estructuras culturales, ideológicas, sociales e históricas que orientan la manera como los grupos sociales se apropian del entorno [110]. En cambio la percepción depende de la ordenación, clasificación y elaboración de sistemas de categorías con los que se comparan los estímulos que el sujeto recibe, pues conforman los referentes perceptuales a través de los cuales se identifican las nuevas experiencias sensoriales transformándolas en eventos reconocibles y comprensibles dentro de la concepción colectiva de la realidad [110]. La percepción es un proceso influido por la memoria y el aprendizaje, y relacionado con el pensamiento [107] y se ve afectadas por la motivación de la persona, ya que quienes tienen una

necesidad especifica tienden a satisfacerla y, por tanto, a dar relevancia a los satisfactores , así como por las expectativas que tiene la persona, sus estilos cognoscitivos, o sea, la forma en que se relaciona con el ambiente y aprende de él, por los antecedentes culturales y por los estados afectivos de la persona [107]. Por tanto las percepciones son construcciones mentales, más que registros directos de la realidad [111]. Y han sido clasificadas como externas e internas. Las percepciones externas provienen de los estímulos originados en el mundo externo; dentro de ellas están las percepciones de tipo: visuales, auditivas, táctiles, olfativas y gustativas. Así mismo, las percepciones internas provienen de estímulos originados en el mundo interno del organismo, entre ellas se reconocen: la percepción kinestésica, orgánica y estática. La primera hace alusión sobre los movimientos provocados al estimular músculos, tendones y articulaciones y la segunda, sobre el estado general del organismo, por ejemplo, hambre. Y finalmente, la percepción estática revela datos sobre el equilibrio general y la posición de la cabeza [112]. La manera en que la percepción se lleva a cabo, evoluciona a medida que se enriquece con las experiencias, varíen las necesidades o cambien las motivaciones. Es también un proceso que permite dimensionar diferentes aspectos del entorno, es por eso que se utiliza para evaluar la calidad de la atención [110, 113,114, 115].

Es por esto que, no existe un concepto único de Calidad del Cuidado de Enfermería, ya que depende como esta sea percibida, en que contexto, con que usuarios, entre otros aspectos. Pero, en términos generales y de acuerdo a construcciones actuales se considera el Cuidado de Enfermería de calidad como "la percepción de un proceso de atención cualificado, seguro, de alta calidad, holístico, ético, colaborativo, personalizado, interpersonal y diseñado en base a la mejor evidencia disponible, que resulta en egresos positivos de los pacientes, optimización de la salud, paliación de síntomas (cuidados paliativos), o una muerte en paz" [102].

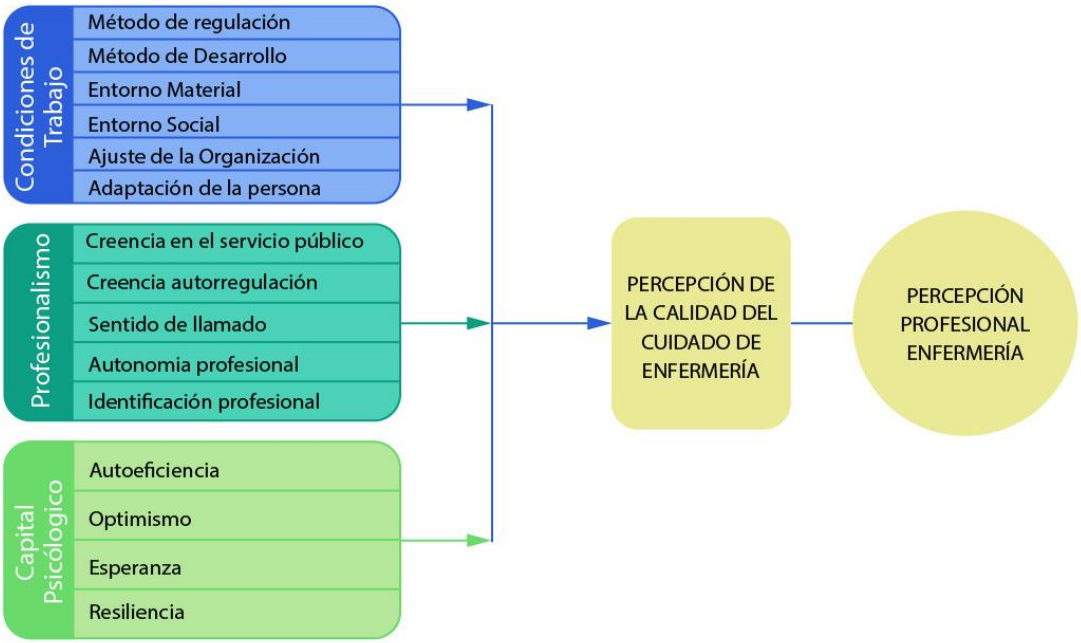
Un principio fundamental del cuidado de enfermería es entonces la calidad [103], en razón de lo anterior, es que la evaluación de la calidad en el cuidado proporcionado por los profesionales de enfermería ha adquirido cada vez mayor énfasis, brindar calidad de

atención es uno de los retos a los que se enfrenta enfermería. En este contexto, se han desarrollado un gran número de métodos para medir la calidad del cuidado de enfermería y de este modo contribuir en su mejora. En este sentido Andersson I. y Lindgren M. [104,105,106] desarrollaron los instrumentos Karen para medir la percepción de la calidad del cuidado de enfermería, los cuales están inspirados en los conceptos propuestos por Donabedian y en su modelo tridimensional de Estructura, Proceso y Resultado [91]. Aunque el modelo de Donabedian no fue confirmado, el instrumento Karen Personal fue utilizado para medir la calidad del cuidado de enfermería en esta investigación, ya que logra niveles aceptables de validez de constructo y de consistencia interna [104,105,106], esto indica que puede ser utilizado en la práctica clínica para medir la percepción de la calidad del cuidado. Además, este instrumento fue seleccionado ya que en la amplia búsqueda de la literatura, no se encontró otro instrumento que midiera la Calidad del Cuidado de enfermería desde la percepción del propio prestador, foco principal de este estudio. Y este instrumento esta diseñado para medir la calidad del cuidado desde la óptica del prestador del cuidado enfermero y apunta al mejoramiento en los requerimientos de áreas específicas de la calidad del mismo, al entregar una base valiosa y una oportunidad de seguimiento de datos acerca de la percepción del profesional de enfermería del cuidado proporcionado, identificando áreas claves para el mejoramiento continuo de la calidad [104,105,106]. Sumado a esto, este instrumento esta relacionado con los conceptos que se pretenden desarrollar en este estudio.

Lo anteriormente expuesto, se sintetiza en el siguiente esquema integrativo creado por la investigadora (figura 3), el cual explica cómo se aplican todos los conceptos y/o modelos presentados en la investigación. Como se ha planteado, en términos generales la *percepción calidad del cuidado de enfermería* medida a través de la percepción del propio profesional de enfermería, puede estar influida por las *condiciones de trabajo subjetivas*, el *profesionalismo* y el *capital psicológico* con que cuente este profesional. Pero a su vez, y de modo más específico las condiciones de trabajo subjetivas pueden influir en la calidad del cuidado de enfermería en términos de, entorno material y social,

en el método de regulación y desarrollo, en el ajuste de la organización a la persona y en la adaptación de la persona a la organización; por su parte el profesionalismo puede influir en términos de uso de una organización profesional como un referente mayor, la creencia en el servicio público y la autorregulación, el sentido de llamado a la profesión y la autonomía profesional. Y finalmente el capital psicológico puede impactar en la calidad del cuidado de enfermería en términos de autoeficacia/confianza, esperanza optimismo, y resiliencia.

Figura 3. Esquema integrativo de los conceptos y/o modelos de la investigación.



Fuente: Elaboración Propia.

1.5.2) Marco Empírico:

Para la generación de este apartado, la investigadora efectuó una búsqueda bibliográfica en ISI, PubMed, EBSCO host web, Scopus, Bireme, BEIC, considerando un período de 17 años (2000-2017), debido al reducido número de artículos específicos de la temática. Se localizaron estudios en relación a *Condiciones de Trabajo, Capital Psicológico, Profesionalismo, y percepción de la Calidad del Cuidado de enfermería.*

La presentación de los artículos se hará, considerando en un primer bloque los artículos de nivel internacional, correspondientes a América del Norte, Europa, Asia, Africa ,Oceanía y América Latina, estos últimos presentados conjuntamente y en una segunda parte los de nivel nacional. Dichas investigaciones se presentarán partiendo desde las más actuales.

En lo referente a las ***Condiciones de Trabajo*** se han realizado investigaciones principalmente a nivel internacional las cuales evidencian su importancia para el desarrollo de un cuidado de enfermería de calidad, a nivel nacional las investigaciones apuntan a la satisfacción laboral del profesional de enfermería respecto a su trabajo y calidad de vida laboral, más que a las condiciones de trabajo propiamente tales.

En el ámbito internacional,

- En el año 2017 Abdul Rahman y cols. realizarón en Asia sud-oriental una investigación cuyo objetivo fue conocer el estrés psicosocial del trabajo, fatiga laboral y transtornos musculoesqueleticos entre las enfermeras que se desempeñan en unidades de emergencia y cuidados críticos de los hospitales públicos de Brunei. Participaron 201 enfemeras y sus resultados reportaron que las enfermeras experimentaron altas demandas cuantitativas, alto ritmo de trabajo, tensión y agotamiento. Alto predominio de fatiga crónica y persistente, amenazas de violencia e intimidación, y dolor musculoesquelético en el cuello, el hombro, espalda alta y baja y en la región de pie. Los autores concluyen que esta información es importante para que la administración de enfermería y los

responsables de la formulación de políticas tomen decisiones informadas sobre la planificación actual y futura para proporcionar a las enfermeras un ambiente de trabajo propicio [116].

- Manyisa y Van Aswegen en el año 2017, efectuarón en Africa una revisión de la literatura para conocer las condiciones de trabajo de las enfermeras/os que se desempeñan en hospitales públicos, para lo cual analizarón 50 articulos entre los años 2000 a 2014. Sus principales hallazgos identifican una alta carga de trabajo, trabajo en turnos, largas horas de trabajo, escaza infraestructura y que la epidemia de VIH/SIDA afecta negativamente a las condiciones de trabajo ya que, supone una carga adicional de trabajo sumado a las limitaciones del entorno laboral. Los principales factores atribuidos a las malas condiciones de trabajo fueron la escases de personal y los recursos inadecuados. Finalmente los autores concluyen que las condiciones laborales insatisfactorias tienen un impacto negativo en el bienestar físico y psicosocial de los empleados [117].

- Crilly y cols en el año 2017, efectuarón un estudio en Australia que describe las percepciones de las enfermeras del departamento de emergencia sobre su ambiente de trabajo, con un análisis de subgrupos. La muestra quedo conformada por 75 enfermeras y sus principales resultados indican una alta carga laboral que incide en la moral y la satisfacción, aunque la satisfacción con su entorno de trabajo fue alta. Concluyen que sus hallazgos pueden utilizarse para identificar las áreas del entorno de trabajo que son preocupantes para el profesional de enfermería [118].

- Llop y cols en el 2015, exponen una reflexión acerca de las condiciones de trabajo de las enfermeras españolas y su impacto en su salud. En esta indican que el profesional de enfermería esta expuesto a diversos estresores en su lugar de trabajo como la alta carga laboral, insatisfacción y también la carga emocional. Asimismo señalan que existen otras condiciones de trabajo que son estresantes y que experimenta enfermería de forma habitual . Como son la ambigüedad de las tareas a desarrollar o enfermera/o multitarea, la falta de reconocimiento, la relación de subordinación al/a la medico/a, el bajo apoyo o falta de respeto del/de la supervisor/a, así como las peores condiciones salariales. Es así,

como aumenta el ausentismo laboral por enfermedad en estos profesionales, a causa del estrés laboral, lo cual no sólo repercute en la salud del propio profesional sino que también en la organización del trabajo y los costes laborales [(119)].

-Panagiotis y cols también en el 2015 realizaron un estudio en Grecia, cuyos objetivos fueron evaluar el ambiente de trabajo de las enfermeras de hemodiálisis e investigar la correlación entre el ambiente de trabajo y los resultados de los pacientes. Para lo cual se llevó a cabo un estudio transversal en 11 hospitales con una población de estudio de 133 enfermeras. Sus principales hallazgos indicaron que la unidad de hemodiálisis es un lugar de trabajo desfavorable. El análisis multivariado de regresión logística identificó que la hipotensión, la desconexión del catéter venoso y la caída del paciente, se asociaron con este ambiente de trabajo no favorable [(120)].

- Aiken y cols en el 2013 en USA, desarrollaron una investigación para obtener las evaluaciones de las enfermeras europeas de su entorno de trabajo hospitalario y de la calidad del cuidado y así identificar estrategias para retener a las a enfermeras en la práctica de hospital y evitar el deterioro de la calidad del cuidado. Se encuestaron 33.659 enfermeras de hospitales médico-quirúrgicos en 12 países Europeos. Los principales resultados de este estudio expresan la insatisfacción de la enfermera con su trabajo en la mayoría de los países, y esta insatisfacción se pronuncia con respecto a los salarios, las oportunidades de educación y oportunidades de progreso, es así como porcentajes importantes (19-49%) de enfermeras consideraban dejar sus puestos de trabajo, y de modo generalizado las enfermeras expresan preocupación tanto, con la gestión del personal como con los recursos. Más de la mitad de las enfermeras en 9 de los 12 países informaron que el ambiente de trabajo en su hospital era pobre o regular. La mayoría de las enfermeras reportaron que no había suficientes enfermeras por lo que las tareas importantes de enfermería a menudo se dejan sin hacer por falta de tiempo, tampoco hay servicios de apoyo adecuados. En la mitad de los países, las enfermeras están de acuerdo en que muchas veces las cosas "caen en el olvido" durante los cuidados al paciente, e indican que el personal no siempre se siente libre para cuestionar las acciones de los que tienen autoridad, lo que es un peligro para la seguridad. Aunque la

mayoría de las enfermeras no dieron malas calificaciones a sus hospitales con respecto a la seguridad del paciente, muchos dudan que la seguridad será una prioridad de gestión. Referente a la calidad del cuidado, cuando se les pregunto sobre la presencia en su lugar de trabajo de ciertas características asociadas con el mejor cuidado de calidad, muchas de las enfermeras dieron testimonio, de su ausencia [(121)].

-En Francia, Biquand y Zittel en el 2012, realizaron un estudio con el propósito de evaluar las condiciones psicosociales y de trabajo y observar el concepto de Humanitud aplicado al cuidado de las personas mayores. Con la premisa que el enfoque ergonómico podría ayudar a definir el ambiente organizacional para una mejor atención, donde la organización del medio ambiente y la distribución de las tareas puedan prevenir las condiciones de maltrato. Se utilizaron los métodos de análisis de trabajo ergonómico: análisis de documentos, observaciones individuales de la actividad laboral y entrevistas de grupo e individuales al personal de enfermería (enfermeras y enfermeras asistentes). Los principales hallazgos señalan que al personal le gusta su trabajo pero reportan que las condiciones de trabajo están deterioradas, principalmente en los factores organizacionales más que en los recursos, ya que hay una organización jerárquica estrictamente definida a cargo de un médico. También indican que el personal siente que no puede cumplir con sus tareas y que no tiene tiempo, todo lo cual le impide relacionarse con el paciente [(122)].

- En Bélgica Van Bogaert y cols., en el 2012 realizaron un estudio para investigar el impacto del entorno de la práctica de enfermería y el compromiso con el trabajo sobre el resultado del trabajo y la evaluación de variables de calidad del cuidado de enfermería en hospitales psiquiátricos. Entre sus resultados principales se expone que, el entorno de la práctica enfermera fue favorable en cuanto a las relaciones médico-enfermera, la gestión de la enfermera en la unidad, mientras que la gestión organizacional y el apoyo fue calificado ni favorable ni desfavorable. Además el entorno de la práctica estaba asociado con las dimensiones de compromiso de trabajo y este, a su vez estaba asociado con la satisfacción laboral, la intención de permanecer en la profesión y un reporte favorable de las variables de calidad del cuidado de enfermería [(123)].

- Nantsupawat y cols., en el 2011 desarrollaron una investigación en Tailandia con el propósito de determinar el impacto del entorno de trabajo de la enfermera y del personal de enfermería, en la calidad del cuidado de enfermería. La muestra estuvo constituida por 5.247 enfermeras que proporcionan atención directa pacientes en 39 hospitales públicos de Tailandia. Sus resultados destacan que, las enfermeras atienden un promedio de 10 pacientes cada una, el 45% de las enfermeras tuvieron una alta puntuación en burnout medida por el Maslach Burnout Inventory, el 28% de las enfermeras estaban insatisfechas con su trabajo; y el 27% clasificó la calidad de la atención de enfermería como regular o mala. Se determinó además que, la adición de cada paciente a la carga de trabajo de una enfermera se asoció con un aumento del 2% en las probabilidades de agotamiento emocional. Además, las enfermeras que informaron entornos de trabajo favorables, eran 30% aproximadamente menos propensas a reportar mala calidad de la atención en comparación con las enfermeras que informaron ambientes de trabajo desfavorables. La adición de cada paciente a la carga de trabajo de una enfermera se asoció con un aumento del 4% en las probabilidades que las enfermeras informaran la calidad de la atención de enfermería como regular o mala. Este estudio concluye que, la mejora de los entornos de trabajo de enfermería puede reducir el burnout en enfermería, lo que mejora la retención de la enfermera, así como potencialmente mejora la calidad del cuidado [(124)].

- Un estudio realizado en USA por Trinkoff A. y cols., en el 2010 con el objetivo de comparar las condiciones de trabajo (horario, demandas de trabajo, y entorno de práctica) de enfermeras que trabajan en un hospital imán (magnéticos)con las que trabajan en un hospital no imán. Determinó que las enfermeras reportan muy pocas diferencias en cuanto a sus condiciones de trabajo entre un hospital y otro. Pero, los que trabajan en los hospitales magnéticos eran menos propensos a reportar horas extraordinarias y turnos obligatorios que los de los hospitales no imán, aunque no hubo diferencias en las horas trabajadas por día o por semana. Tampoco hubo diferencias en las demandas psicológicas reportados por las enfermeras que trabajan en el hospital imán frente a los hospitales no imán. En cuanto a las demandas físicas, estas fueron

menores entre las enfermeras de los hospitales magnéticos en comparación con los que trabajan en los hospitales no Imán. Otras medidas de las condiciones de trabajo de enfermería, que incluye el medio ambiente de la práctica de enfermería, la cultura de seguridad del paciente, y la satisfacción general en el trabajo, no tuvo diferencias significativas entre las enfermeras que trabajan en las instalaciones de un hospital imán o no imán. Concluyendo que, los resultados sugieren que trabajar en un hospital imán no significa necesariamente que las enfermeras perciben mejores condiciones de trabajo [(125)].

- Rajbhandary y Basu, realizarón en Canadá en el año 2010 un estuido para determinar la relación entre las condiciones de trabajo y el ausentismo laboral relacionado a enfermedades y lesiones en enfermeras registradas a tiempo completo y enfermeras practicas licenciadas. Para lo cual usaron como base de datos la Encuesta Nacional de Trabajo y salud de las enfermeras correspondiente al año 2005 y aplicaron regresiones logísticas a la misma. Sus principales resultados señalan que la carga de trabajo y la falta de respeto en su entorno laboral son determinantes significativos de ausentismo laboral. Estos autores postulan que mejorar las condiciones de trabajo con la consiguiente reducción del ausentismo podría ser una manera económica de aumentar la oferta de mano de obra de las enfermeras, sin aumentar las nuevas admisiones o nuevos reclutas [(126)].

- Purdy y cols, realizaron en el 2010 en Canadá una investigación para determinar la relación entre las percepciones de las enfermeras de su entorno de trabajo y la calidad/ resultados de riesgo para los pacientes y para las enfermeras en los centros de atención de agudos. Se utilizó un diseño multi-nivel para recolectar datos de enfermeras (n= 679) y pacientes (n=1005) dentro de 61 unidades médicas y quirúrgicas en 21 hospitales de Canadá. Usando modelos de ecuaciones estructurales multinivel, determinaron que el empoderamiento en los lugares de trabajo tuvo efectos positivos sobre la calidad del cuidado evaluado por la enfermera, y predijo menos caídas y riesgos también evaluados por la enfermera, como mediados a través de procesos grupales. Estas condiciones impactaron positivamente en el empoderamiento psicológico individual que, a su vez,

tuvo efectos directos significativos sobre el comportamiento potenciado, la satisfacción en el trabajo y la calidad del cuidado. Los autores concluyen que los puestos de trabajo potenciados apoyan resultados positivos tanto para enfermeras como para pacientes [(127)].

- En el año 2008, Nyathi y Jooste, realizarón una investigación en South Africa, para identificar las condiciones laborales que contribuyen al ausentismo en enfermeras de la provincia de Limpopo. La muestra estuvo conformada por 233 profesionales y sub profesionales de enfermería, en sus resultados señalan cinco factores de las condiciones de trabajo asociadas al ausentismo laboral que corresponden a: insuficiente cohesión grupal, inadecuada delegación de autonomía, ambigüedad de roles, rutinización, efecto de la carga de trabajo. Los autores concluyen que las condiciones de trabajo limitadas, las condiciones organizacionales, de gestión y personales pueden conducir al ausentismo en el lugar de trabajo [(128)].

- Stone y cols., realizaron un estudio en USA en al año 2007, con el objetivo de examinar los efectos de un conjunto amplio de condiciones trabajo, en los resultados de seguridad de pacientes de edad avanzada pertenecientes a Unidades de Cuidados Intensivo. Participaron 15.846 pacientes de 51 Unidades de Cuidados Intensivos de adultos, de 31 hospitales y 1.095 enfermeras. Las variables medidas fueron: infección del torrente sanguíneo asociada a línea central, neumonía asociada a ventilación, infección del tracto urinario asociada a catéter urinario, mortalidad a los 30 días y úlceras por decúbito. Sus resultados evidenciaron que las condiciones de trabajo de las enfermeras se asociaron con todos las variables medidas. Además, se destaca que las unidades con más personal tuvieron menor incidencia de las cinco variables estudiadas y que el aumento de las horas extraordinarias se asoció con mayores tasas de infección del tracto urinario asociada a catéter urinario y úlceras por decúbito, pero ligeramente con menores tasas de infección del torrente sanguíneo asociada a línea central [(129)].

En el contexto Latinoamericano, se encuentran estudios como los realizados por Esquivel y Pereira en el año 2017, quienes estudiaron las condiciones laborales de las y los trabajadores del cuidado en Argentina. Proponen una análisis comparativo sobre tres ocupaciones en las que se cuenta enfermería, docencia inicial y primaria y trabajadoras

domesticas. Sus hallazgos en relación a enfermería dicen relación a bajos salarios, lo que da pie al pluriempleo y sobrecarga laboral a través de la realización de horas extras, lo que se constituye un fenómeno extendido y ampliamente documentado. En cuanto a lo que respecta a la jubilación, para enfermería la jubilación anticipada constitye un tema en disputa, ya que a la gram mayoría no se les reconoce el enorme desgaste que implica la atención y el cuidado diario de pacientes [130].

- Dos Santos Alvesa y de Brito Guirardelloa realizarón un estudio en el año 2016 en Sao Paula Brasil, con los objetivos de describir las características del ambiente de trabajo, las actitudes hacia la seguridad, la calidad del cuidado medida por el personal de enfermería de las unidades de pediatría, así como analizar la evolución de los indicadores de bienestar y desempeño de los hospitales.Para lo cual desarrollarón un estudio descriptivo y transversal en 136 miembros del equipo de enfermería, que incluyó profesionales, técnicos y auxiliares de enfermería. Sus principales resultados indican que el personal de enfermería percibe el ambiente de trabajo favorable a la práctica profesional y una buena calidad de la atención, demostrada por la reducción de eventos adversos y la estancia hospitalaria, también la satisfacción en el trabajo se consideró favorable para la seguridad del paciente. Las autoras concluyen que el ambiente de trabajo es propicio para la práctica de los profesionales de enfermería en este establecimiento hospitalario pediátrico [131].

-Lorenz y de Brito en Brasil en el 2014, investigaron el ambiente de la práctica profesional y el síndrome de burnout en enfermeros en la atención básica, a través de un estudio transversal y de correlación, con una muestra de 198 enfermeros. Sus principales resultados señalan que, los enfermeros evaluaron que el ambiente es parcialmente favorable para: autonomía, relación profesional y soporte organizacional y que existe poco control sobre el mismo. Al explorar, las percepciones de los enfermeros acerca del ambiente de la práctica se correlacionan con burnout, satisfacción en el trabajo, calidad del cuidado e intención de dejar el trabajo. Concluyendo que, reduciendo la percepción de autonomía, se reduce la percepción de la calidad del cuidado y aumenta la intención de dejar el trabajo actual; reduciendo la percepción de control sobre el ambiente de la

práctica profesional, se reducen la satisfacción en el trabajo y la percepción de la calidad del cuidado; y reduciendo la percepción de relación profesional cordial entre enfermero y médico, se disminuye la percepción de la calidad del cuidado; y reduciendo la percepción de soporte organizacional, se disminuye la satisfacción en el trabajo y la percepción de la calidad del cuidado [132].

- En el 2014 Quintana y cols. Llevaron a cabo un estudio que aborda aspectos relacionados con el concepto de trabajo, la calidad de vida y su relación con el equipo de enfermería en el contexto mexicano. Entre sus resultados las autores señalan que, la Calidad de Vida en el Trabajo (CVT) de los profesionales del área de la salud debería ser óptima, pero que diversos estudios destacan que esto no es una realidad, ya que, hay evidencia que señala que dentro del grupo de profesionales del área de la salud, existen múltiples problemáticas y en el caso específico del equipo de enfermería han desarrollado patologías tales como el síndrome de Burnout, estrés laboral, conflictos relacionados a la violencia dentro de las instituciones de salud, así como índices de pobre satisfacción laboral y que dichas problemáticas estarían entre otros factores posiblemente asociadas a las condiciones de trabajo. Agregan que, aunque el empleo proporciona múltiples beneficios al ser humano, también la falta de condiciones adecuadas para efectuarlo, acarrea aspectos negativos o condiciones patológicas, lo que se puede relacionar con niveles pobres de CVT [133].

-Fischer y Martínez, en el 2013 efectuaron un estudio en Brasil en el cual se asocian las características individuales, las condiciones de trabajo y los accidentes de trabajo con la capacidad de trabajo de los profesionales de enfermería. Participaron 514 profesionales de enfermería de un hospital de São Paulo, Brasil. Entre sus principales hallazgos se destaca que, la capacidad de trabajo se asoció con las condiciones de trabajo en cuanto a, tiempo como un profesional de enfermería, horas, tiempo y violencia en el trabajo, la percepción de las actividades laborales que pueden contribuir al dolor / lesiones, el apoyo social y el desequilibrio esfuerzo-recompensa. Además la capacidad de trabajar estuvo relacionada con los accidentes de trabajo y las enfermedades relacionadas con el trabajo y algunas características sociodemográficas. Los resultados mostraron que las

condiciones de trabajo entre otras variables deben ser consideradas en la planificación y ejecución de acciones para mantener o mejorar la capacidad de trabajo de los profesionales de enfermería [134].

- Vasconcelos y cols., desarrollaron en el 2012 una investigación con el objetivo de estimar la prevalencia y los factores asociados con enfermedades de auto-reporte entre el personal de enfermería del Hospital de Emergencia en Río Branco / Estado de Acre, Brasil. Se llevó a cabo un estudio transversal con 272 participantes, que respondieron a un cuestionario que incluyó entre otros aspectos las condiciones de trabajo. De las cuales destacan una limpieza inadecuada, demandas de trabajo excesivo, equipo, ventilación e iluminación inadecuada, un alto nivel de ruido, deficiencia de cooperación entre el equipo y personal de trabajo insuficiente. La mayoría de los trabajadores entrevistados reportó la presencia de alguna enfermedad, las más frecuentes fueron las de tipo musculo-esquelético, digestivo y trastorno mental. Sus principales conclusiones indican que, las variables relacionadas con las condiciones de trabajo y la organización del trabajo se asocian con la aparición de enfermedades reportadas entre los profesionales de enfermería, por lo que las medidas de promoción de la salud en el trabajo requieren un enfoque integral que incluya las condiciones de trabajo y la organización de este [135].

- En Brasil, Portebella y cols., en el 2012 llevaron a cabo un estudio para identificar las implicaciones del ambiente de trabajo en el desarrollo del proceso de trabajo del equipo de enfermería, para lo cual desarrollaron una revisión integradora de literatura. A partir del estudio, se puede identificar que algunas condiciones de trabajo influyen negativamente en la eficacia de las acciones del proceso de trabajo y la salud del enfermero. La carga horaria de trabajo excesiva y la múltiple y variada demanda de atención en la práctica diaria pueden desencadenar alteraciones físicas, psicológicas en el profesional, además de provocar insatisfacción. Las condiciones de trabajo, el ambiente, la estructura organizacional del proceso, las rutinas exigentes y el arduo trabajo desarrollado por el equipo de enfermería en contacto con el sufrimiento de sus clientes, se presentan como agentes estresores para los profesionales, actuando directamente sobre la seguridad de la salud de los trabajadores en su ambiente. Destaca

además en los resultados que, la repercusión de las condiciones de trabajo no incide solamente en la salud de los profesionales, igualmente se extiende al trabajo del equipo como un todo, perjudicando la asistencia de enfermería. Los autores indican que, la creación de un ambiente favorable a la producción de salud, con condiciones de trabajo adecuadas, que posibiliten al trabajador una relación interpersonal saludable y un menor desgaste físico y emocional, corrobora la organización del proceso de trabajo de forma eficaz y dirigida a las necesidades del profesional de enfermería y de sus clientes [(136)].

- En Colombia en el año 2011 Garcia y cols, realizaron una investigación para construir un instrumento de autoevaluación de las condiciones de trabajo aplicable para el personal de enfermería de los servicios de alta complejidad. Para lo desarrollarón una investigación descriptiva que incluyó conceptos como condiciones de trabajo inherentes o presentes en el proceso de trabajo que influyen en la calidad de vida y el bienestar y desempeño del trabajador en sus diferentes contextos; los procedimientos de evaluación de las condiciones de trabajo que con frecuencia se utilizan o mencionan en la literatura específica y los elementos que caracterizan el trabajo de enfermería, así como los factores de riesgo que este personal enfrenta en el sector hospitalario; con base en estos elementos se elaboró el instrumento considerando tres categorías: condiciones intralaborales, condiciones extralaborales y condiciones individuales. Como resultado principal estos investigadores consolidarón un instrumento validado mediante análisis de expertos, y en sus conclusiones reconocen la necesidad que desde la academia se continúe dando soporte investigativo al ejercicio profesional de la disciplina y al estudio de las condiciones de trabajo de estos profesionales con el fin de cubrir los vacíos en el conocimiento acerca de las condiciones de vida y trabajo del personal de enfermería, y proporcionar información que arroje respuestas para intervenciones eficaces, hacia el mejoramiento de las condiciones de la práctica. Ademas señalan la importancia de la aplicación de instrumentos de autoevaluación lo que puede permitir a los trabajadores avanzar en procesos de empoderamiento para mejorar sus condiciones de trabajo; por ende es necesario desarrollarlos para que el personal de enfermería pueda avanzar en el

reconocimiento de estas y así impulsar acciones colectivas dirigidas a su adecuado afrontamiento [137] .

-Cogollo y cols, en el 2010 realizaron una investigación, con el propósito de identificar las condiciones laborales del profesional de enfermería en instituciones de salud en Cartagena, Colombia. Por medio de estudio descriptivo con muestra de 188 enfermeras, que incluyó personal de enfermería de instituciones públicas y privadas, se determinó que, el 44% tenía contratación por medio de cooperativas de trabajo y que el 65% recibía pago por honorarios sin prestaciones sociales. Referente a las condiciones físicas del puesto de trabajo y la dotación de materiales, el 34% de las enfermeras consideraron que los equipos y materiales de trabajo eran incompletos e inseguros,32% identificaron la falta de señalizaciones dentro del área de trabajo, 31%, espacio reducido y temperatura inadecuada y15%, niveles de ruido. Concluyendo que, en Cartagena el personal de enfermería identifica las condiciones de trabajo como deficientes en retribución económica, personal de apoyo, infraestructura física de los puestos de trabajo, materiales y equipos en el lugar de trabajo y alta carga laboral [138].

- Así mismo, Mesa y Romero realizaron en el 2010 un estudio, de carácter cualitativo-descriptivo y teoría fundamentada a siete profesionales de enfermería, de instituciones tanto públicas como privadas, en las áreas clínicas y de promoción y prevención de Colombia. Con el propósito de interpretar y comprender cómo las condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería perturban su calidad de vida y desarrollo humano. Los hallazgos de esta investigación se concretaron en dos categorías emergentes, denominadas (a) el valor de lo humano se desconfigura por la precarización del trabajo en enfermería y (b) desarrollo humano y calidad de vida de los profesionales de enfermería: entre carencias y potencialidades, con las cuales se intentó entender, por un lado, cómo se vivencia el ejercicio de cuidado en las actuales condiciones laborales, en un contexto que deslegitima derechos del trabajador y de flexibilización laboral, y, por el otro, cómo este contexto recrea o reprime satisfactores y oportunidades para el desarrollo humano y la calidad de vida de los profesionales de enfermería, quienes viven sus necesidades humanas desde lo carente, pero que encuentran mecanismos y

motivaciones que les permiten potenciarlas. Las autoras describen la precarización del trabajo como un retroceso en el desarrollo social, económico y humano, en la medida en que limita toda posibilidad de libertad y dignidad [15].

- Un estudio brasileño de diseño cualitativo basado en la teoría de las representaciones sociales, efectuado por D'Arc de Souza Oliveira y cols. en el 2009, con el objetivo de analizar las representaciones sociales de los trabajadores de la salud acerca de los riesgos laborales, en una muestra de 220 profesionales de salud (100 médicos, 80 enfermeras y 40 dentistas). Determinó que el riesgo ocupacional prevalece en el entorno de trabajo, las condiciones de trabajo son desfavorables, ampliando el desgaste físico y mental del trabajador. La representación de este grupo de trabajadores mostró insatisfacción con las condiciones insalubres e inseguras de trabajo en los hospitales, también la falta de política de salud en el trabajo que debe ser entendida dentro del contexto de la política general de salud [139] .

- Otro estudio colombiano, realizado en el 2008 por Romero y cols., con el objetivo de describir e interpretar las condiciones personales, familiares y laborales que configuran la calidad de vida de las y los profesionales de enfermería y que inciden en el ejercicio del cuidado. En el cual participaron 218 profesionales de enfermería, obtuvo como principales resultados que el 73% de los participantes estuvo de acuerdo en que la calidad del cuidado a empeorado, el 49% reporto agotamiento emocional o cansancio psíquico producto de las condiciones y altas cargas de trabajo. El 85% de los profesionales de enfermería señalo que el salario es suficiente para la subsistencia de el y de su familia, pero no para poder realizar otras actividades de ocio o recreativas. Dentro de las condiciones de trabajo que más generaron estrés en este grupo de estudio fueron la sobrecarga laboral, las exigencias socio-familiares y la falta de participación en la toma de decisiones, lo que afecta de manera negativa el entorno laboral. En cuanto a las consecuencias en el cuidado, este cuidado se centra en un 54% en las necesidades humanas de tipo fisiopatológico, lo que representa el modelo biomédico como predominante en el cuidado [30].

- Herrera y Manrique en el 2008, realizaron una investigación para determinar las condiciones laborales y el grado de satisfacción de profesionales de enfermería mediante un estudio descriptivo evaluativo de corte transversal, en 39 profesionales de enfermería de un hospital de Colombia. Sus principales resultados, reportan que existe un 21% de los trabajadores que tiene una vinculación por medio de cooperativas con el hospital, y el 36% presenta un contrato definido. Los autores afirman que hay un mayor promedio de satisfacción general en la población contratada por tiempo indefinido que los contratados por tiempo definido. Además un 35% presento una intensidad horaria semanal de más de 48 hrs y la remuneración estuvo relacionada con la insatisfacción [(140)].

- En Brasil Elías y Navarro, desarrollaron en el 2006 un estudio que tuvo como objetivo investigar las relaciones existentes entre el trabajo, la salud y las condiciones de vida de profesionales de enfermería en un hospital de enseñanza. La recopilación de datos fue realizada a través de entrevistas semi-estructuradas y de observaciones del ambiente de trabajo. Los resultados indican que es común la ocurrencia de problemas de salud orgánicos y psíquicos destacando las lesiones por esfuerzo repetitivo, depresión, ansiedad, estrés, entre otros provocados por las condiciones de trabajo. Dentro de estas condiciones destaca las salas con sobrecarga de paciente a causa de la disponibilidad reducida de camas y la cantidad de pacientes, también se destaca en el estudio, la falta de tiempo y la rutinización de las tareas, se señala además que, las condiciones de trabajo inadecuadas son también determinante en la calidad de la atención otorgada por las enfermeras [(141)].

- Lo expuesto en el estudio anterior coincide con lo señalado por Malvárez S. ya en el 2005, esta autora señala que, las condiciones de trabajo del profesional de enfermería son precarias, influyendo en la motivación, eficiencia y estabilidad de los trabajadores y en la calidad de los servicios y la conflictividad general. Destaca además que, las transformaciones en las condiciones de empleo y trabajo, la manera cómo ellas están arriesgando y aun dañando la salud de las enfermeras, expone a las poblaciones bajo su cuidado. Simultáneamente, los nuevos sistemas de gestión que, por un lado implican el

trabajo de enfermería y por otro excluyen la participación de las enfermeras en las decisiones, al mismo tiempo que los estilos de organización de servicios de enfermería se mantienen rígidos y verticales [142].

- Malvarez y Castrillón, en una trabajo para la OPS, en el cual se aborda el Panorama de la Fuerza de Trabajo de Enfermería en América Latina, en el 2005 vuelve a señalar que, las condiciones de trabajo de las enfermeras se caracterizan por la sobrecarga de trabajo, jornadas extensas, turnos rotatorios, trabajo nocturno, frecuentes cambios de servicios, carga psicológica por el manejo de situaciones críticas. Es un personal expuesto a permanentes riesgos biológicos, químicos y físicos que se constituyen en amenazas para la salud. Agrega además que, las carencias institucionales en recursos humanos y materiales, en suministros y mantenimiento oportuno de equipos que deterioran progresivamente los servicios de salud, en especial los estatales, generan insatisfacción en el trabajo y que todas estas condiciones son causa de renuncias al trabajo [143].

-Leguizamón y Gómez, realizaron en el 2002 un estudio en el cual se describen algunas condiciones de desempeño laboral y de salud física y psicológica en 91 mujeres enfermeras de Santafé de Bogotá; también se presentan diferencias en los riesgos de salud cardiovascular o psicológica que parecen depender de algunas condiciones laborales. Entre los resultados de las condiciones laborales se destaca que, los sujetos estaban vinculados al ejercicio laboral a través de diversos tipos de contratos, el 49,5% de los sujetos trabaja horas extras y el 60,2% no tiene ningún descanso además del tiempo de almuerzo durante la jornada laboral y un bajo nivel de apoyo laboral. Las condiciones ambientales negativas más señaladas por las enfermeras en su lugar de trabajo fueron los ruidos, el calor, el hacinamiento y tener que levantar cargas pesadas y además de las condiciones laborales anteriores, las enfermeras se enfrentan a dificultades específicas en su lugar de trabajo como falta de medicinas, de equipos necesarios y/o de enfermeras, congestión de pacientes y en algunos casos el entendimiento con otro personal de las instituciones de salud es deficiente. Determinan además, que los sujetos de este estudio se encuentran en riesgo medianamente alto de que en su salud se presenten efectos negativos [16].

A nivel nacional, Canales y cols en el 2016 , realizarón una investigación para conocer las condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería en Chile. Mediante una revisión sistematizada de carácter descrptivo y retrospectivo de artículos chilenos que aborden la temática, con una muestra de 9 articulos que abarcaron el tema de análisis. Sus resultados señalan que, los profesionales de enfermería en Chile, se desenvuelven en condiciones laborales marcadas por la carencia de materiales, alta demanda laboral y limitados recursos. Los autores concluyen que las principales problemáticas asociadas al trabajo llevado a cabo por el profesional de enfermería, corresponden a riesgos psicosociales como estrés, fatiga y burnout [(144)].

- Seguel y cols. En el año 2015 desarrollaron una revisión de la literatura relacionada al trabajo del profesional de enfermería en Chile. Analizarón 39 articulos que cumplierón con los criterios de inclusión desde el año 2000 al 2010. A través de la evidencia identificarón una alta demanda tanto física como psicológica en el trabajo del profesional de enfermería, en especial en unidades de cuidados críticos. Señalan que este profesional se enfrenta diariamente a factores de riesgo psicosociales asociados a las características propias de la organización, como la falta de reconocimiento, la desigualdad y la sobrecarga de trabajo. Indican que la mayoría de las enfermeras, terminando su jornada laboral, continúan con las labores en el hogar, sumado a ello, el presentar uno o más hijos aumenta la sobrecarga de trabajo al tener que conciliar el espacio doméstico y el público bajo condiciones de menor remuneración en relación a los hombres y con una carga de trabajo excesiva. Ademas indican que, en las condiciones laborales en que se desenvuelven, deben constantemente adaptar e improvisar debido a la falta de materiales y equipos, lo que provoca consecuencias como signos de miedo, ansiedad, estres, enojo, dolor de piernas, espalda , cefalea y fatiga. Por otro lado el sistema de turnos, que implica trabajo nocturno perjudica a este profesional presentando síntomas de embotamiento y transtornos del sueño. Finalmente estos autores concluyen que las funciones y actividades del profesional de enfermería se distribuyen en diferentes ámbitos, con múltiples satisfacciones pero en muchas

ocasiones se realizan en condiciones deficientes, con alta demanda y estrés, pero con motivación y compromiso [145].

- En el año 2011 Ansoleaga, Blanch y cols , realizaròn en Chile un estudio para conocer las condiciones de trabajo del profesional de enfermería, en la cual también se incluye al escalafón médico. Cuyo principal objetivo fue determinar el Malestar Psicofisiológico en Profesionales de la Salud Pública de la Región Metropolitana, en la que se mide entre otras variables las condiciones de trabajo, en una población compuesta por 110 enfermeras y 80 médicos, de 10 hospitales públicos de la Región Metropolitana, siete de los cuales correspondieron a establecimientos de mayor complejidad y tres a establecimientos de mediana complejidad según la categorización del Ministerio de Salud de Chile. Se aplicó el cuestionario de Calidad de Vida Laboral, el cual incluye entre otros a La Escala de Condiciones de Trabajo, desarrollada por Blanch JM. Dentro de los hallazgos más de la mitad de los participantes (51% de las enfermeras y 54% de los médicos) consideran que los aspectos técnicos, materiales, de infraestructura y de tecnología médica han presentado mejoras. Sin embargo, reportan asimismo una tendencia al incremento de la carga de trabajo. Enfermeras (27%) y médicos (16%) mencionan que "lo que ha empeorado en su trabajo" se relaciona con: la falta de tiempo para realizar sus tareas, la carga laboral y el aumento de la presión asistencial. Lo que impacta en el trato y cuidado de los pacientes; repercute en las relaciones interpersonales entre colegas; y genera sentimientos de estrés, cansancio, ansiedad, agobio y abatimiento. Además indican que, las condiciones de trabajo, el bienestar psicosocial y la adaptación a la organización explican el 21% de la varianza en malestar psicofisiológico y que los valores Beta revelan significancia estadística para condiciones de trabajo; lo que refuerza la asociación entre malestar psicofisiológico y condiciones de la organización del trabajo. Finalmente indican que el profesional de enfermería presenta mayores niveles de malestar psicofisiológico y sobrecarga de trabajo [146].

- Andrades y Valenzuela, en el 2007 realizaron una investigación con el objetivo de conocer la Calidad de Vida de enfermeras hospitalarias y factores asociados. Para lo cual

llevaron a cabo un estudio descriptivo y transversal, cuyo universo estuvo constituido por los 126 profesionales de enfermería contratados en un hospital público de alta complejidad de la región del Bío Bío de Chile. Los resultados obtenidos permitieron determinar que, la Calidad de Vida Global, fue conceptuada como "Buena" y, la Calidad de Vida en Salud, se percibe "Conforme". Las variables que resultaron predictoras para la Calidad de Vida correspondieron a la edad, situación de pareja y realizar turnos de noche. El sistema de trabajo, con turnos de noche, de las enfermeras, hace muchas veces incompatible, la posibilidad de compartir momentos de diversión con sus grupos de amigos, quienes representan sus redes de apoyo. Los días previos y posteriores a los turnos de noche, las enfermeras priorizan su rol de madre, dueña de casa e incluso de profesional asistiendo a cursos de perfeccionamiento y por lo tanto se postergan como persona y como mujer [(147)].

- Parra y Paravic, en el 2002 desarrollaron en Chile una investigación para conocer el nivel de satisfacción laboral de las/os enfermeras/os que trabajan en el Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU), en la Región Metropolitana y en los diversos SAMU de la Octava Región. A través de una investigación, descriptiva, prospectiva y correlacional, en un universo de 54 profesionales de enfermería. El análisis de los datos mostró que las variables promociones y remuneraciones son predictores de una gran insatisfacción en las/os enfermeras/os. Las/os enfermeras/os en cuanto a las oportunidades de promoción y ascenso opinan que son muy limitadas y cuando llega a haber alguna pareciera ser que no siempre lo logra la persona más competente y que las remuneraciones son menos de lo que merecen, están mal pagadas/os, no les proporcionan lujos ni cumplen con sus expectativas, también creen que no son adecuadas a sus gastos normales y que son malas. Además sienten que su alta capacitación y la complejidad del trabajo que realizan no es para nada reconocido [(148)]

Es importante considerar que la situación de las enfermeras /os en Europa, Asia, Africa, América del Norte y América Latina no es estrictamente comparable, dadas las diferencias en cuanto a la formación profesional, ya que no todos estos profesionales están a un mismo nivel universitario y en los artículos no hay claridad, que cuando

hablan de enfermeras se refieren a, licenciadas en enfermería u otro tipo de atendentes como auxiliares, técnicos en enfermería etc. Pero en términos generales, las investigaciones principalmente a nivel internacional que evidencian la importancia de las Condiciones de Trabajo para el desarrollo de un cuidado de enfermería de calidad. A nivel nacional las investigaciones apuntan a la satisfacción laboral del profesional de enfermería (PE), respecto a su trabajo y calidad de vida laboral, más que a las condiciones de trabajo.

En su conjunto, las condiciones trabajo para el PE se presentan como desfavorables, es un personal expuesto a diferentes riesgos, con una alta carga laboral y que se evidencia que el PE expuesto a Condiciones de Trabajo deficientes tiene mayor riesgo de entregar un cuidado de enfermería de baja calidad. Además, la percepción de condiciones de trabajo deficientes tiene un impacto negativo en el bienestar físico y psicosocial de los Profesionales de Enfermería. Todo lo cual podría tener repercusiones en su propio estado de salud y en los cuidados otrogados en lo usuarios.

Finalmente, las diversas investigaciones señalan la importancia de proporcionar a las enfermeras un ambiente de trabajo propicio **.**

Al indagar referencia empírica en relación con el ***Profesionalismo***, se encuentran investigaciones de nivel internacional y nacional referentes a profesionales de enfermería y otros profesionales de la salud. Es importante destacar que en Chile sólo se encontró en la búsqueda un artículo derivado de investigación, lo que refleja la escases de investigaciones en el área.

A nivel Internacional, Elliott en el año 2017 en USA, realizó una revisión integrativa de la literarura para identificar los valores profesionales en enfermería evaluados y/o documentados en la literatura. Los valores profesionales que se desprendierón de esta revisión fueron valores orientados a otros como, cuidado y compasión, respeto a la dignidad humana,abogacía, altruismo, colaboración,confidencialidad, defensa profesional,seguridad y calidad justicia social y activismo. Y valores orientados hacia si

mismo, como competencia y crecimiento personal, autoridad, responsabilidad, , integridad , honestidad y cuidado a uno mismo. Este estudio concluye que el conocimiento de los valores profesionales es útil para la evaluación de las prácticas de enseñanza- aprendizaje, y que se necesitan más estudios al respecto para conocer los valores profesionales en enfermería [149].

-En el año 2016, Tanaka en conjunto a Taketomi y cols. llevaron a cabo un estudio para examinar la percepción de los comportamientos profesionales y los factores que contribuyen al profesionalismo entre enfermeras gestoras. Se aplicó el Behavioural Inventory for Professionalism in Nursing (BIPN) en 525 enfermeras gestoras que representan 15 instalaciones en Japón. Sus principales resultados señalan que, la puntuación media de profesionalismo alcanzado por las enfermeras gestoras fue de 9.19 (rango de 0-27), se obtuvo la puntuación más alta en la categoría competencia y formación continua, y el puntaje más bajo en la categoría publicación y comunicación. Niveles superiores de profesionalismo se relacionan de manera significativa con la experiencia de enfermería, un nivel más alto de preparación educativa y la posición actual como un administrador [150].

- Dikmen y cols. en el año 2016 desarrollaron una investigación para conocer el nivel de profesionalismo de las enfermeras que trabajan en un hospital en Turquía. Mediante un estudio descriptivo donde participaron 89 profesionales de enfermería a las que se les aplicó el inventario de comportamiento profesional para enfermería (BIPN por su sigla en inglés). Entre los principales resultados se destaca que la media total de profesionalismo fue de 5,07 (SD 3,47) de un total de 27 puntos del inventario. Las áreas con los puntajes más altos de profesionalismo fueron competencia y educación continua y los más bajos fueron autonomía profesional, publicación e investigación. Se concluye que el comportamiento profesional de las/os enfermeras /os esta en un nivel bajo, que la disposición de sus condiciones de trabajo afecta su comportamiento profesional y que el nivel de profesionalismo del profesional de enfermería debe ser evaluado y apoyado para de esta forma aumentar la calidad de la atención a los pacientes [151] .

- Tambien en el año 2016 Jang y cols. realizaron un estudio descriptivo, transversal y correlacional con el objetivo de determinar la relación entre el profesionalismo y la calidad de vida profesional de enfermeras oncologicas que trabajan en hospitales de Corea. Aplicarón a 285 profesionales de enfermería una escala de profesionalsimo derivada del inventario de profesionalismo de Hall. Sus principales resultados señalan que la puntuación de profesionalismo en las enfermeras de oncología oscilo entre 54 - 101 , con una puntuación media de 77,98 (SD 7,3) en un rango de 25 a 125 puntos de la escala de profesionalismo. La mayor puntuación la obtuvo la dimensión de creencia en la autoregulación, seguida por el ítem de sentido de llamado a la profesión, la dimensión con el puntaje mas bajo fue de autonomía. Otros resultados indican que la calidad de vida profesional se vio afectada por los valores profesionales y los dilemas éticos y además que la satisfacción de compasión en los profesionales de enfermería esta influienciada entre otras variables por el profesionalismo Este estudio concluye que las intervenciones para ayudar al profesional de enfermería a aumentar su calidad de vida profesional tendrá mayores probabilidades de éxito si se basan en las creencias de las enfermeras sobre dilemas éticos que enfrentan y fomentando el establecimiento de valores profesionales positivos [(152)].

- Tumer y cols en el año 2015 en USA, realizarón una investigación para conocer el profesionalismo y la comunicación en becarios de medicina de cuidado critico pediátrico. Los investigadores utilizaron la técnica Delphi modificada para aplicar una encuesta que examina la enseñanza del profesionalismo y la comunicación. Entre sus resultados se destacan deficiencias en todas las áreas de profesionalismo y comunicación evaluadas. Especificamente para el profesionalismo los becarios indicaron que no se les enseñaba responsabilidad, como hacer evaluaciones entre pares, como manejar conflictos potenciales considerando las creencias y valores personales y las circunstancias. Los autores concluyen que hay numerosos componentes de comunicación y profesionalismo que no son enseñados a los estudiantes, pero que existen oportunidades de mejora en la enseñanza de las mismas [(153)].

- En el año 2014 Konukbay y cols. Desarrollaron una investigación en Turquía para determinar los coportamientos profesionales en enfermeras/os que trabajan en un hospital docente y de investigación. Trabajaron con 115 profesionales de enfermería a quienes le aplicarón el The Behavioral Inventory Form for Professionalism in Nursing (BIPN). La puntuación de profesionalismo en las enfemreras/os oscilo entre 0 y 15,5 puntos con una media de 3,5 puntos (puntaje máximo 27 puntos). Los profesionales de enfermería presentarón mayores niveles de profesionalismo en eduación continua, uso de la teoría, investigación, educación , servicios sociales y códigos de enfermería y los puntajes más bajos se encontrarón en pertenencia a organizaciones profesionales, publicaciones y autonomía. Este articulo concluye que los niveles de profesionalismo fueron bajos e insuficientes y que el aumento en el nivel de educación parece ser la característica más importante que afecta el nivel de profesionalismo. Por lo que, los autores proponen evaluar y apoyar el desarrollo profesional de las enfermeras/os , alentarlas a participar en actividades científicas, programas educativos y valorar la membresía en organizaciones profesionales [(154)].

- Kaby y cols en el 2014, publicarón un articulo en que explican como un programa universitario de enfermería en Estados Unidos creó e implemento un código de conducta y un comité de conducta para enfermería, dirigido por la facultad de enfermería para revisar y juzgar la mala conducta academica y/o profesional. Este programa se sustenta en que la falta de profesionalismo, la responsabilidad profesional y la ética se han asociado a la seguridad del paciente y a los errores evitables, además es una preocupación constante para los educadores en enfermería. Los autores indican que la responsabilidad y las consecuencias de una inadecuada conducta profesional deben ser parte integral del curriculum de educación de enfermería. Los autores recomiendan el establecimiento de un código y un comité de conducta en las escuelas de enfermería, enfatizando en que las características del profesionalismo, son conductas que pueden ser aprendidas. Y que la formación en profesionalismo ya siendo profesionales es demasiado tarde, que la responsabilidad profesional, la cultura cívica, y la seguridad del

paciente deben ser introducidas desde el primer día de educación de un estudiante de enfermería [155].

-En el año 2014, Lombart y cols. desarrollaron una investigación para cuantificar los niveles de profesionalismo en medicina y enfermería. Para lo cual los investigadores diseñaron y aplicaron un instrumento entre 5.920 médicos y enfermeras que trabajan en hospitales Europeos. En total, participaron 2067 (tasa de respuesta del 69,8%) médicos y 2805 (94,8%) enfermeras que representan a 74 hospitales en 7 países Europeos. El instrumento profesionalidad reveló cinco sub-escalas de actitud profesional y una escala para comportamiento profesional con moderada a alta consistencia interna y fiabilidad. Sus principales hallazgos revelan que las puntuaciones del índice actitud profesional para los médicos y las enfermeras fueron altos: 11,8 y 11,9, respectivamente, en una escala que va de 0-16. Las enfermeras registraron un puntaje más alto en la escala de actitud: mejorar la calidad de la atención (4,3 de 5) y más bajo en la sub-escala autoridad del médico (2,5 sobre 5). El uso de modelos mixtos multivariados, encontraron una relación positiva entre la actitud profesional y el comportamiento profesional. Es decir, las enfermeras que están más comprometidas con la actitud profesional, también son más propensas a participar en acciones de mejora de la calidad profesional como revisión de registros, o evaluación de competencias. Dentro de las conclusiones este estudio, se señaló que aprovechar colectivamente el profesionalismo como estrategia de mejora de la calidad puede ser beneficioso para otorgar una atención de calidad al paciente [33].

- En el 2014, Ghadirian y cols., llevaron a cabo un estudio en Irán, con el objetivo de identificar los atributos esenciales del profesionalismo de enfermería. Para lo cual realizaron una revisión bibliográfica entre los años 1980 y 2001. Sus resultados mostraron que, el profesionalismo de enfermería está determinado por tres atributos: cognitivo, actitudinal y psicomotor. Además, los conceptos más importantes relacionados al profesionalismo son, la experiencia, la educación, el entorno y factores actitudinales. Por último, los autores concluyen que, el profesionalismo de enfermería

tiene una naturaleza compleja, con dimensiones múltiples, por lo que se requiere teorizar en esta área [156].

- Tanaka y cols. también en el 2014, desarrollaron una investigación con el objetivo de cuantificar el profesionalismo de las enfermeras en Japón. A través de un diseño descriptivo en el cual se utilizó la versión Japonesa del Behavioural Inventory for Professionalism in Nursing, se efectuó una selección aleatoria por computadora de las enfermeras, obteniendo respuestas de 1.501 enfermeras. Los resultados revelaron que las enfermeras japonesas tenían bajos niveles de profesionalismo, y este se relacionó significativamente a una mayor preparación educativa, años de experiencia como enfermera, y posición actual como administrador de enfermería o profesor. Las categorías con más alta en la puntuación del inventario de profesionalismo fueron obtenidas en los puntajes de competencia y educación continua y la categoría más baja en publicación y comunicación. Las enfermeras encuestadas que tenían un doctorado presentaron la puntuación media total más alta de profesionalismo [157].

- Shapiro y cols. También en el año 2014 publicaron un articulo de la experiencia de instituir una cultura de profesionalismo, mediante el establecimiento de un centro de profesionalismo y apoyo de los pares en un hospital de mujeres en Boston, para educar a la comunidad hospitalaria respecto al profesionalismo y al manejo de los comportamientos no profesionales. Es así como desde el año 2005, diversos profesionales de salud incluido el profesional de enfermería han sido capacitados para apoyar la identificación, prevención y manejo del comportamiento no profesional. Los autores concluyen la importancia de sesiones de educación obligatoria en profesionalismo con la participación y el dialogo de los profesionales aumenta la cultura de profesionalismo y que para mantener relaciones profesionales se requiere un compromiso significativo y sostenido. [158].

- En el año 2013 en USA, Padgett realizó un estudio etnográfico para conocer la colegialidad profesional y el monitoreo por pares entre el personal de enfermería. Esta autor señala que, las relaciones de pares en la profesión de enfermería son importantes para varios motivos, entre ellos la coordinación del cuidado; el aseguramiento de la

calidad y seguridad; y el establecimiento y mantenimiento de las normas de profesionalismo. Además la colegialidad (las relaciones de colegas que trabajan juntos), proporciona un marco en el cual se espera que los profesionales se responsabilicen mutuamente por el cuidado que brindan y por la congruencia con los estándares locales y nacionales. Indicando que la colegialidad es la primera línea de autoregulación profesional. Sus hallazgos dierón cuenta la cantidad de personal del que, el profesional de enfermería depende para la practica asistencial, sin embargo no existe un sistema formal para asignar u organizar esa asistencia o apoyo. Es así como el espíritu de cooperación y ayuda mutua fue muy valorado. Referente a la colegialidad, el articulo señala que no hay una estructura o concepto claro de colegialidad profesional para las enfermeras/os y que este estudio viene a confirmar una problemática ya analizada que es la reticencia del profesional de enfermería en participar en negociaciones colegiadas y el conflicto entre el desempeño y estándares en la práctica profesional. Así es como se encontró una falta colectiva de compromiso en las actividades de autoregulación profesional. Finalmente concluye que los esfuerzos para mejorar la responsabilidad profesional deben incluir las limitaciones de materiales, la organización del trabajo de enfermería, así como también las habilidades de comunicación y liderazgo [(159)].

- Alidina en el 2013, en Ontario Canadá, desarrolló una revisión de la literatura con el objetivo de explorar y analizar el fenómeno del profesionalismo en enfermería. El concepto de profesionalismo fue explorado mediante el análisis del modelo de Miller: "Rueda del profesionalismo en Enfermería". La autora expone en sus resultados que, varios investigadores han descrito antecedentes del profesionalismo en enfermería, los cuales incluyen los niveles de la educación, años de experiencia en enfermería, la pertenencia a organizaciones profesionales, el servicio comunitario y la certificación de la especialidad, por tanto enfermeras con estos antecedentes, pueden demostrar una mayor profesionalidad en sus entornos de práctica. También se señalan los atributos del profesionalismo según los estudios revisados, que incorporan el espíritu de investigación, la responsabilidad, la abogacía, la autonomía, la innovación y el ser visionario, estar colegiados y la colaboración y finalmente la ética y los valores. Este

estudio concluye que, las enfermeras tienen que demostrar los atributos del profesionalismo en su práctica diaria y como esto impacta positivamente en los resultados de satisfacción y de salud de los pacientes. Lo que además, proporciona a las enfermeras la oportunidad de crecer personal y profesionalmente [160].

- También en el año 2013 Bunkenborg y cols. llevaron a cabo una investigación en Dinamarca para determinar el impacto del profesionalismo en la práctica intrahospitalaria de monitoreo de pacientes en enfermería, se utilizó un diseño descriptivo, cualitativo, basado en el método de triangulación con observaciones individuales estructuradas y semiestructuradas y entrevistas individuales a 13 enfermeras de un hospital universitario de Copenhague. Como resultado, fueron identificados un tema referido a las influencia del profesionalismo en la práctica de vigilancia en enfermería y dos subtemas, conocimientos y habilidades y la participación en la práctica clínica. Se encontró que la conciencia profesional tiene un impacto decisivo en la práctica de supervisión de enfermería, las enfermeras con una comprensión más profunda y más amplia de los pacientes y de su complejidad supervisan sus pacientes más a fondo que los que tienen menos desarrollada la conciencia profesional. Este articulo concluye que, la práctica de monitorización clínica varía considerablemente entre las enfermeras con diferentes niveles de profesionalismo, dichos niveles individuales de profesionalidad en enfermería pueden afectar la práctica clínica de la monitorización de noche y por lo tanto (por retrasar el reconocimiento y el manejo adecuado del deterioro clínico) también la seguridad del paciente. Por lo que los autores proponen que se deben desarrollar iniciativas futuras para mejorar la seguridad del paciente mediante el desarrollo del profesionalismo, las enfermeras necesitan incorporar atributos individuales y organizacionales para fortalecer su práctica de monitoreo y manejo del paciente en el hospital [161].

- Fantahun y cols., en el año 2012 desarrollaron un estudio transversal cuantitativo complementado cualitativamente, acerca de los factores que influyen en el profesionalismo en una muestra de 210 enfermeras de Hospitales Públicos de Mekelle, al Norte de Etiopía. Sus principales hallazgos indican que, las puntuaciones medias de

profesionalismo en los sujetos estudiados fueron de 140,50 (en un rango de 35 a 170), las subescalas con puntajes más altos fueron el conocimiento, seguido por la ética y los más bajos fueron la innovación y visión y la autonomía. En general las actitudes de los encuestados al profesionalismo se encontraron en alto, moderado, bajo y muy bajo nivel. El análisis de correlación reveló asociaciones entre profesionalismo y algunas características de las enfermeras como la edad y la experiencia laboral, el entorno de trabajo en el hospital de Mekelle también fue asociado significativamente con el profesionalismo. Las enfermeras que pertenecían a organizaciones profesionales presentaron puntuaciones más altas de profesionalismo, al igual que las que trabajan en el Hospital Militar y las enfermeras que tenían un diploma. El análisis cualitativo revelo varios factores que influyen en el profesionalismo, los más importantes y comunes eran insatisfacción en el sueldo, bajos incentivos, falta de cursos de actualización, la carga de trabajo, la falta de asociaciones de enfermeras en etiopia entre otros. Todo lo cual hace que las enfermeras tenga una baja actitud hacia el profesionalismo [(31)].

- En el año 2012 Celik e Hisar en Turquia realizarón un estudio descriptivo, correlacional con el objetivo de determinar la influencia de la conducta profesional de las enfermeras con su satisfacción en el trabajo. A una muestra de 513 profesionales de enfermería le aplicaron el Behavioral Inventory Form for Professionalism in Nursing (BIPN). Sus principales resultados indicarón una media de profesionalismo de 8,41 (SD 3,21) (rango 0-27 puntos). Ls subescalas con los puntajes más altos correspondierón al uso de la teoría, código para enfermeras, preparación educativa y competencia y formación continua y las mas bajas a participación en una organización profesional, servicio comunitario, investigación, autonomía y publicación. La puntuación media de la satisfacción del trabajo fue en un nivel medio. Se encontró que la relación entre la satisfacción en el trabajo y profesionalismo fue estadísticamente significativa y en dirección positiva. Sobre la base de este resultado, los autores recomiendan fortalecer el comportamiento profesional con el fin de aumentar la satisfacción en el trabajo de los profesionales de enfermería [(162)].

- Kim-Godwin y cols., en el 2010 efectuaron un estudio con un diseño descriptivo correlacional para examinar los niveles de profesionalidad y los factores asociados con el profesionalismo de enfermeras coreano- americanas, se utilizó un método de encuesta por correo para recoger datos a partir de una muestra de conveniencia de enfermeras koreano- americanas (n=221)que viven y trabajan en los Estados Unidos. Se utilizó el Inventario de Profesionalidad de Hall (HPI) traducido al coreano. Sus principales resultados indican que la posición actual en enfermería, la situación laboral actual, el ambiente de trabajo, el total de años de experiencia en enfermería, el total de años de experiencia en enfermería en los Estados Unidos, la posición lograda en la carrera, y la duración de la educación de enfermería en los Estados Unidos se asociaron con el nivel de profesionalismo en las enfermeras americanas- coreanas. Las variables que predicen el profesionalismo incluyen la pertenencia a organizaciones profesionales y el total de años de experiencia en enfermería en los Estados Unidos, y representaron el 8,6% del total variación en la puntuación de HPI. Los hallazgos sugieren que múltiples factores internos y externos están asociados con profesionalismo entre enfermeras americanas coreanas y proporcionan una comprensión de las tendencias en el profesionalismo desde una perspectiva internacional [(163)].

- En Canadá, Baumann y Kolotylo en el año 2009 realizaron una investigación para desarrollar y evaluar psicométricamente un cuestionario destinado a determinar los atributos claves del profesionalismo y los atributos clave del medio ambiente que influyen en el profesionalismo de las enfermeras en sus entornos de trabajo. Teniendo como premisa que, los rápidos cambios en el sector de la salud y la escasez de recursos humanos han tenido un impacto en la estabilidad de los entornos de trabajo a nivel mundial, por lo que el mantenimiento del profesionalismo es un desafío. Obteniendo un instrumento preliminar con validez psicométrica, el cual considera como atributos del profesionalismo en enfermería, la autonomía, el conocimiento, la competencia, el profesionalismo en si mismo, la responsabilidad, la abogacía, la practica colaborativa y el compromiso; y como atributos ambientales, el control de la práctica de enfermería, la calidad de vida laboral de enfermería, el apoyo profesional, la gobernanza compartida, la

cultura y el clima del entorno. Estos autores concluyen que, el cuestionario ayuda a las enfermeras reflexionar sobre su práctica y proporciona un punto para la discusión, planificación e implementación de métodos de partida para apoyar el profesionalismo en la práctica y los ambientes de trabajo saludables. Una mejor comprensión de cómo el medio ambiente y el profesionalismo influyen en la práctica ayudará a las enfermeras a mantener el profesionalismo en entornos sanitarios agitados [(164)].

-Scott, en el año 2008, en Nueva Zelanda, desarrollo un estudio en relación al nuevo profesionalismo y las relaciones cambiantes entre la educación de enfermería y la práctica de enfermería. Este autor postula la aparición en los últimos años de un "nuevo profesionalismo", lo que es problemático y por lo que la educación de enfermería se enfrenta a desafíos particulares. Este nuevo profesionalismo refleja los valores del trabajo neoliberales, lo que ha cambiado las aspiraciones tradicionales de enfermería de una práctica basada en la autoridad profesional a una que debe ser considerablemente más sensible a las aspiraciones de la comunidad. Este artículo señala que, actualmente hay un creciente énfasis en la competencia instrumental, la experiencia está actualmente vista desde el desarrollo de las funciones técnicas de enfermería y esto ha ido acompañado de una cierta erosión de la atención relacional, las propias enfermeras devalúan su relación de cuidado. En este contexto, se espera que los educadores de enfermería prepararen a los enfermeros con habilidades apropiadas para incorporar el aspecto relacional del cuidado y así aumentar el profesionalismo [(165)].

- Karadag y cols., en el 2007 realizaron una investigación para identificar el nivel de profesionalismo de las enfermeras en Turquía. La población de estudio fueron todas las enfermeras incluyendo, enfermeras instructoras que trabajan en hospitales universitarios, de seguridad social hospitalaria (SSH), y hospitales estatales. Para el muestreo estratificado, Turquía se dividió en siete regiones geográficas, y se utilizó el instrumento Behavioral Inventory for Professionalism in Nursing (BIPN). Entre sus principales hallazgos se destaca que, casi todos los participantes eran mujeres, menores de 40 años de edad, y las puntuaciones más bajas del BIPN fueron en la autonomía y la preparación educativa y la más alta se encontraban en los códigos de ética y el servicio comunitario.

Las puntuaciones medias en la BIPN fueron mayores para los instructores de enfermería y en el grupo con estudios de postgrado, y fueron más bajas en las enfermeras que trabajan en la clínica y aquellas con grados asociados. Los resultados de este estudio mostraron que, el comportamiento de profesionalismo es bajo en las enfermeras turcas y que estos hallazgos indican que los líderes de las escuelas de enfermería, el Ministerio de Salud, y organizaciones profesionales deberían iniciar políticas y fomentar los programas para el desarrollo del profesionalismo en enfermería [(166)].

- En USA, Hampton G y Hampton D. realizaron una investigación en el año 2007 para determinar el impacto del profesionalismo, la orientación de mercado y las estructuras de recompensas en la satisfacción laboral de enfermeras y parteras certificadas. Los profesionales de los servicios seleccionados para la encuesta son miembros del American College of Nurse–Midwives. La muestra aleatoria fue de 2000 profesionales, quedando luego de la aplicación del instrumento una muestra efectiva de 543. El profesionalismo se midió con un instrumento adaptado de la escala de profesionalismo desarrollada por Hall (1968) y revisado por Snizek (1972). Los resultados indicaron que el profesionalismo y las recompensas se relacionan positivamente con la satisfacción laboral y con la orientación al mercado, a su vez, se encontró una relación fuerte y positiva de las recompensas con el profesionalismo.Acogiendo la hipótesis planteada que el profesionalismo está positivamente relacionado con la satisfacción en el trabajo [(167)].

- En el año 2003, Wynd en Ohio, USA, llevo a cabo una investigación para conocer los factores que contribuyen al profesionalismo en enfermería, mediante un diseño comparativo, descriptivo y correlacional en 774 enfermeras registradas, utilizando Hall's Professionalism Inventory Scale con sus cinco dimensiones. Se determinó que, el puntaje total de profesionalismo fue de 83.37 (rango de 44-115) y la dimensión que puntuó más alto fue la creencia en el servicio público, además el profesionalismo se relacionó significativamente con la edad de las enfermeras, los años de experiencia como enfermera registrada, tener un grado de educación superior en enfermería, la pertenencia a organizaciones profesionales, y la certificación de la especialidad.

Finalmente, a través de un análisis de regresión logístico se determinó que, dos variables independientes, la membresía en organizaciones profesionales y la experiencia, predijeron significativamente la puntuación total de profesionalismo y representaron el 6,7 por ciento de la variación en sus puntajes. Los autores dentro de sus conclusiones subrayan que una mayor profesionalidad, puede influir en la contratación y retención de enfermeras, dando lugar a mejores resultados para los pacientes [(50)].

Respecto a las investigaciones desarrolladas en América Latina se puede mencionar las de Letelier y Velandia, enfermeras chilenas y colombiana respectivamente, en el 2010 quienes llevaron a cabo un artículo de reflexión denominado, profesionalismo en enfermería, el hábito de la excelencia en el cuidado. Con el propósito de exponer la necesidad de trasmitir entre generaciones de profesionales de enfermería, el hábito del profesionalismo como vía para el logro de la excelencia profesional y la satisfacción personal en la práctica del cuidado. Al respecto las autoras señalan que, el profesionalismo debe ser considerado como un hábito operativo por cada profesional que resulta de la integración de la teoría (conocimiento) y la práctica (saber hacer y saber moral) en el ejercicio profesional. La preocupación por el trabajo bien hecho y por proporcionar una excelente calidad de los cuidados a los usuarios, pacientes y familias son valores que los profesionales de enfermería han integrado en su quehacer. Por lo que tender al profesionalismo desde la perspectiva del cuidado, precisa de enfermería la comprensión del mismo el cual puede ser enseñado a través de la reflexividad [(168)].

-En Haití, Gandarias I y Gandarias A. desarrollaron un estudio en el año 2000 de tipo prospectivo y longitudinal en 51 enfermeras, que prestaban servicios en el Hospital General Universitario de Port au Prince, República de Haití, con el objetivo de valorar el desempeño y profesionalismo en el grupo que recibió educación continuada por personal de Enfermería de Cuba. El análisis de los resultados reveló que el desempeño de las enfermeras resultó satisfactorio en los siguientes aspectos: evidencia de manejo competente del paciente, buen liderazgo y ejecución de procedimientos. El profesionalismo se puso de manifiesto con resultados satisfactorios en la conducta ética así como en el servicio y pericia. Se concluyó que todos estos logros pudieron

alcanzarse con la intervención de las autoras en el cumplimiento de la misión médica internacionalista en ese país [169].

A nivel nacional, Luengo y cols. Realizarón en el año 2017 una revisión de la literatura de los últimos 10 años para determinar el nivel de profesionalismo en las /os enfermeras/os reportado en la literatura a nivel global. Después de el proceso de selección analizarón 11 articulos que cumplían con los criterios de inclusión , que procedían de Europa, América del norte , Asía y Africa no encontrarón estudios latinoamericanos en la temática. Los estudios recatados dan cuenta de un nivel disímil de profesionalismo en los países estudiados, evidenciándose calificaciones de profesionalismo de regulares a bajos en los países pertenecientes a Asía y mayores en Europa, America del Norte y Africa. Respecto a los ítems que presentarón mayores promedios de profesionalismo, según los intsrumentos de Hall y Miller se encuentran, competencia y formación continua, código de ética para enfermería, creencia en autoregulación, desarrollo y uso de la teoría y sentido de llamado a la profesión.Por otro lado los ítems con puntuaciones medias más bajas correspondieron a autonomía, publicación y comunicación, participación o pertenencia a una organización profesional y preparación educacional. Otros íems como investigación y participación comunitaria presentarón medias disímiles por lo que no fueron categorizadas en alto o bajo profesionalismo. Los autores concluyen que conocer el nivel de profesionalismo del enfermería y las áreas de mayor o menor calificación, puede servir a la hora de establecer estrategias de abordaje para su mejora que posibiliten adquirir excelencia profesional y otrogar un cuidado de calidad. Además agregan que el profesional de enfermería debe avanzar en el logro de elevados niveles de profesionalismo y evaluarlo como una competencia de los futuros profesionales [170].

-González L. y González I. en el 2003, desarrollaron un estudio descriptivo y relacional, cuyo propósito fue estudiar el grado de actitud profesional de las enfermeras que laboran en un hospital de la Región Metropolitana. Para medir el grado de profesionalismo se utilizó la escala de Hall modificada y abreviada por Snizek (1972), las que se aplicaron a

127 enfermeras que laboran en un hospital de la Región Metropolitana, siendo respondidas 77 encuestas. Los principales hallazgos demostraron que un (55,8%) de los profesionales encuestados muestran un alto grado de profesionalismo; de los cinco atributos que conforman el modelo profesional de Hall, organización profesional fue el más alto porcentaje alcanzado (74%), seguido de vocación con un (63%). Las dimensiones restantes, autonomía, creencia en la autorregulación y servicio público son los más deficitarios. El perfil de las enfermeras con un alto grado de profesionalismo muestra las siguientes características: se desempeñan en servicios generales; son de sexo femenino; menores de 30 años; eligieron la carrera de enfermería; tienen pareja; no tienen hijos y están colegiadas [(171)].

Los diferentes estudios expuestos, presentan niveles disimiles de profesionalismo en enfermería, que van de rangos altos a bajos. Pero en su mayoría hay concordancia que un mayor profesionalismo está relacionado con los años de experiencia laboral, la pertenencia a organizaciones profesionales y la preparación educativa, apuntando especialmente a estudios de postgrados. Por otro lado se destaca que valores bajo de profesionalismo se encontraron en relación a la autonomía y publicaciones y comunicaciones. Finalmente los estudios concluyen que se debe incentivar el desarrollo del profesionalismo ya que tiene repercusiones en los resultados de satisfacción, salud y seguridad de los pacientes.

En relación al ***Capital Psicológico (CaPsi)***, existen reducidas investigaciones que aborden este tema en el profesional de enfermería, por lo que se consideraron estudios realizados en otras unidades de análisis. En la revisión realizada no se detectaron estudios que evalúen el capital psicológico en enfermeras chilenas ni latinoamericanas.

A nivel internacional se encuentra la investigación realizada por Wang y cols en el 2017, cuyo objetivo fue determinar la asociación de factores de estrés ocupacional, apoyo organizacional percibido y capital psicológico con el compromiso en el trabajo en una muestra de 1016 enfermeras chinas. Sus resultados principales indican una asociacion positiva entre el apoyo organizacional percibido, el CaPsi y la esperanza; el

optimismo se asocio positivamente con el vigor y la dedicación. El CapSi y la esperanza mediarón las asociaciones de apoyo organizacional percibido con vigor, dedicación y absorción. También indican que hay un bajo compromiso laboral en las enfermeras chinas y que el Capsi y el apoyo organizacional podrían mejorar la participación en el trabajo. Finalmente recomiendan que los gerentes de los hospitales deben desarrollar el CaPsi de las enfermeras a través del control de factores de estrés ocupacional y establecer un clima de apoyo organizacional para mejorar su compromiso de trabajo [(172)].

- Estiri y cols. en el año 2016 desarrollo una investigación con el objetivo de determinar el impacto del capital psicológico sobre la salud mental de las enfermeras iraníes, considerando el papel mediador del agotamiento laboral. Para lo cual se trabajó con una muestra de 385 enfermeras y los datos recogidos se realizaron mediante ecuaciones estructurales. Sus principales resultados mostraron que existe una relación significativa entre el Capital Psicológico, el agotamiento laboral y la salud mental. También hay una relación significativa negativa entre el capital psicológico y el agotamiento del trabajo y una relación significativa positiva entre el capital psicológico y la salud mental. Los autores que conluyen que estos resultados tienen varias implicancias prácticas importantes para la gestión de recursos humanos en los hospitales públicos iraníes. De acuerdo con los hallazgos de este estudio, la reducción del desgaste en el trabajo es un factor importante en la mejora del capital psicológico y puede mejorar positivamente la salud mental de las enfermeras [(173)].

- Liu y cols. en el 2015 realizarón una investigación en estudiantes de enfermería de Shandong, China, en la cual se investigó la relación entre los acontecimientos negativos de vida, el capital psicológico, y la adaptación escolar y el papel mediador del capital psicológico entre los acontecimientos negativos de vida y la adaptación escolar. Se utilizó entre otros, el cuestionario de capital psicológico para adolescentes y la escala de adaptación del estudiante universitario chino. Entre sus hallazgos se destaca que, los acontecimientos negativos vitales se asocian negativamente con las dimensiones de la adaptación escolar (adaptación de relaciones interpersonales, la adaptación de aprendizaje, adaptación de vida en el campus, la adaptación a la carrera, la adaptación

emocional, la auto-adaptación, y el grado de satisfacción) y el capital psicológico se asoció positivamente con las dimensiones de la adaptación escolar y negativamente con los acontecimientos vitales negativos. El capital psicológico media en parte la relación entre los acontecimientos vitales negativos y la adaptación escolar. Conclusiones: los acontecimientos vitales negativos pueden aumentar el riesgo de inadaptación escolar en individuos con niveles de capital psicológico bajos. Intervenciones diseñadas para aumentar el capital psicológico en estudiantes de enfermería podrían amortiguar el estrés de los eventos adversos en la vida, y por lo tanto, mejorar en los estudiantes la adaptación escolar positiva [(174)].

- En el año 2015, Liu y cols desarrollarón una investigación para conocer la calidad de vida relacionada con el trabajo y explorar los efectos del estrés ocupacional y el capital psicológico en una muestra de 373 médicos psiquiatras chinos. Sus resultados principales señalan que el estrés ocupacional experimentado por los psiquiatras y el Capsi fueron significativos predictores para el componente físico y mental de la escala de calidad de vida relacionada con el trabajo. Los autores conlcuyen que el Capsi debe ser desarrollado y manejado por los psiquiatras como un recurso personal de afrontamiento abierto al cambio [(175)].

- Ding y cols en el 2015 efectuarón una investigación que tuvo como objetivo explorar la relación entre el capital psicológico y el burnout de enfermeras chinas y el papel mediador del estilo de afrontamiento en esta relación. Un total de 1496 enfermeras (tasa respuesta efectiva 80,11%) de dos grandes hospitales en china fueron seleccionadas. Sus principales resultados dan cuenta que la autoeficacia, resiliencia, esperanza y optimismo se relacionaron negativamente con el agotamiento emocional, la despersonalización y la reducción del logro personal entre las enfermeras chinas. El afrontamiento positivo medio parcialmente la relación entre esperanza/optimismo y agotamiento emocional y entre autoeficacia/optimismo y la reducción del logro personal . Por otro lado el afrontamiento o adaptación negativa medio completamente la relación entre autoeficacia y agotamiento emocional. Finalmente los autores conlcuyen que el CaPsi tuvo un efecto mediador entre el burnout y el estilo de afrontamiento en enfermeras chinas. Además

señalan que las enfermeras que presentaron un alto nivel de autoeficacia adoptar un estilo de afrontamiento más negativo, lo que a su vez llevaría a un mayor nivel de agotamiento emocional. Por lo tanto de se deben realizar intervenciones activas en el futuro para evitar el estilo de afrontamiento negativo , mejorar la habilidad de afrontamiento y mejorar el CaPsi de las enfermeras chinas [(176)].

-En el 2014 Teo y cols. realizaron una investigación, que tuvo dos objetivos principales, el primero fue identificar el tipo y la cantidad de cambios implementados en las organizaciones de salud que tienen un impacto en el trabajo de enfermería y el segundo fue adoptar la perspectiva Demandas-Recursos de trabajo, para determinar si el capital psicológico juega un papel significativo en la reducción de las consecuencias negativas de los cambios en el trabajo de enfermería. Para lo cual se recogieron datos de 401 enfermeras de Australia. Sus resultados señalan que, se identificaron dos tipos de cambios en el trabajo de enfermería, el primero incluyó el aumento de la carga de trabajo administrativo y la cantidad de trabajo y el segundo se refiere a la reducción de la formación y la gestión de ayuda. Se encontró además que el capital psicológico es una fuente importante de recursos personales que tiene un efecto moderador sobre los efectos negativos de las demandas del trabajo y estrés del rol. Cuando las enfermeras que tienen un capital psicológico bajo y se encuentran con demandas de trabajo, tienden a tener un mayor estrés de rol que aquellas con alto capital psicológico. Las enfermeras que están esperanzadas y optimistas, movilizan a la auto-eficacia y flexibilidad en los tiempos de alto estrés. Se concluye que el capital psicológico proporciona una fuente de recursos personales para las enfermeras y de este modo ayuda a su capacidad para hacer frente a las crecientes demandas de trabajo y el estrés de rol en su lugar de trabajo [(52)].

- También el en 2014 Boamah y Laschinger, desarrollaron un estudio en enfermeras recién graduadas en Canadá. El propósito de este estudio fue probar la hipótesis del modelo que une las percepciones de empoderamiento en lugar de trabajo y capital psicológico (CaPsi). Se llevó a cabo un análisis secundario de datos (n = 205) a partir de un estudio realizado por Laschinger et al. (2012) para poner a prueba el modelo de hipótesis. Sus resultados señalan que el modelo de la hipótesis fue apoyado. El efecto

combinado de empoderamiento en el lugar de trabajo y el capital psicológico explicaron el 38% de la varianza en el compromiso de las nuevas enfermeras. El empoderamiento en el lugar de trabajo y el CaPsi fueron predictores independientes significativos del compromiso. Los resultados sugieren que la combinación de recursos personales y de organización se relaciona con un mayor compromiso de trabajo entre las enfermeras recién graduadas [(177)].

- Spence y Fida, llevaron a cabo en el 2014 un estudio que investigó la influencia del liderazgo auténtico, el recurso organizacional, el capital psicológico, el recurso intrapersonal, la satisfacción en el trabajo, y la salud mental en el lugar de trabajo durante el primer año de empleo, en 205 enfermeras de hospitales de cuidado de agudos en Ontario. Los resultados de este estudio apoyaron un modelo que sugiere que tanto los recursos personales como de la organización pueden desempeñar un papel en la protección de las enfermeras recién graduadas, en el desarrollo de agotamiento, salud negativa y resultados relacionados con el trabajo. Tanto el liderazgo autentico como el capital psicológico fueron asociados con niveles inferiores de agotamiento emocional. El capital psicológico disminuyo la probabilidad de problemas de salud, a través de su influencia en los niveles iniciales de agotamiento emocional (subescala del Maslach Burnout Inventory-General Survey) y aumentó la probabilidad de estar satisfecho con el trabajo a través de su influencia en el nivel inicial de cinismo (subescala del Maslach Burnout Inventory-General Survey) y cambio. Las conclusiones sugieren que el desarrollo de habilidades de liderazgo, como la construcción de habilidades del capital psicológico, pueden ser provechosas en la prevención del agotamiento temprano en la carrera y los subsecuentes resultados personales y relacionados con el trabajo [(56)].

-Viseu y cols. en el 2012 desarrollaron un estudio que examinó la validez de constructo de la versión reducida del cuestionario capital psicológico, PCQ-12, mediante el uso de una análisis factorial confirmatorio y su adaptación en Portugal. Para lo cual se recogieron datos de 165 empleados del Hospital del Distrito de Faro (Algarve, Portugal), entre los cuales habían en mayor proporción enfermeras seguidos por médicos. En el análisis, se probaron tres modelos, quedando finalmente con un modelo que otorgo

mejores resultados de ajuste el cual sugiere que cada una de las dimensiones del concepto de capital psicológico, las variables de autoeficacia, esperanza, optimismo y resiliencia, tienen su propia identidad, aunque está presente altas interrelaciones entre ellas [178].

- También en el 2012 Moreno-Jiménez y cols. realizaron una investigación que examinó los efectos de las variables personales de capital psicológico y Personalidad Resistente (PR) con respecto a las variables criterio de agotamiento y vigor, mediante dos estudios, uno con 427 enfermeras (España) y otro con 253 docentes (Perú).Los resultados mostraron efectos directos significativos y moderadores de las variables personales positivas sobre agotamiento y vigor, siendo mayor sus efectos sobre vigor. El trabajo a través de dos estudios empíricos con muestras profesional y culturalmente diferentes muestra la capacidad de las variables personales positivas, específicamente del constructo de Capital Psicológico y de Personalidad Resistente, para implementar la explicación de los procesos de agotamiento y vigor. En ambos, los resultados indican que el conjunto de la varianza explicada por las variables personales positivas es significativo y tienen en general un efecto directo y en algún caso interactivo sobre las variables criterio utilizado [179].

- Miyoung y Kyeha en el 2012 , realizaron un estudio en Korea para identificar la relación entre el liderazgo transformacional de las enfermeras jefes, el capital psicológico, el bienestar psicológico, el estrés y la somatización del personal de enfermería. Los participantes de este estudio fueron 300 miembros del personal de enfermería de hosiptales públicos de dos ciudades de Korea. Los principales hallazgos fueron que, hubo influencias positivas del liderazgo trasnformacional sobre el capital psicológico, el bienestar psicológico y un efecto negativo en el estrés. El CaPsi influyo positivamente en el bienestar psicológico y tuvo un efecto negativo sobre el estrés y la somatización. En el análisis del papel mediador del CaPsi, se demostró que el liderazgo transformacional influia indirectamente en el bienestar psicológico y el estrés a través del CaPsi. Los autores concluyen que el liderazgo trasnformacional tiene importantes influencias sobre el bienestar psicológico de los empleados y el estrés a través del capital

psicológico de los empleados. Por tanto para mejorar el bienestar psicológico y reducir el estrés en las enfermeras, es importante desarrollar no sólo el liderazgo de la enfermera jefe sino también el capital psicológico del personal de enfermería [(180)].

-Sun y cols., en el 2011, realizaron un estudio cuyo objetivo fue proporcionar evidencia empírica sobre las relaciones entre el capital psicológico, la inserción laboral y el desempeño laboral en enfermeras que trabajaban en cinco hospitales universitarios de la provincia de Heilongjiang en China. Sus principales resultados indican una fuerte relación entre el capital psicológico, la inserción en el trabajo y el rendimiento de las enfermeras. Los hallazgos del estudio sugieren que la mejora del estado psicológico individual de las enfermeras tendrá un impacto positivo en la retención laboral y en su desempeño laboral. Los autores finalmente concluyen que, el aumento de capital psicológico aumenta la inserción laboral y el rendimiento de las enfermeras [(181)].

- En el 2011 Spenge y Grau, llevaron a cabo una investigación en Canadá para probar un modelo derivado de Leiter y Maslach (2004), que une factores del lugar de trabajo (seis áreas de vida laboral, experiencias de intimidación y agotamiento) y un factor disposicional personal (capital psicológico) en 165 enfermeras recién graduadas durante su primer año de práctica. Los resultados apoyan un modelo que destaca el papel de los factores personales y organizacionales que influyen en la salud mental y física de las enfermeras recién graduadas. El capital psicológico mejora el ajuste del modelo al disminuir el agotamiento emocional, además el aumento del capital psicológico influye positivamente en la percepción del ajuste persona- trabajo de las enfermeras y también influye en su salud física y mental. En el modelo final, el capital psicológico de las enfermeras fue positivamente relacionado a su ajuste en todas las áreas de la vida laboral, y se relaciona negativamente con el agotamiento emocional. Los resultados sugieren que el capital psicológico y la percepción del ajuste persona-trabajo son variables claves en la vida laboral de las enfermeras recién graduadas, que pueden contribuir a la disminución del burnout y aumentar el bienestar físico y mental [(182)].

- Luthans y Jensen en el 2005 desarrollaron en USA un estudio con el propósito de determinar el vínculo entre el capital psicológico (CaPsi) y el compromiso con la misión

organizacional en un grupo de enfermeras. Teniendo como premisa que dados los retos actuales en la industria de la salud, la necesidad de enfermeras que están comprometidos con la misión de su organización nunca ha sido más crítico. Sus resultados señalan que se encontró una relación altamente significativa y positiva entre CaPsi y las "intenciones de permanecer" y el compromiso con la misión, los valores y las metas del hospital [183].

Como se expuso anteriormente el constructo capital psicológico ha sido estudiado en mayor cuantía en otras unidades de análisis, a continuación se presentan estudios internacionales al respecto.

- En el 2017 Bakker y cols realizaron un estudio para determinar la relación entre el capital psicológico (CaPsi) y la depresión en 84 estudiantes de primer año de doctorado en medicina veterinaria. Los resultados demuestran elevados niveles de síntomas depresivos tanto en el primer como en el segundo semestre de estudio , los cuatro componentes del CaPsi (autoeficacia, resiliencia, optimismo y esperanza) se asociaron positivamente con la respuesta adaptativa a la depresión. Los autores concluyen que estos resultados son significativos ya que los componentes del CaPsi pueden ser aprendidos y fortalecidos a través de intervenciones deliberadas, proporcionando una guía tangible para los estudiantes , profesores y profesionales de la salud en sus esfuerzos por mejorar el bienestar de los estudiantes [184].

- Pu y cols en el año 2016 investigarón la relación entre el conflicto trabajo-familia y el agotamiento del trabajo, así como los posibles efectos de mediación / moderación del capital psicológico. Los participantes fueron 357 profesores universitarios chinos que completaron un cuestionario que contenia una escala de conflicto trabajo/familia, el cuestionario de capital psicológico, y la encuesta-Inventario General Maslach Burnout. Según los resultados, tanto el conflicto trabajo-familia y el capital psicológico fueron significativamente correlacionados con el agotamiento del trabajo. Además, el capital psicológico no puede mediar, pero puede moderar la relación entre el conflicto trabajo-familia y el agotamiento del trabajo. Los autores concluyen que tomados en

conjunto, sus resultados arrojan luz sobre el capital psicológico y la subyacente asociación con el conflicto trabajo-familia y el agotamiento del trabajo [(185)].

-También en el año 2016 Olaniyan y Hystad desarrollarón una investigación para conocer el impacto del liderazgo auténtico en el capital psicológico de los empleados, la satisfacción en el trabajo, la inseguridad laboral y la intención de abandonar la organización . Para lo cual se recogieron datos de 402 trabajadores noruegos, filipinos , asiáticos y australianos, los resultados reportaron que los trabajadores que perciben a su líder como auténtico percibían mas satisfacción en el trabajo y menos inseguridad laboral y las intenciones de renunicar a la organización. Además los resultados mostrarón un efecto indirecto del liderazgo auténtico a través del CaPsi. Los autores concluyen que el liderazgo auténtico no sólo es importante para el bienestar de los empleados sino que también para desarrollar su CaPsi [(186)].

- Ojedokun y cols en el año 2015 realizarón un estudio para conocer la influencia del capital psicosocial (capital Psicologico y capital social) en la salud mental de 340 policias en Nigeria. Las hipótesis se comprobaron mediante modelización con ecuaciones estructurales y los resultados revelarón que en el contexto de estrés y estrés traumático la autoeficacia, el optimismo, la esperanza y la resiliencia y el capital social en el lugar de trabajo pueden influir en el desarrollo de problemas de salud mental y adaptación. Los autores concluyen que en bases a los hallazgos es importante que tanto los investigadores como la organización policial presten atención a como el capital psicológico influye en el desarrollo de la psicopatología o la resiliencia y como estos problemas pueden ser abordados a través del entrenamiento psicológico en el lugar de trabajo [(187)].

- Kan y Yu , en el año 2015 desarrollaron un estudio para determinar, el papel del capital psicológico entre el estrés ocupacional, el conflicto entre trabajo/familia y los síntomas depresivos entre los empleados bancarios chinos. La escala de desequilibrio esfuerzo-recompensa (ERB), la escala de conflictos trabajo-familia, el cuestionario PsyCap y la escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos fueron completados por 1546 empleados en bancos estatales. Sus principales resultados indican

que el CaPsi se asoció negativamente con los síntomas depresivos, que además existe un alto nivel de síntomas depresivos en los empleados bancarios chinos y que el CaPsi media parcialmente los efectos del esfuerzo extrínseco y recompensa sobre los síntomas depresivos. Es así como los investigadores concluyen que invertir en CaPsi puede proporcionar nuevos enfoques para mejorar la salud mental en los empleados de los bancos chinos [188].

-En el 2012 Delgado y cols. desarrollaron un estudio el propósito de diseñar un modelo de ecuaciones estructurales para identificar las relaciones entre el capital psicológico (optimismo, esperanza, resiliencia y auto-eficacia) y la conducta de compartir conocimiento, en una muestra estratificada por variables sociodemográficas de 137 profesionales empleados de Bogotá, los participantes de esta investigación fueron trabajadores del conocimiento en organizaciones públicas y privadas de la ciudad de Bogotá. Mediante un diseño cuasi experimental los resultados confirmaron correlaciones positivas significativas entre el capital psicológico, sus cuatro componentes y la conducta de compartir conocimiento. Además, se encontró que el constructo capital psicológico tiene mayor potencial de explicación de la conducta de compartir conocimiento que sus cuatro componentes por separado [189].

- Wang y cols. en el 2012 desarrollaron un estudio con el propósito de investigar la relación entre el conflicto trabajo y familia y el burnout y el papel mediador de capital psicológico (CaPsi), entre 1011 médicos chinos. A través de un estudio transversal en el que se aplicaron el PCQ-24 y el Maslach Burnout Inventario General Survey (MBI-GS). Los resultados indican que el conflicto trabajo-familia se asoció con burnout y que el CaPsi fue un mediador entre el conflicto trabajo-familia y el desgaste emocional. Los autores concluyen que el CaPsi podría ser un recurso positivo para reducir el efecto negativo del conflicto entre la vida laboral y familiar y en el agotamiento de los médicos, sobre todo, en China [190].

- Liu y cols en el año 2012 desarrollaron una investigación para determinar el papel mediador del capital psicológico en la asociación entre el estrés ocupacional y los síntomas depresivos entre los médicos chinos. Para lo cual se aplicarón diferentes

instrumentos entre ellos el de CaPsi de 24 items a 1300 médicos, quedando una muestra final de 998 participantes. Los resultados de este estudio reflejan que tanto la relación esfuerzo/recompensa como el exceso de compromiso se asociarón significativamente con la depresión y que existe una diferencia de género en el papel mediador del CaPsi entre hombres y mujeres, es así como para las mujeres la relación esfuerzo/recompensa y el exceso de compromiso se asociarón negativamente con el CaPsi y este se asoció negativamente con los síntomas de depresión en cambio para los médicos varones el CaPsi no medio entre la asociación entre estrés ocupacional y síntomas de depresión. Finalmente los autores indican que el CaPsi medio significativamente las asociaciones de esfuerzo/recompensa y exceso de compromiso con síntomas depresivos, concluyendo que el CaPsi podría ser un recurso positivo para combatir los síntomas depresivos entre los médicos chinos y además de reducir el estrés ocupacional, el desarrollo del CaPsi debe incluirse en las estrategias de prevención y tratamiento de la depresión especialmente para las mujeres [(191)].

- Çetin en el 2011 realizo una investigación con el propósito de explorar los efectos de las dimensiones del capital psicológico: esperanza, resiliencia, optimismo y autoeficacia, sobre las actitudes de compromiso organizacional y la satisfacción laboral. Se recogieron datos de 213 empleados que trabajan en las diferentes unidades de los ministerios e instituciones conectadas en Ankara, Turquía. Los resultados mostraron que el compromiso organizacional tiene relación positiva con las dimensiones de esperanza y optimismo y la satisfacción en el trabajo tiene relación positiva con la capacidad de resiliencia, esperanza y optimismo. Por último el capital psicológico organizacional encontrado fue un predictor significativo en las actitudes de compromiso organizacional y satisfacción laboral del empleado [(192)].

- Avey J., Luthans y cols en el 2010 realizaron un estudio para determinar el impacto del Capital psicológico sobre el bienestar de los empleados en el tiempo. Para lo cual llevarón a cabo una gran investigación en trabajadores que representaban una amplia gama de industrias, ocupaciones y empleos, con una muestra final de 280 trabajadores que fueron medidos en dos tiempos (tres semanas de diferencia) considerando dos

medidas de bienestar. La primera se midio utilizando el índice de bienestar psicológico y un cuestionario de salud y la segunda medida de bienestar estaba compuesta por el cuestionario de salud general , además a todos los trabajadores se les midio el CaPsi. Sus resultados principales indicaron que el CaPsi estaba relacionado con ambas medidas de bienestar y lo más importante es que el CaPsi explico la variación adicional en estas medidas de bienestar a través del tiempo. Los autores concluyen que este articulo presenta evidencia preliminar que el CaPsi puede ser utilizado como un recurso positivo usado para mejorar el bienestar psicológico del empleado. La relación que se encuentra en este estudio del CapPsi y el bienestar a lo largo del tiempo porporciona una construcción potencial para influir en el bienestar y comprender mejor su impacto en la salud ocupacional [(74)].

- Avey y cols. en el 2009 realizaron una investigación para explorar la relación entre el capital psicológico los síntomas de estrés, la intención de cambiarse de trabajo y el comportamiento de búsqueda de trabajo, en una muestra heterogénea de 416 adultos trabajadores entre una amplia variedad de puestos de trabajo e industrias en USA. Los resultados de este estudio sugieren que el capital psicológico (los recursos positivos de eficacia, esperanza, optimismo y resiliencia) puede ser clave para una mejor comprensión de la variación en la percepción de síntomas de estrés, así como en las intenciones de cambiarse de trabajo y los comportamientos de búsqueda de empleo. Aunque el diseño de este estudio fue exploratorio y no de naturaleza experimental causal, se encontraron relaciones inversas significativas entre el capital psicológico de los empleados, sus síntomas de estrés en el trabajo, y la intención de rotación voluntaria. El artículo concluye que con estrategias prácticas destinadas a desarrollar y aprovechar el capital psicológico de los empleados pueden ayudarlos a lidiar mejor con el estrés laboral [(85)].

- Luthans y cols. en el 2007 generaron una investigación con el propósito de analizar cómo la esperanza, la resiliencia, el optimismo, y la eficacia individualmente y como un factor compuesto de orden superior predicen el rendimiento y la satisfacciónen el trabajo. Para el cual generaron dos hipótesis, la primera señala que el nivel de capital

psicológico (CaPsi) de los empleados se relaciona positivamente con su rendimiento y la satisfacción laboral y la hipótesis dos, indica que el nivel de CaPsi de los empleados tendrá un una relación relativamente más fuerte con el desempeño y la satisfacción en el trabajo que cada una de las facetas individuales de esperanza, resiliencia, optimismo y autoeficacia. Los resultados de este estudio apoyaron ambas hipótesis. Este artículo concluye que el factor compuesto puede ser un mejor predictor del rendimiento y la satisfacción que las cuatro facetas individuales [(193)].

- Luthans y cols. en el 2005 llevo a cabo un estudio para explorar la relación entre el desempeño y el capital psicológico de trabajadores chinos (n = 422). En el contexto de tres fábricas (dos privadas y una estatal) en la República Popular de China. Los resultados indicaron que los trabajadores presentaron estados positivos de esperanza, optimismo y resiliencia separadamente y cuando se combinaron los tres en la construcción del núcleo de capital psicológico, se correlacionaron significativamente con su rendimiento, calificado por sus supervisores. También se encontró en una de las fábricas una relación significativa entre el capital psicológico positivo de los trabajadores y el resultado del desempeño relacionado al salario basado en el mérito. Los autores concluyen que, los hallazgos ponen en relieve la potencial importancia estas capacidades psicológicas positivas. La inversión en, el desarrollo y el aprovechamiento de capital psicológico positivo pueden ser puestos en perspectiva y enfocarse para enfrentarse al reto de mejorar el rendimiento de los recursos humanos no sólo en China, sino también en otros países alrededor del mundo [(194)].

En relación al capital psicológico se destaca que los estudios demuestran una asociación entre este y el desempeño, compromiso, bienestar psicológico laboral, disminución del burnout, rendimiento y satisfacción de los trabajadores. Además el capital psicológico actúa como mediador en situaciones de adaptación, conflicto y permite hacer frente de mejor modo al estrés laboral. Los diversos autores señalan que intervenciones diseñadas para desarrollar el capital psicológico pueden amortiguar el estrés, mejorar el rendimiento y desempeño laboral. También se ha documentado una

relación significativa negativa entre el capital psicológico y el agotamiento del trabajo y una relación significativa positiva entre el capital psicológico y la salud mental, que el CaPsi y el apoyo organizacional podrían mejorar la participación en el trabajo. Y los diferentes investigadores recomiendan que los gerentes de los hospitales desarrollEN el CaPsi de las enfermeras.

Asimismo, queda de manifiesto la prácticamente nula evidencia empírica de este tema a nivel latinoamericano y nacional.

En cuanto a la percepción de la ***Calidad del Cuidado*** de enfermería se presentan diversos estudios internacionales que evalúan la calidad de la atención de enfermería, se incorporaron algunos estudios que analizan la satisfacción con el cuidado de enfermería debido a la limitada evidencia empírica encontrada en el tema.

A nivel internacional se encuentra el estudio realizado por Kol y cols en el 2017, cuyo objetivo fue determinar los niveles de satisfacción del paciente como indicador de calidad para la evaluación del cuidado de enfermería en un hospital universitario de la Región Mediterránea en Turquía. Mediante un estudio descriptivo, con una muestra de 400 pacientes, se utilizó para la recolección de datos, la escala de satisfacción y la escala de enfermería de Newcastle, la cual incluyó dos subescalas: la escala de la experiencia con los cuidados de enfermería y la escala de satisfacción con los cuidados de enfermería. Sus resultados indican que, la puntuación total promedio de satisfacción con la escala de cuidados de enfermería fue 62.08 ± 20.94; la experiencia total de la escala de cuidados de enfermería fue de 71,97 ± 11,97. Cuando los ítems fueron examinados en ambas subescalas, los ítems más altos de satisfacción fueron reportados como 'la habilidad de los enfermeros' y 'el respeto de los enfermeros por la privacidad de los pacientes'. Sin embargo, las puntuaciones más bajas se dieron en "los esfuerzos de las enfermeras para hacer que los pacientes se sientan en su casa" y "la forma en que la enfermera consoló a sus familiares y amigos." A modo de conclusión los investigadores señalan que, los pacientes requieren más cuidado individualizado de las enfermeras con

respecto a la educación, la comunicación y la comodidad y además que el bajo ratio enfermera/paciente y la duración más prolongada de la hospitalización afectan positivamente la satisfacción del paciente. Por lo que proponen que las instituciones deben determinar el ratio ideal enfermera/paciente, además, los administradores y gerentes de enfermería deberían capitalizar la importancia de la continuidad del cuidado de enfermería y de las competencias y habilidades del profesional de enfermería, proporcionando talleres regulares y continuando las clases de educación y capacitación [(195)].

- Tambien en el año 2017 Charalambous y cols realizarón un estudio con el objetivo de evaluar la calidad del cuidado de enfermería en oncología, según lo percibido, por pacientes.

Se trata de un estudio descriptivo transversal, en que los pacientes hospitalizados con cáncer fueron seleccionados sobre la base de criterios explícitos de inclusión y exclusión. Los datos fueron recolectados con la Escala de Cuidados de Enfermería de Calidad de Oncología - QONCS, que comprende 34 ítems agrupados en 5 dominios. También se obtuvieron datos sociodemográficos. La muestra incluyó 610 pacientes atendidos en 2 hospitales de Chipre, 1 hospital en Grecia y 2 hospitales en la República Checa). Sus resultados señalan que las diferencias estadísticamente significativas fueron encontrados entre los tres países y en todos los dominios del QONCS (ser apoyado y confortado, sentido de pertenencia, ser valorado, ser respetado), con la excepción del cuidado espiritual y religioso. La edad y los días de tratamiento produjeron diferencias estadísticamente significativas en todos los dominios del QONCS, mientras que el género no produjo diferencias estadísticamente significativas. Los autores concluyen que este es uno de los primeros estudios que proporcionan evidencia sobre la calidad del cuidado de enfermería entregada a los pacientes diagnosticados con cáncer en varios países europeos. Se encontraron discrepancias entre los países participantes. Sin embargo, la provisión de cuidado espiritual y religioso por parte de las enfermeras recibió las calificaciones más bajas en los tres países participantes [(196)].

- Charalambous y cols en el 2016 exploran el estado de salud de los pacientes hospitalizados por cáncer, la calidad del cuidado de enfermería, la individualidad percibida en la atención y la confianza en las enfermeras. Mediante un estudio exploratorio, correlacional llevado a cabo en clínicas oncológicas de cinco hospitales de Chipre, Finlandia, Grecia y Suecia en una muestra de 599 pacientes con diagnostico confirmado de cáncer. Sus resultados indican una media de calidad del cuidado percibida por los pacientes de 4,72 (SD 0,94) en un rango de 1-6; una media de 3,62 (SD 0,88) de cuidado individualizado (rango de 1-5) y una media de 4,37 (SD 0,75) de confianza en las enfermeras (rango de 1-5). El modelo hipotético propuesto no se ajusto completamente con los resultados, pero un modelo ligeramente modificado que incluye la ruta conjunta entre cuidado individualizado y calidad del cuidado demostró un buen ajuste. Finalmente se concluye que el estado de salud, la atención individualizada y la calidad del cuidado de enfermería están asociadas a la confianza, que la confianza de los pacientes esta relacionada con una atención individualizada y que, para generar y promover la confianza se requiere intervenciones que promuevan la calidad del cuidado de enfermería , la individualidad y la mejora del estado de salud de los pacientes [(197)].

-Mrayyan en el año 2016, estudió la satisfacción laboral de los enfermeros/as, la satisfacción de los pacientes y la calidad del cuidado de enfermería en un hospital educativo jordano.Para lo cual realizó una investigación con un diseño descriptivo, transversal y comparativo. La población total del hospital donde se realizó el estudio fue de 200 enfermeras/os (tasa de respuesta del 60%), 510 pacientes (tasa de respuesta del 49%), y 26 enfermeras jefes (NHs) (tasa de respuesta del 92%). Se aplicó la Escala de satisfacción de Mueller / McCloskey (MMSS); La escala de Eriksen de Satisfacción con el Cuidado de Enfermería; y el Cuestionario de Calidad de Atención de Enfermería-Jefe de Enfermería de Safford & Schlotfeldt. Sus principales resultados señalan que las enfermeras no estaban 'satisfechas ni insatisfechas' en sus trabajos, las enfermeras que trabajan en salas reportaron una satisfacción laboral ligeramente mejor que las enfermeras que trabajan en unidades de cuidados intensivos. Los pacientes informaron que estaban 'moderadamente' satisfechos y las enfermeras jefes, informaron que las

enfermeras (generalmente) proporcionan una calidad del cuidado en nivel alto. No hubo diferencias significativas entre las unidades de cuidados intensivos y las salas en cuanto a la satisfacción de los pacientes y la calidad del cuidado de enfermería. El estudio concluye que la satisfacción laboral de las enfermeras jordanas está en el límite, lo que sin duda requiere más intervenciones. La satisfacción de los pacientes y la calidad del cuidado de enfermería deben ser mejoradas para alcanzar consecutivamente los niveles de 'Siempre'. Como inversión a largo plazo, los hospitales tienen que promoverse como entornos de trabajo que apoyan la satisfacción laboral para atraer enfermeras y como hospitales que apoyan la satisfacción de los pacientes y la calidad del cuidado de enfermería para atraer a los pacientes. En este sentido, el compromiso de la alta gerencia es un hito esencial en la satisfacción del trabajo y los pacientes, así como en la calidad del cuidado de enfermería [(198)].

- Al Qahtani y Khalil Al Dahi, en el 2015 en Arabia Saudita, cuyo propósito fue evaluar los cuidados de enfermería desde la perspectiva del paciente, así como estudiar la diferencia en el nivel de satisfacción del paciente, y sus perspectivas en relación con los antecedentes demográficos de los pacientes y características del hospital. Para lo cual se realizó un estudio transversal, que incluyó una muestra representativa de 414 pacientes hospitalizados en el Hospital de Fuerzas Armadas, Tabuk, KSA. Se utilizó la versión árabe de la escala Newcastle Satisfaction with Nursing (NSNS). Sus principales resultados reportan que la satisfacción del paciente con la atención de enfermería en general es baja, ninguno de los participantes informó un alto nivel de satisfacción con los cuidados de enfermería. Las mujeres con menor educación y los pacientes admitidos al departamento de cirugía experimentaron un menor nivel de satisfacción con el cuidado de enfermería [(199)].

- Zuñiga y cols en el 2015 realizaron un estudio con el objetivo de describir los niveles y patrones de racionamiento implícito autoinformado del cuidado de enfermería en residencias de enfermería suizas y explorar la relación entre el nivel de personal, la rotación y los factores ambientales del trabajo y el racionamiento implícito del cuidado en enfermería. El racionamiento implícito de la atención de enfermería se refiere a la

retirada o el fracaso de llevar a cabo las actividades de atención de enfermería necesarias debido a la falta de recursos; en la literatura también se describe como falta de atención, cuidado omitido o cuidado de enfermería que se dejó sin hacer. Bajo limitaciones de tiempo, las enfermeras dan prioridad a las actividades relacionadas con las necesidades médicas vitales y la seguridad del paciente, dejando de lado la documentación, la rehabilitación o el apoyo emocional de los pacientes. Se llevo a cabo un estudio trasnversal y multicéntrico donde participaron 156 establecimientos con 402 unidades y 4307 trabajadores de atención directa de todos los niveles educativos (incluido el 25% de enfermeras registradas) seleccionados aleatoriamente. Se utilizarón datos de escalas establecidas para medir el racionamiento implícito de la atención de enfermería, la percepción de la capacidad de liderazgo y los recursos de personal, el trabajo en equipo y el clima de seguridad (Safety Attitudes Questionnaire) , y estresores de trabajo (Health Professions Stress Inventory). La dotación y rotación del personal se midieron con preguntas autodesarrolladas. Los resultados de este estudio señalan que el racionamiento implícito de los cuidados de enfermería no ocurre con frecuencia en las residencias de ancianos suizas. El personal de enfermería raciona el apoyo en actividades de la vida cotidiana, como comer, beber, eliminar y movilizar y con menos frecuencia en la documentación de la atención y el cuidado social. Los factores estadísticamente significativos relacionados con el racionamiento implícito del cuidado fueron la percepción de menores recursos de personal, trabajo en equipo y clima de seguridad, y mayores factores de estrés laboral. La dotación de personal y la rotación de la unidad no estaban relacionados con actividades de racionamiento. Los autores concluyen que mejorar el trabajo en equipo y reducir los factores de estrés laboral podría conducir a un menor racionamiento implícito del cuidado de enfermería. [(200)].

- Ma y cols en el 2015 realizaron una investigación para analizar el entorno de trabajo de enfermería y la calidad del cuidado por tipos de unidad. Se trata de un estudio transversal, la muestra final incluyó 7677 unidades, de 14 tipos de unidades de 577 hospitales en 49 estados de los Estados Unidos. Se utilizarón datos de encuestas de enfermería de hospitales estadounidenses, las cuales recopilaron datos sobre la calidad

del cuidado, el entorno de trabajo de la enfermera y otra información relacionada con el trabajo del personal de enfermería que trabajaban en unidades de varios tipos. En promedio, 58% de las enfermeras de las unidades informaron una excelente calidad del cuidado y el 40% de las enfermeras informaron mejor calidad del cuidado durante el año pasado. La calidad del cuidado de la unidad, varía según el tipo de unidad, el 43% de las enfermeras de las unidades médicas de adultos y el 73% de las enfermeras de unidades de intervención, califican la calidad general del cuidado en la unidad como excelente y el 35% de las enfermeras de unidades de cuidado intensivo para adultos y el 44% de unidades combinadas médico-quirúrgicas reportan una mejor calidad del cuidado. Las estimaciones de las regresiones indicaron que los mejores ambientes de trabajo unitario se asociaron con una mayor calidad del cuidado [(201)].

- Tang y cols. en el 2013, realizaron un estudio con el propósito de evaluar la satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería. El estudio utilizó un diseño de investigación, con una muestra de 100 pacientes adultos reclutados en un hospital público en el Territorio Federal de Kuala Lumpur, Malasia. Los hallazgos revelaron que los pacientes calificaron su satisfacción con la atención de enfermería en un nivel moderado. La mayoría de los pacientes estaban muy satisfechos con los aspectos afectivos relacionado a las “enfermeras me tratan con respeto”, seguido de las “enfermeras sonríen cada vez que se acercan a mí” y “me siento seguro al recibir cuidados de enfermería de las enfermeras”. Sin embargo, los pacientes estaban menos satisfechos con el aspecto de “control decisional” que se les otorga, “la toma de decisión propia hacia la atención” y la “participación de la familia con el cuidado". Los autores concluyen que por lo tanto, determinar el nivel de satisfacción de los pacientes y los factores que contribuyen pueden ayudar a las enfermeras a mejorar la atención de enfermería [(202)].

- En el año 2013 Andersson y Lindgren llevaron a cabo una investigación para evaluar la calidad de los cuidados de enfermería desde la perspectiva de los pacientes y el personal de enfermería y comparar ambas perspectivas. Participaron un total de 95 pacientes y 120 miembros del personal de enfermería (auxiliares de enfermería y enfermeras

registradas) de un hospital en Suecia. Se utilizaron los instrumentos Karen para recopilar los datos. Sus resultados reportan que la calidad del cuidado reportada por los pacientes en general tuvo un puntaje medio de 135,2 (rango 34 – 136) y la reportada por el personal fue de 138.4 (rango 35-140). Al comparar las diferentes percepciones se expone que la opinión de los pacientes de la calidad de la atención de enfermería es significativamente mejor que la del personal en la mayoría de las áreas. Un análisis de las subescalas señalan que los pacientes estuvieron menos satisfechos con la subescala organización, ya que había demasiadas categorías de personal y diferentes miembros del personal, por lo que no se llega a conocer. Las autoras concluyen que mediciones de calidad tienen que ser continuamente repetidas para garantizar la calidad de la atención a través del tiempo. También recomiendan comparar la calidad de la atención entre los pacientes y el personal [(106)].

- Rojas y Barajas en el año 2012 llevaron a cabo un estudio con el propósito de determinar la percepción de los usuarios respecto a la calidad del cuidado brindado por el personal de enfermería en el servicio de urgencias de la Unidad Básica Puente Barco Leones, España. Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo transversal, la muestra estuvo conformada por 382 usuarios. El instrumento utilizado para recolectar la información fue el caring assessment (Care Q) de Patricia Larson. El estudio permitió determinar que el nivel de percepción de los usuarios, frente a la calidad de cuidado que brinda el personal de enfermería, se encuentra en mediana importancia con tendencia a baja importancia en las categorías, que componen el instrumento Care-Q. Más detalladamente la categoría accesible fue considerada como poco importante, la categoría explica y facilita fue percibida entre mediana y baja importancia, al igual que la categoría anticiparse, en cuanto a la categoría conforta fue percibida como muy poco importantes al igual que la categoría mantiene relación de confianza y finalmente la categoría monitorea y hace seguimiento fue percibida como ni importante, ni sin importancia. El estudio concluye que es necesario que el personal de enfermería dedique un mayor tiempo para interactuar con el usuario en el servicio de urgencias, ya que esto aumenta la posibilidad de inclinarse por comportamientos que respondan efectivamente

a las necesidades del sujeto de cuidado y que conocer la percepción de la calidad del cuidado permite evaluar los servicios de salud, satisfacer las necesidades de los pacientes y estimular la calidad del cuidado que brinda el personal de enfermería [(203)].

-Anzai y cols en el 2011, desarrollaron en Japón un estudio con el objetivo de describir las percepciones del entorno de la práctica de enfermería en 223 enfermeras de 12 salas de hospitalización aguda en un gran hospital universitario japonés y examinar su asociación con el auto-reporte de la enfermera de su capacidad para proporcionar una atención de enfermería de calidad, la calidad de la atención al paciente, y la escala moral. Las enfermeras calificaron su ambiente de trabajo en general como favorable, la capacidad para proveer un cuidado de enfermería de calidad tuvo un puntaje de 2,4 (rango de 1-4) , la calidad del cuidado y la escala moral puntuaron en 5,6 y 5 respectivamente(rango de 1-9). Se encontró una alta percepción de las relaciones con el médico y de la calidad de la gestión de enfermería, pero más bajas para personal y recursos. Las enfermeras gestoras valoran en general, el entorno de la práctica más positivamente que el personal de enfermería a excepción de los recursos. Los análisis de regresión encontraron que el medio ambiente la práctica fue un predictor significativo de la calidad de la atención al paciente y la escala moral. Otros resultados señalan que la calidad percibida de los cuidados de enfermería fue más fuertemente asociada con los años de experiencia clínica. Los autores concluyen que estos hallazgos sustentan intervenciones de apoyo para mejorar el entorno de la práctica de enfermería, particularmente el personal y la adecuación de los recursos, y así mejorar la calidad de la atención y la escala moral en Japón [(204)].

- Brooks-Carthon y cols. realizaron en el 2011 un estudio para examinar la influencia especifica del personal de enfermería y el entorno de trabajo de enfermería en la calidad de la atención y la satisfacción del paciente en hospitales con concentraciones variables de pacientes de raza negra; a través de un diseño transversal de análisis secundario de datos de una encuesta realizada en cuatro estados de USA (Florida, Pensilvania, Nueva Jersey y California). Sus resultados indican que las enfermeras que trabajan en los hospitales con mayores concentraciones de pacientes negros, reportaron una pobre

confianza en el paciente, quejas e infecciones frecuentes. Los pacientes tratados en hospitales con mayores concentraciones de negros estaban menos satisfechos con su cuidado. En el modelo de regresión para los resultados de calidad y satisfacción del paciente, los efectos asociados con la concentración de los negros fueron explicadas en parte por el cuidando y las características estructurales del hospital. Las conclusiones señalan que este estudio demuestra una relación entre la atención de enfermería, las características estructurales del hospital, la calidad de la atención y satisfacción de los pacientes en los hospitales con altas concentraciones de pacientes de raza negra [(205)].

- Grøndahl y cols. en el 2011 desarrollaron un estudio para describir la percepción de la calidad de la atención de los pacientes y para explorar las combinaciones de cuidado relacionadas con la persona y las condiciones objetivas externas de atención como los predictores potenciales de estas percepciones. Se realizó un diseño transversal, con una muestra de 528 pacientes de 12 salas médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas en cinco hospitales en Noruega. Las percepciones de calidad de la atención y las condiciones relacionadas con la persona se midieron con el instrumento: Quality from Patient'sPerspective'. Los resultados de este estudio revelaron que los pacientes calificaron alta la calidad de la atención. El sexo, la edad, el bienestar psicológico, la frecuencia de la sobre-ocupación y el número de enfermeras son factores importantes predictores de la percepción de un nivel alto de calidad de la atención. Los autores concluyen que las enfermeras jefes y las autoridades de salud deben preparar las salas para la sobreocupación y deben considerar el número de enfermeras que trabajan en las salas [(206)].

- En el 2008 Mufti y cols. realizaron un estudio en India con el propósito de conocer la percepción de los cuidados de enfermería de los pacientes de un gran hospital universitario, mediante un estudio prospectivo con una muestra de 2.500 pacientes. Los resultados del estudio revelaron un porcentaje relativamente alto de pacientes con una pobre percepción de los cuidados de enfermería, en cuanto a los aspectos de cuidado "explicación e información", y "actitud de cuidado". Sin embargo más de 95% de los pacientes tenían buena percepción de "la capacidad de respuesta", "disponibilidad" y la

capacidad de “organización de la sala” de la enfermera. Este estudio concluye que estudios que evalúen la calidad deben hacerse de forma regular en los hospitales [207].

- En el año 2007 Flynn realizó una investigación, que tuvo como objetivo explorar las percepciones de los profesionales de enfermería, sobre la calidad de los cuidados de enfermería y por qué no pudieron proporcionarlo. Especificamente sus objetivos fueron, comparar la calidad real de la atención prestada a los pacientes por enfermeras clínicas en lugar de la calidad percibida de la atención que se debe proporcionar; identificar problemas significativos del cuidado de enfermería que afecten la calidad; y hacer recomendaciones en nombre de las enfermeras que trabajan en el área clínica con los pacientes con el propósito de mejorar la calidad del cuidado de enfermería. Para lo que esfectuó un estudio cualitativo , utilizando entrevistas, observación experta y varias formas de documentación, tales como notas de la enfermera, estándares profesionales y descripciones de trabajo.

Los hallazgos de esta investigación indican que la capacidad de las enfermeras para proporcionar un cuidado de enfermería de calidad se plantea como un problema importante, las enfermeras cuestionan su capacidad de proporcionar a los pacientes el cuidado que deben tener, en especial del tiempo que tienen para proporcionar estos cuidados . Al explorar las percepciones de las enfermeras acerca de lo que creían constituyeron cuidados de enfermería de calidad, las enfermeras "describieron lo que el cuidado de enfermería de calidad significa para ellos dentro de sus propias áreas clínicas”. Esta investigación fue capaz de identificar que las enfermeras de hecho toman “atajos” en sus esfuerzos para completar sus actividades diarias [208].

- Sochalski , realizo un estudio en el año 2004 con el objetivo de examinar los efectos de la dotación del personal de enfermería y los indicadores del proceso de cuidado de enfermería en el personal de enfermería que trabajan en hospital de atención aguda en Pensilvania. Mediante un análisis secundario de una encuesta a enfermeras con modelos de regresión multivariante. Sus resultados señalan que los índices de calidad del cuidado de enfermería estuvierón significativamente asociados con el número de pacientes que cuidan las enfermeras, las tasas de cuidados sin terminar para esos pacientes y la

frecuencia de los problemas de seguridad del paciente. El efecto de la carga de trabajo en los índices de calidad fue atenuado sustancialmente por los efectos del cuidado sin terminar y los problemas de seguridad del paciente. El cuidado sin terminar tuvo la relación más fuerte de todos, con más del 40% de la variación en las calificaciones de calidad asociadas con el número de tareas que quedaron por hacer. Este estudio concluyé que las evaluaciones de la calidad del cuidado de enfermería están asociadas a indicadores tanto estructurales (carga de trabajo) como de proceso de atención (atención clínica inconclusa y problemas de seguridad de los pacientes), siendo la relación más fuerte entre el proceso cuidado y la calidad. Explicar la interrelación entre la estructura y el proceso de cuidado es la clave para entender la influencia de ambos en la calidad. Además agregan que deben existir estudios que evalúen la calidad del cuidado y los factores que la afectan [(209)].

A nivel Latinoamericano se encuentra la investigación de Da Costa y cols en el año 2017, quienes evaluarón el cuidado de enfermería en unidades de cuidado intensivo desde la perspectiva de la seguridad del paciente basada en la evaluación de salud , en Brasil. Se aplico un instrumento con preguntas basadas en la seguridad del paciente con ítems que se clasificaron en " comunicación e identificación" ; " salud y confort" y " terapia de drogas y nutrición". Sus resultados reportan que el 31,5% de los ítems de la encuesta se consideran adecuados en el cuidado , el 68,4% no cumplieron con los estándares requeridos para un cuidado confiable. Lo que es preocupante y establece la predisposición a eventos indeseables. Los autores concluyen que la seguridad del paciente se ve afectada por acciones inseguras en los procesos de atención de enfermería y que estas acciones inseguras en los procesos de cuidado de enfermería pueden generar caídas en los pacientes, errores de medicación, dificultades de comunicación y continuidad de la atención, lo que puede conducir a un empeoramiento de su condición. Lo que también impacta a las organizaciones de salud, Ya que las hospitalizaciones innecesarias y prolongadas perjudican el sistema de salud con un suministro reducido de

camas disponibles, sobrecargando la red hospitalaria y aumentando los costos con materiales y medicamentos para corregir estos efectos iatrogénicos [210].

- Torres y cols en el año 2016 realizarón un estudio para determinar la reproducibilidad del cuestionario de calidad de los cuidados de enfermería en pacientes hospitalizados en una institución prestadora de servicios de salud en Colombia. Con al premisa que la medición del cuidado de enfermería requiere del uso de escalas validadas y confiables. Los autores utilizaron un muestreo probabilístico aletarorio simple, determinaron la consistencia interna del instrumento y la reproducibilidad prueba-reprueba. Sus resultados indican que en cuanto a la reproducibilidad del instrumento en la dimensión experiencia con el cuidado la mayoría de los ítems se encuentran con coeficientes de Correlacion intraclase por debajo de 0.7, con una media de 0,623; en la dimesnión de satisfacción de los cuidados la mayoría de los ítems están por encima de 0,7 con una media de 0,873. La confiabilidad medida por el alfa de Cronbach fue de 0,93. En base a estos resultados los autores concluyen que el instrumento es una escala confiable para la evaluaicón de la calidad del cuidado y tiene alto grado de reproducibilidad para la dimensión satisfacción [211].

-Lenis y Manrique en el 2015, estudiaron la calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una clínica privada en Barranquilla, Colombia. Mediante un estudio descriptivo, correlacional y transversal que incluyó 147 pacientes que tenían indicación de ingreso, a quienes se les aplicó el cuestionario de calidad del cuidado de enfermería (CUCACE). Los resultados señalan que la satisfacción y las experiencias de los pacientes con el cuidado de enfermería están por encima del 70 % , lo que indica resultados altamente positivos según la escala del CUCACE. En los resultados de asociación sólo el sexo se asoció a la calidad del cuidado, además el 96,6% de los pacientes indicarón que el cuidado de enfermería no requiere mejoría. Los autores concluyen que los pacientes tienen una percepción positiva del cuidado que reciben en la institución y que la percepción del paciente referente a la calidad del cuidado es subjetiva por lo que es conveniente explorar la calidad del cuidado desde otro tipo de estudios de abordaje cualitativo [212].

- Borré y Vega, quienes realizaron un estudio en el 2014 para determinar la calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados en una Institución de Servicios de Salud de Barranquilla (Colombia). Para lo cual se llevó a cabo un estudio cuantitativo descriptivo, de corte transversal, en el que se encuestaron 158 pacientes a través de un cuestionario de calidad percibida. Sus principales resultados señalan que la calidad percibida de la atención de Enfermería es "Peor y mucho peor de lo que esperaba" en un 4%, "Como me lo esperaba" en un 17%, y "Mejor y mucho mejor de lo que me esperaba" en un 78%. El 48.7% estuvo "Muy Satisfecho", el 48.1% "Satisfecho", y el 3% "Poco y Nada Satisfecho". Los autores concluyen que el 78% de los pacientes evidenció altos niveles de calidad percibida de la atención de Enfermería; el 17% modestos niveles de calidad percibida; y el 4% bajos niveles de calidad percibida. El 96.8% se sintió satisfecho y el 97% recomendaría el hospital [(213)].

- En Brasil el 2014, Santana de Freitas y cols. desarrollaron una investigación con el objetivo de evaluar la calidad de los cuidados de enfermería, la satisfacción del paciente y la correlación entre ambos. Mediante un estudio trasversal con 275 pacientes internados en un hospital de enseñanza de la región Centro-Oeste de Brasil. Sus resultados indican que entre los cuidados de enfermería evaluados, solamente dos fueron considerados seguros la higiene y confort físico; nutrición e hidratación y los demás clasificados como pobres. Sin embargo, los pacientes se mostraron satisfechos con los cuidados recibidos en los dominios evaluados: técnico-profesional, confianza y educacional. Los autores concluyen que a pesar del déficit de calidad, fue encontrado alto nivel de satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería recibidos. Tales resultados indican la necesidad de que la institución centre sus objetivos en un sistema de evaluación permanente de la calidad del cuidado, visando atender a las expectativas de los pacientes [(214)].

-Morando y cols. realizaron una investigación el 2013 en Cuba, que evalúa la calidad de la atención de enfermería a 60 pacientes ingresadas en el Servicio de Cirugía Ginecológica del Hospital Gineco-obstétrico Docente de Santiago de Cuba, a fin de evaluar el modo de actuación profesional mediante el Proceso de Atención de

Enfermería. El universo estuvo constituido por 12 enfermeras asistenciales y 8 trabajadores de la institución. Para lo cual, los resultados de los indicadores se compararon con los estándares establecidos y se calculó el coeficiente de calidad. Los resultados presentados indican que los cuatro criterios evaluados (recepción adecuada, conduce al paciente, brinda apoyo emocional, orienta sobre la conducta indicada al finalizar la consulta), todos alcanzaron en general coeficientes adecuados de calidad. Al analizar los criterios en diferentes procesos (ingreso paciente, cambio de turno y cumplimiento de indicaciones médicas) la calidad fue evaluada como adecuada. Concluyendo los autores que la calidad de la atención brindada en el mencionado servicio fue adecuada [(215)].

-En el 2013 Barragán y cols. desarrollaron un estudio en Colombia con el objetivo de evaluar la calidad percibida de los usuarios en servicios de hospitalización respecto a la atención de enfermería recibida. Mediante un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, en una muestra de 183 pacientes de los servicios de Medicina Interna y Quirúrgicos, de un hospital de Tunja. Se utilizó el instrumento servqhos-e. Sus principales resultados señalan que en el factor de calidad objetiva, la "apariencia del personal de enfermería" y la "tecnología de los equipos que utilizan las enfermeras para realizar su trabajo" fueron las dos variables con las mayores puntuaciones de 3,96 y 3,82 respectivamente (en un rango de 1 a 5). Al medir la calidad subjetiva percibida por los usuarios, se encontró que las variables mejor calificadas fueron "la amabilidad" y "la preparación del personal de enfermería para hacer bien el trabajo" con medias de4,08 y 3,98 respectivamente, superando las expectativas de los usuarios, comportamiento que indica que la forma de dar atención a los usuarios influye en la calidad de los servicios de enfermería. El nivel de satisfacción global fue de 92,9%. Sin embargo, Este estudio concluye entre otros aspectos que las expectativas de los usuarios no se superan [(216)].

- Torres y Buitrago, en el 2011 llevaron a cabo un estudio en Colombia, con el objetivo de determinar la percepción de la calidad del cuidado según la dimensión de satisfacción y experiencia con los cuidados en los pacientes que reciben tratamiento en la unidad de oncología de una institución de salud en Colombia. A través de un estudio descriptivo

de corte transversal, con una muestra de 75 pacientes hospitalizados en la unidad de oncología de una institución de salud, se aplicó Cuestionario de calidad de cuidados de enfermería (CUCACE). Sus resultados reportaron que los pacientes del estudio están conformes con el cuidado y la atención brindada por las enfermeras durante su estancia en la terapia. La valoración que dieron los pacientes sobre el cuidado recibido de parte de las enfermeras en general fue excelente con un porcentaje de 58.7%, seguido de muy bueno con 29.3%, bueno con 10.7% y regular con 1.3%. Las autoras concluyen que la mayoría de pacientes tienen una valoración positiva del cuidado de enfermería respecto a las dimensiones de satisfacción y experiencia [(217)].

- Garcia y cols en el 2011, desarrollarón un estudio para identificar la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados con dolor. Fue un estudio transversal descriptivo, con una muestra de 77 enfermeras profesionales en un hospital de la ciudad de Toluca, México. Se aplicó un instrumento elaborado por los autores y validado con un Alpha de Crombach de 0.802, basado en el modelo de Donabedian, con una escala likert dividida en tres estándares con 7 indicadores de estructura, 13 de proceso y 4 de resultados. Los Hallazgos del estudio muestra que las enfermeras en un 90.9% proporcionan cuidado con calidad máxima, 7.8% con calidad y 1.3% con calidad mínima. Los autores concluyen que se hace evidente la falta de estudios relacionados con la calidad de cuidado, los existentes sólo son un acercamiento en relación a técnicas de enfermería, reafirmando que la enfermera da un cuidado profesional y que la cédula de evaluación de la calidad del cuidado que proponen en pacientes con dolor puede ser utilizada en instituciones de salud [(218)].

-En el 2009 Puebla-Viera y cols. llevaron a cabo una investigación para conocer la percepción que tienen los usuarios de una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tijuana, Baja California, con respecto a la atención recibida por parte del personal de enfermería. Se realizaron 92 entrevistas a usuarios de los servicios de medicina preventiva y consulta externa de una unidad de medicina familiar. Se aplicó un cuestionario diseñado para recopilar información sobre la percepción de la atención, tomando en cuenta las variables trato digno, respeto y

profesionalismo. Entre los principales hallazgos destaca que el 60.87 % de los encuestados manifestó recibir atención regular por el personal de enfermería, el 51.90 % consideró no ser tratado dignamente, el 46.74 % considero que no se les trata con respeto y el 46.41 %visualiza a enfermería poco profesional. Las conclusiones del estudio señalan que en términos generales la percepción que tienen los usuarios de la atención que brinda el personal de enfermería es mala, lo que muestra la necesidad de implementar modelos enfocados a la atención integral hacia el paciente y el respeto a sus derechos desde las escuelas de enfermería, para avanzar en la profesionalización de la enfermera (o) [(219)].

- Bautista en el año 2008, realizo en Colombia un estudio con el objetivo describir la forma como algunos usuarios de la Empresa Social del Estado Francisco de Paula Santander, de Cúcuta, Colombia, hospitalizados en el servicio de especialidades médicas, percibieron la calidad del cuidado del personal de enfermería. El estudio es de tipo cuantitativo descriptivo transversal con una de 202 usuarios a los cuales se les aplico el instrumento Caring Assessment Questionare (Care-Q) de Patricia Larson. Sus resultados exponen que los comportamientos más importantes percibidos por los usuarios están relacionados con habilidades del personal como: administrar al paciente los tratamientos y las medicinas oportunamente, saber aplicar inyecciones, manipular equipos de uso parenteral (sueros), las máquinas de succión y otros equipos. Los comportamientos menos importantes son: preguntar al paciente cómo prefiere que lo llamen, sentarse con éste, ser jovial, ofrecer alternativas razonables y encontrar la mejor oportunidad para hablarle sobre los cambios de su estado de salud. Este estudio concluye que conocer la percepción de los usuarios permite evaluar la calidad de los cuidados ofrecidos en los servicios de salud, para ser más competitivos y satisfacer las necesidades y expectativas de cuidado del paciente hospitalizado en el servicio de clínicas médicas [(220)].

- Lourenço y Martínez, realizaron el 2008 un estudio en Brasil que tuvo como objetivo analizar la opinión del paciente en relación con la atención de enfermería proporcionada en unidad de hospitalización médica y quirúrgica en un hospital universitario público de

Brasil. Se trata de un estudio cuantitativo- descriptivo. Los resultados demostraron que el equipo llegó a los niveles para proporcionar cuidados de enfermería seguro en los ítems de higiene y confort, actividad física, y sueño y reposo. En cuanto a la seguridad física, la nutrición y la hidratación proporcionaron una asistencia adecuada, pero para los ítems de eliminación y necesidades emocionales alcanzaron el índice de atención limítrofe. En cuanto a las necesidades espirituales y sociales, los resultados indicaron una mala asistencia, mostrando la poca atención que el personal presta a estos aspectos [(221)].

- Orrego y Ortiz en el 2001, realizaron un artículo de tipo ensayo-reflexión en Colombia, en el cual exponen que la calidad en el cuidado de enfermería implica diversos componentes: la naturaleza de los cuidados, la razón para proporcionarlos, el objetivo que se propone y los medios físicos, financieros, tecnológicos y humanos necesarios. Las autoras señalan que garantizar la calidad exige delos profesionales una reflexión permanente sobre los valores, conocimientos, actitudes, aptitudes y normas que orientan la objetivación del bien interno y que no hay calidad del cuidado si no se logran acuerdos mínimos y compromisos entre los profesionales en enfermería para la normalización de procesos y procedimientos. El cumplimiento cabal de éstos, la evaluación de los resultados y el mejoramiento de los estándares integran un correlato triangular de beneficios para el paciente, el equipo humano y la institución [(222)].

En Chile, un estudio del año 2016 realizado por Luengo y cols. explora la Calidad del Cuidado del profesional de Enfermería y sus condiciones ambientales y psicosociales de trabajo. Mediante un estudio descrptivo y correlacional en 41 profesionales de enfermería de un hospital público de mediana complejidad en Chile. Donde se aplicó un cuestionario elaborado por los autores que incluyen las variables biosociodemográficas y condiciones de trabajo ambientales; el instrumento Karen personal para medir la calidad de la atención de enfermería y la escala de condiciones de trabajo.Sus resultadso principales indican que la percepción de la Calidad del Cuidado de enfermería está en rangos adecuados en los diferentes servicios clínicos (=3,6 a 4,0) (rango 1-5); las

condiciones ambientales de trabajo fueron evaluadas como adecuadas a excepción de la temperatura que fue regular (51,2%). Las condiciones de trabajo psicosociales en general fueron evaluadas como buenas (=7,5) (rango 1-10), apreciándose promedios más bajos en las dimensiones método de regulación (=5,3) y método de desarrollo (=5,7). Hubo una correlación positiva entre la percepción de calidad del cuidado de enfermería ysus condiciones ambientales y psicosociales (r=0,52).Las autoras concluyen que la Calidad del Cuidado de Enfermería se relaciona positivamente con las condiciones de trabajo ambientales y psicosociales y que la calidad del cuidado esta en rangos adecuados lo que se relaciona a las propicias condiciones de trabajo ambientales y psicosociales. Por lo que las autoras destacan que la creación de un ambiente de trabajo favorable a la producción de salud, con condiciones de trabajo adecuadas, que posibiliten al trabajador una relación interpersonal saludable y un menor desgaste físico y emocional , favorece la organización del proceso de trabajo de forma eficiente , lo que potencialmente mejora la calidad del cuidado de enfermería [(223)].

En los diferentes estudios se puede observar que los niveles de calidad del cuidado de enfermería son disimiles desde malos hasta niveles altos, además hay diferencia entre países, siendo más altos en los países europeos y más bajos a nivel latinoamericano y asiático. Es importante destacar que más que la calidad del cuidado los estudios miden la satisfacción con el cuidado entregado y que los autores en su mayoría señalan la importancia de conocer la percepción de la calidad de los cuidados para contribuir a mejorar la atención de enfermería y que no se encontraron estudios nacionales que midan la calidad del cuidado de enfermería.

Además, se evidencia que las condiciones de trabajo, la carga de trabajo, el tiempo de dedicación al usuario, la edad del profesional de enfermería, el bienestar psicológico, la frecuencia de la sobre-ocupación, el número de profesionales de enfermería, los años de experiencia clínica, la satisfacción laboral y los recursos materiales y humanos son factores predictores importantes de la percepción de un nivel alto de calidad del cuidado.

Finalmente es pertinente indicar que en la revisión efectuada no se encontró ninguna investigación que tuviera todos los aspectos integrados: condiciones de trabajo, profesionalismo, capital psicológico y calidad del cuidado, como los que se propone en la presente investigación

2) SUJETOS Y MÉTODO

2.1) DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se realizó desde un diseño correlacional/explicativo, comparativo y transversal, con abordaje cuantitativo.

2.2) UNIDAD DE ANÁLISIS

Profesional de Enfermería que se desempeña en los servicios o centro de responsabilidad (CR) de medicina, cirugía, urgencia y especialidad médico-quirúrgica de tres establecimientos hospitalarios de alta complejidad pertenecientes a la red pública de salud de la 7ª y 8ª región, Chile.

2.3) POBLACIÓN

Estuvo integrada por los Profesionales de Enfermería que se desempeñan en los servicios o centro de responsabilidad (CR) de medicina, cirugía, urgencia y especialidad médico-quirúrgica de tres establecimientos hospitalarios de alta complejidad, pertenecientes a la red pública de salud de la 7ª y 8ª región, Chile. (ver Tabla N° 1)

Tabla 1 Población de profesionales de enfermería en servicios de medicina, cirugía, urgencia y especialidad médico-quirúrgica de los establecimientos en estudio.

Población enfermeras/os	N°
Hospital Chillán	94
Hospital Los Ángeles	110
Hospital Talca	109
Total	313

Fuente: Unidad Estadística de establecimientos, marzo 2016

Debido al tamaño de la población se decidió llevar a cabo un censo poblacional a los Profesionales de Enfermería pertenecientes a los servicios o centro de responsabilidad (CR) de medicina, cirugía, urgencia y especialidad médico-quirúrgica de los hospitales ya mencionados. Servicios o centro de responsabilidad (CR), elegidos al ser unidades básicas de los establecimiento hospitalarios, con características estructurales y de funcionamiento similares, con recursos financieros y de personal equiparables, que otorgan atención a usuarios adultos (el instrumento que mide la percepción de la calidad del cuidado, esta orientado a este grupo etáreo) .

El tamaño muestral requerido para efectuar los análisis indicados, basándose en simulaciones de MonteCarlo [224, 225] para el cálculo muestral en análisis factorial confirmatorio, es de al menos 200 sujetos para obtener un peso factorial de 0,50, 82% de potencia para obtener una estructura factorial de 3 constructos y 6 ítems por constructo. Una propuesta de cálculo muestral basado en potencia estadística (1-β), cantidad de constructos, relación reactivo-constructo del instrumento y el peso o carga factorial mínimo que se espera encontrar.

Por otro lado y considerando que los instrumentos tienen constructos bien definidos, es decir, con altos pesos factoriales y pocas o ninguna pregunta con pesos cercano o menor que 0.3, las características del instrumento son favorables [226] y en especial si son estudios pioneros sobre una temática, se puede utilizar el criterio para un buen análisis estructural de 5 por número de pregunta [226], como es el caso de este estudio, (cuestión

que se analiza por cada cuestionario no en total), lo que daría una muestra de 120-220 casos según instrumento [226]. Lo que, esta en línea con los criterios tradicionales expuestos en la literatura, ya que según De la Garza y cols. la técnica de análisis factorial, no debe usarse para los casos en los que el número de entrevistas sea menor a 50, preferentemente debe aplicarse en investigaciones que comprendan 100 o más entrevistas o encuestas [227]. En este mismo sentido Hair y cols. [228] señalan que los investigadores no deben usar el análisis factorial para muestras de tamaño inferior a 50 observaciones. Preferiblemente el tamaño muestral debería ser de un mínimo de 100 observaciones [228]. En cuanto a consideraciones sobre el tamaño de muestra para modelos de ecuaciones estructurales Hair y cols afirman que aunque el tamaño de la muestra impactará la significancia estadística y el índice de bondad del ajuste, no existe una regla única para determinar el tamaño de muestra para un modelo de ecuaciones estructurales. No obstante, Hair y cols recomiendan tamaños de muestra que se ubiquen entre 100 y 200 unidades muestrales [228].

Por consiguiente una muestra de 290 profesionales de enfermería es suficiente para asegurar resultados científicamente válidos.

Entre los meses de marzo y junio del 2016, se censó a 290 Profesionales de Enfermería pertenecientes a los servicios o centro de responsabilidad (CR) de medicina, cirugía, urgencia y especialidad médico-quirúrgica de tres hospitales chilenos de la 7ª y 8ª región de un total de 313 funcionarios que cumplían con los criterios de inclusión. Lo que corresponde al 92.65% del total de profesionales de enfermería. El 7.34% restante no cumplió con los criterios de inclusión o negó su participación en este estudio.

2.3.1) Criterios de Elegibilidad

2.3.1.1) Criterios inclusión

Para esta investigación se incluyeron a las personas que cumplieron con los siguientes requisitos:

- Profesional de enfermería de los servicios o CR de cirugía, medicina, urgencia y especialidad médico- quirúrgica que realice turnos diurnos o rotativos en dicha unidad.
- Profesional de enfermería de los servicios o CR de cirugía, medicina, urgencia y especialidad médico- quirúrgica que haya aceptado la participación en este estudio, otorgando consentimiento informado.
- Profesional de enfermería de los servicios o CR de cirugía, medicina, urgencia y especialidad médico- quirúrgica que lleve más de tres meses trabajando en dichos servicios.
- Profesional de enfermería de los servicios o CR de cirugía, medicina, urgencia y especialidad médico- quirúrgica que otorgue cuidados directos a los usuarios.

2.3.1.2) Criterio exclusión

- Profesional de enfermería de los servicios o CR de cirugía, medicina, urgencia y especialidad médico- quirúrgica con licencia médica o permiso legal durante el proceso de la recogida de los datos.

2.4) DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS

2.4.1) Cuestionario de variables biosociodemográficas, salud, laborales objetivas y ambientales del profesional de enfermería.

Creado por la tesista *(Anexo B)*, con el cual se recolectaron las variables biosociodemográficas (sexo, edad, grado académico, pertenencia a organizaciones profesionales) de salud, aspectos relacionados con las condiciones de trabajo objetivas (sistema de turno, remuneración, antigüedad laboral puesto trabajo y total, tipo de contrato); tiempo jornada laboral y las condiciones ambientales (temperatura, iluminación, ruido, espacio) de los profesionales de enfermería. Y también se agregaron 2 preguntas abiertas destinadas a identificar desde el punto de vista del profesional de enfermería en estudio, la/s actividad/ades que durante su trabajo le implican una mayor

demanda física y/o mental y la/s estrategia/s de afrontamiento de la mayor demanda física y/o mental en el trabajo propuestas por el profesional de enfermería en estudio.

2.4.2) Cuestionario de evaluación de la Percepción de la Calidad del Cuidado: Instrumento Karen personal

Este instrumento *(Anexo C),* fue desarrollado en Suecia en el Departamento de Medicina y Salud, División de Ciencias de la Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Linköping por las académicas Inger Andersson y Margareta Lindgren [(104,105)]. Se generó a partir de entrevistas cualitativas y se analizó inductivamente utilizando análisis de contenido tanto cualitativo como cuantitativo, las preguntas y las dimensiones fueron inspiradas por Donabedian y Kitson [(229)]. Su propósito es medir la calidad del cuidado de enfermería desde la perspectiva del personal de enfermería. Este instrumento consta de 35 preguntas que evalúan 6 dimensiones: las relaciones psico-sociales, el compromiso, la satisfacción con el trabajo, apertura / cercanía, desarrollo de competencias y seguridad / inseguridad. Las variables se miden utilizando el sistema de gradación de 5 puntos de Likert (1 que indica desacuerdo a 5 que indica muy de acuerdo), una escala de rangos sumados, considerando como menor puntaje posible de 35 ptos y como máximo 175 ptos. Para una mayor comprensión de los resultados se decidió trabajar con los promedios de los puntajes obtenidos por cuanto, a mayor promedio corresponde una mayor percepción de la calidad del cuidado y viceversa.

Como el instrumento fue enviado por las autoras en el idioma ingles, se efectuó la adaptación transcultural al español (Chile) de la escala, para lo cual se preparó una primera versión al español, partiendo de los ítems originales del instrumento en conjunto con una traductora (inglés-español) y un profesor del idioma ingles, ambos familiarizados en la terminología empleada. A continuación, se aplicó el método inverso con una traducción - retrotraducción con un experto del idioma ingles, quién revisó la traducción y realizó la traducción inversa (retrotraducción) comparando la traducción realizada al español con la original en ingles. Como una de las limitaciones del estudio

de Andersson y Lindgren fue incluir la percepción de las enfermeras y auxiliares de enfermería al medir la calidad del cuidado, en esta investigación sólo se consideró la opinión del profesional de enfermería en dicha evaluación, por lo que, aquellas preguntas que consideraban el término "personal" fueron cambiadas a "profesional de enfermería". Posteriormente se realizó la adaptación lingüística mediante el juicio de 41 profesionales de enfermería (prueba piloto). Finalmente, se consensuó y aprobó una versión definitiva, que intentó utilizar un español neutro, claro y preciso, comprensible tanto en Chile como en otros países hispanohablantes, que permitiera conocer la percepción del profesional del enfermería en la calidad de los cuidados que otorga.

Para la utilización del instrumento *Karen Personal*, se solicitó autorización vía correo electrónico y certificado a las autoras (*Anexo* G).

2.4.3) Escala de evaluación de Condiciones de trabajo Subjetivas (CTS)

El Cuestionario de Condiciones de Trabajo Subjetivas (*Anexo* D), fue desarrollado por el equipo liderado por Josep M. Blanch e integrado por, Miguel Sahagún y Genís Cervantes[27], todos pertenecientes a la Universidad Autónoma de Barcelona. Este cuestionario, fue diseñado y ha sido aplicado como una herramienta de evaluación de componentes psicosociales del entorno laboral en organizaciones de servicio a personas. Incluye una serie de ítems cerrados organizados de acuerdo con un modelo teórico según el cual las condiciones de trabajo se configuran en torno a una triple relación de la organización con el método, con el entorno y con la persona. Un análisis de componentes principales mostró la existencia de seis factores en el cuestionario, agrupados por pares en tres grupos de escalas, que corresponden a Organización y Método, Organización y Entorno, Organización y Persona. La primera díada o pareja de escalas (Organización y Método) está compuesta por 14 ítems, distribuidos en dos escalas específicas: la de Regulación (6 ítems) y la de Desarrollo (8 ítems). Integran la segunda díada (Organización y Entorno) 8 ítems, distribuidos entre la escala de Entorno Material (4 ítems) y la de Entorno Social (4 ítems). Finalmente, la tercera díada (Organización y Persona) incluye 22 ítems, agrupados en la escala de Ajuste

Organización-Persona (15 ítems) y la de Adaptación Persona-Organización (7 ítems).La construcción de cada una de las partes del cuestionario incluyó una primera fase de revisión de la literatura, que permitió identificar tópicos relevantes para la investigación, señalar dimensiones e indicadores. En la versión definitiva del cuestionario y en lo que concierne a los bloques de Organización y Método (escalas de Regulación y de Desarrollo) y de Organización y Entorno (escalas de Entorno Material y de Entorno Social), La valoración de la "condición de trabajo" específica significada por cada ítem puede abarcar el continuo bipolar que se extiende desde las puntuaciones "0" (valor "pésimo") a "10" (valor "óptimo") y la interpretación se realizó utilizando los promedios de los puntajes obtenidos en cada dimensión. Puesto que con el cuestionario CTS se pretende evaluar las condiciones de trabajo concretas, específicas y determinadas del entorno particular de la persona encuestada, los encabezamientos de cada escala invitan directa y explícitamente a situarse ante la propia circunstancia laboral. Por ello, en la díada Organización y Método, se pide a la persona que "valore los siguientes aspectos de las condiciones de trabajo en su centro". En la de Organización y Entorno, debe ponerse en la siguiente situación: "Valore los siguientes aspectos de su entorno de trabajo". Y en la de Organización y Persona, debe puntuar el grado de acuerdo con respecto a una serie de afirmaciones sobre "La actual organización del trabajo de mi centro…". Para la utilización del instrumento *Condiciones de Trabajo Subjetivas*, se solicitó autorización vía correo electrónico al autor principal (Josep Blanch) (*Anexo* H), además este instrumento fue adaptado al lenguaje nacional y para una adecuada interpretación de los resultados obtenidos del cuestionario CTS, se trabajó personalmente con el autor principal en la Universidad Autónoma de Barcelona.

2.4.4) Escala Inventario de Profesionalismo de Hall

La Escala Inventario Profesionalismo de Hall [(71)] (*Anexo E*), es un instrumento de 25 ítems que incorpora una técnica de escala Likert de 5 puntos para medir una puntuación total de profesionalismo y sub-puntuaciones en 5 dimensiones de profesionalidad (uso de organización profesional como referente mayor , creencia en el servicio público,

autonomía, creencia en la autorregulación, y sentido de llamado a la profesión). Las respuestas tipo likert de la escala permiten a los sujetos describir su grado de acuerdo frente a una serie de aseveraciones (5 muy de acuerdo; 1 muy en desacuerdo). Once de los 25 ítems están registrados de manera inversa porque son declaraciones negativas acerca de la profesionalidad. Las puntuaciones totales de la Escala Profesionalidad van en un rango de 25 hasta 125, una puntuación más alta es indicativo de profesionalismo. Para una mayor comprensión de los resultados se decidió trabajar con los promedios de los puntajes obtenidos y no con la sumatoria de ellos, también considerando que un promedio mas alto es indicativo de profesionalismo.

Como el idioma original del instrumento es el ingles, se efectuó la adaptación transcultural al español (Chile) de la escala inventario, para lo cual se preparó una primera versión al español, partiendo de los ítems originales del instrumento en conjunto con una traductora (inglés-español) y un profesor del idioma ingles. A continuación, se aplicó el método inverso con una traducción - retrotraducción con un experto del idioma ingles, quién revisó la traducción y realizó la traducción inversa (retrotraducción), que fue revisada y aprobada por la tesista. Posteriormente se realizó la adaptación lingüística mediante el juicio de 41 profesionales de enfermería (prueba piloto). Finalmente, se consensuó y aprobó una versión definitiva, que permitiera conocer la percepción del profesionalismo del profesional de enfermería.

Para la utilización de la Escala Inventario de Profesionalismo, se solicitó autorización vía correo electrónico al autor (*Anexo* I) .

2.4.5) Escala de Capital Psicológico (CaPsi)

El capital psicológico se medió a través del cuestionario desarrollado por Luthans y cols. en el 2007 [(77)]. El cual está compuesto de cuatro factores: autoeficacia, esperanza, optimismo y resiliencia cada uno de los cuales tiene 6 ítems. La escala de respuesta es tipo likert de 1 («Muy en desacuerdo») a 6 («Muy de acuerdo»). El cálculo de los resultados se realiza a través de la media de las dimensiones.

El instrumento ha sido traducido por los autores a una variedad de idiomas incluido el español, por consiguiente se utilizará la versión en español del CaPsi, (*Anexo F*) que fue adaptada al lenguaje nacional.

Para la utilización de la Escala de Capital Psicológico, se solicitó autorización vía correo electrónico a los autores a través de la corporación Mind Garden (*Anexo* J) .

2.5) CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS

2.5.1) Prueba piloto

Con el fin de determinar el grado de comprensión de los instrumentos recolectores de datos y realizar una adaptación lingüística, en especial de los que se tradujeron al español. Se aplicó una prueba piloto en 41 Profesionales de Enfermería de los servicio de medicina, cirugía y urgencia del Hospital de San Carlos perteneciente a la 8ª región, durante los meses de enero y febrero del año 2016. La aplicación de los instrumentos se realizó en las mismas condiciones descritas para la población a estudiar y fue autorizada por la dirección de dicho establecimiento *(Anexo K).* Durante la ejecución de la prueba piloto se obtuvo buena disposición para participar y no hubieron dificultades en la comprensión de las escalas y cuestionario. El tiempo de aplicación para la totalidad del instrumento fue de 20 a 25 min aproximadamente y se realizó en el mismo servicio del profesional de enfermería, en la sala dispuesta para el descanso de dichos profesionales .

2.5.2) Validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados.

El Instrumento *Karen Personal* en su versión original Sueca, fue probado para determinar su validez de constructo mediante análisis factorial. La varianza total explicada por el instrumento Karen-personal fue de 59,2% y presentó una confiabilidad según coeficiente Alfa de Cronbach de 0,92, [104,105, 106]. Este instrumento *Karen Personal* fue validado en esta investigación mediante análisis factorial exploratorio y

confirmatorio (*Anexo L),* determinándose que la mejor solución factorial exploratoria contiene 14 reactivos agrupados en cuatro constructos que logran explicar el 63.8% de la varianza, con unicidades inferiores a 0.50, a excepción de los reactivos 1, 13, 17 y 32, pero tienen a su vez indicadores MSA de 0.89 . Asi es que, para testear si esta solución tuvo un buen ajuste factorial, se realizó con análisis factorial confirmatorio, que también determinó que había reactivos que debían ser eliminados. Por tanto, con ecuaciones estructurales de máxima verosimiltud se llegó a la solución factorial de Karen Personal con 14 reactivos en cuatro constructos. las cuatro dimensiones que permanecieron de la escala original fueron: L1 Compromiso (con 4 reactivos), L2 Seguridad/Inseguridad, (con 3 reactivos), L3 Satisfacción con el trabajo (con tres reactivos) y L4 Relaciones Psicosociales (con 4 reactivos). La confiabilidad obtenida en la validación local para cada dimensión fue de 0,897; 0,789; 0,839 y de 0,828. Con un Alfa de Cronbach global de 0,860, (Anexo C.1).

Por lo tanto, en los resultados de este estudio serán presentadas, las dimensiones que resultaron de la validación mediante análisis factorial confirmatorio.

El *Cuestionario de Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS)* en su versión original española [27] presenta una adecuada consistencia interna entre los seis factores del cuestionario, agrupados por pares en tres grupos de escalas. El estudio psicométrico indica un coeficiente Alfa de Cronbach 0,96 (en las dimensiones, el alfa oscila entre 0,83 y 0,97), la Varianza explicada es de 66% para las 6 dimensiones. Esta escala fue validada por la tesista en Chile, mediante análisis factorial exploratorio y confirmatorio *(Anexo M).* Determinándose una parte A y una B de la escala como lo había propuesto su autor Josep Blanch empíricamente. La Parte A de la escala referida a los aspectos sociales y materiales del trabajo presentó una varianza de 0.702 al ajustarla en 10 reactivos agrupados en tres constructos, que mostraron ajustes más adecuados. Las dimensiones reflejadas en el análisis factorial confirmatorio fueron: L1 Método de Desarrollo (con 4 reactivos), L2 Entorno Social (con tres reactivos) y L3 Entorno

Material (con tres reactivos), con consistencias internas de 0,883; 0,890 y 0,858 respectivamente y un alfa global para esta parte A de la escala de 0,892.

Por otro lado, la parte B de la escala referida a los aspectos de ajuste y adaptación a la organización, al ser ajustada en 10 reactivos agrupados en dos constructos, presentó una varianza de 0.784 y adecuados índices de ajuste. Las dimensiones reflejadas en el análisis factorial confirmatorio fueron: L1 Ajuste de la organización a la persona y L2 Adaptación de la persona a la organización, con 7 y 3 reactivos respectivamente. Las cuales presentaron coeficientes Alfa de Cronbach de 0,965 y 0,892 respectivamente y una confiabilidad global de 0,944, (Anexo D.1).

Para la presentación de los resultados de la presente investigación, se utilizará la versión validada de la parte A y B de la escala de condiciones de trabajo subjetiva (CTS), versión aprobada por su autor JM. Blanch.

Por su parte, El *Inventario de Profesionalismo de Hall* [(71)] presenta coeficientes de fiabilidad de 0,80 y superior. Por su parte Snizek [(73)] determinó el ajuste empírico de los ítems de Hall en que se referían a las 5 dimensiones para determinar de profesionalismo, utilizando matrices de factores rotados. Los Coeficientes de fiabilidad de las puntuaciones totales de la escala, varían desde 0,78 hasta 0,84. Este instrumento se validó en Chile, mediante análisis factorial exploratorio ya que, la solución mostró que 22 de los 25 reactivos presentaron unicidades superiores a .50 y pesos factoriales en varios casos con valores lábiles y sumado a una varianza total de 32.61% con KMO <.70 son indicadores de una pobre solución factorial, por lo que no fue posible generar un análisis factorial confirmatorio *(Anexo N).* Por lo que, se mantuvo los mismos 25 reactivos agrupados en 5 dimensiones que presentaron en esta validación coeficientes Alfa de Cronbach de 0,73; 0,67; 0,70; 0,67 y 0,43 respectivamente para cada dimensión y una confiabilidad global de α=0,661.

Referente a la escala de *Capital Psicológico (CaPsi),* los alfas de Cronbach de la versión original en inglés, para cada una de las cuatro medidas adaptadas a 6 ítems y la

medida general de CaPsi fueron los siguientes: esperanza (.72, .75, .80, .76); Resiliencia (.71, .71, .66, .72); Autoeficacia (.75, .84, .85, .75); Optimismo (.74, .69, .76, .79); y el CaPsi en general (.88, .89, .89, .89). Aunque la escala de optimismo (.69) y la escala de resiliencia (.66) no alcanzaron niveles generalmente aceptables de consistencia interna, la fiabilidad de la medida general de CaPsi en las cuatro muestras donde fue validada, fue consistentemente superior a los estándares convencionales [(58)]. La versión traducida al español de la escala facilitada por los autores de la misma , no presenta datos psicométricos de validación.

En la validación en Chile realizada por la tesista *(Anexo Ñ)* en este estudio, se utilizó en una primera etapa un análisis factorial exploratorio, en el cual el mejor ajuste correspondió a una matriz con 14 reactivos agrupados en tres constructos, que logran explicar el 60,8% de la varianza, con unicidades inferiores a 0.50, a excepción de os reactivos 9 y 19, pero con indicadores MSA mayores a .90. Por tanto, para testear si esta solución tiene un buen ajuste factorial, se realizó un análisis factorial confirmatorio, siendo la versión reducida a 14 reactivos la que presentó mejores indicadores. Por tanto, con ecuaciones estructurales de máxima versosimilitud se llegó a la solución factorial de CaPsi con 14 reactivos en tres constructos, donde L1 corresponde a la dimensión esperanza, L2 autoeficacia y L3 optimismo (la dimensión resiliencia no quedo representada en esta nueva versión). Los Alfas de Cronbach de la versión validada en Chile, fueron de 0,915; 0,853 y 0,799 respectivamente y una confiabilidad global de 0,919, (Anexo F.1).

Para presentar los resultados en el presente documento, se consideró la versión validada por análisis factorial confirmatorio de la Escala de CaPsi.

2.6) CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación consideró la Declaración de Cumplimiento de las Buenas Prácticas Clínicas *(Anexo O)*, la Declaración de Singapur sobre la integridad en la investigación *(Anexo P)* y para cada etapa de este estudio se consideraran los siete requisitos éticos de E. Emanuel [(230)]:

- Valor

Esta investigación aporta valor social y valor científico. El valor social que se pretende entregar con esta investigación, está relacionado con la posibilidad de evaluar la percepción de la calidad del cuidado de enfermería desde la óptica del prestador del cuidado e identificar la influencia que pueden tener las condiciones de trabajo subjetivas, profesionalismo y capital psicológico sobre dicha percepción de calidad. Con el propósito de cuantificar el fenómeno y entregar las herramientas a los gestores en salud para elaborar estrategias tendientes a la mejora de la calidad del cuidado de enfermería entregado al usuario y con esto mejorar la salud y el bienestar de los usuarios. El valor científico se desprende de la oportunidad que otorga esta investigación al incrementar el conocimiento del tema en nuestro país, ya que hay escasa evidencia empírica de la calidad del cuidado en enfermeras chilenas, así como de sus condiciones de trabajo, profesionalismo y capital psicológico.

- Validez científica

Esta investigación se realizó desde la rigurosidad del método científico. Se plantea como una investigación no experimental, correlacional/explicativa, transversal, comparativa desde la metodología cuantitativa. Sustentada en un marco referencial, con objetivos claros y medibles, con hipótesis posibles de ser contrastadas y con instrumentos con adecuada consistencia interna para la medición de las variables planteadas.

- Selección equitativa de los sujetos

Esta investigación abarcó a la población de estudio, ya que se realizó un censo en los Servicios o Centros de Responsabilidad participantes , otorgando a todos los profesionales de enfermería la oportunidad de participar, sin discriminación y considerando cualquier conflicto de interés

Los resultados de esta investigación ofrecen beneficios a sus participantes, los cuales fueron explicitados en el consentimiento informado y en las relevancias del estudio.

- Razón riesgo/ beneficio favorable

Esta investigación tiene una bajo riesgo al ser este un estudio no experimental, no se realizarán intervenciones en el profesional de enfermería. Por tanto el probable daño ocasionado podría ser muy escaso en comparación de los beneficios para los participantes que significa abordar el fenómeno de estudio. Además esta investigación se realizará respetando la declaración de Helsinki, que considera que: "Toda investigación en seres humanos debe ser precedida de una cuidadosa comparación de los riesgos y costos para las personas y comunidades que participen en la investigación" [(231)].

A pesar de lo anterior, la entrevistadora debe estar preparada en caso de cualquier situación que amerite un mayor apoyo a los entrevistados.

- Evaluación independiente

El proyecto fue revisado por una comisión que no tiene intereses comprometidos en la investigación; fue evaluada su aprobación por el Comité de Ética- Científico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción *(Anexo Q).* Además se presentó a los Comités Éticos-Científicos de cada una de las instituciones de salud participantes, los cuales evaluaron y autorizaron su ejecución (*Anexos R, S, T*).

- Consentimiento informado

Este proyecto consideró la participación voluntaria e informada de los entrevistados. Asegurando la comprensión de la metodología del estudio, su propósito y la colaboración que se desea, dejando en claro los derechos y deberes de los participantes (*Anexo U, V, W,X).*

- Respeto por los sujetos inscritos

Esta investigación además del consentimiento informado, incorpró otras actividades que aseguren el respeto por los participantes del estudio, dentro de los cuales destacan, permitir al sujeto cambiar de opinión y retirarse del estudio sin sanción alguna, mantener confidencialidad con la información recopilada, informar a los participantes de cualquier cambio de la investigación que implique algún riesgo/beneficio para ellos, y finalmente en reconocimiento a la contribución de los sujetos a la investigación se plantearan medidas para informar los resultados.

2.7) MODALIDAD DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Cursados y autorizados los permisos éticos por la Universidad de Concepción y entregados los permisos de los establecimientos hospitalarios participantes, entre febrero y marzo del 2016 se gestionaron contactos y reuniones con las subdirecciones de Enfermería de cada hospital, con el fin de presentar los objetivos del estudio, formas de trabajo y acordar criterios de aplicación. Asimismo se les solicitó el listado de profesionales de enfermería para conocer la población real de estudio y la planilla de turnos para una mejor organización del proceso de recolección de los datos. En un establecimiento hospitalario (hospital 2) se participó en una reunión de coordinadoras enfermeras de los diferentes servicios, para explicar objetivos, solicitar colaboración y admitir las sugerencias para el proceso de recolección de los datos.Tambien en un establecimiento hospitalario (hospital 1), se efectuó encuentros con cada una las jefaturas de los Centros de responsabilidad (medicina, cirugía, urgencia y especialidad médico-quirúrgica) para solicitar colaboración, presentar objetivos, formas de trabajo, acordar criterios de aplicación e incorporar sus sugerencias.

Posterior a estas gestiones, la investigadora principal aplicó los instrumentos entre marzo y junio del 2017. Estas se efectuaron dentro de cada servicio o centro de responsabilidad, según disponibilidad de los profesionales de enfermería y dentro de su

horario de trabajo. Luego de explicar los objetivos del estudio y de que el profesional de enfermería aceptó participar, se firmó el consentimiento informado. Se aplicaron los instrumentos de la siguiente manera: primero se cumplimentarón los antecedentes biosociodemográficos, condición de salud, condiciones trabajo objetivas,condiciones ambientales, valoración del tiempo para realizar su trabajo y las actividades que durante su trabajo le implica(n) una mayor demanda física y mental y las estrategias de afrontamiento de dichas demandas. Luego los instrumentos Karen Personal, Condiciones de Trabajo Subjetivas , Inventario de profesionalismo y finalmente CAPSI. Cada una de las entrevistas duró entre 20 a 25 minutos.

2.8) PROCESAMIENTO DE LOS DATOS ESTADÍSTICOS

La organización, el procesamiento y análisis estadístico de los datos, se realizó con el software R versión 3.2.3 para Windows XP y el programa SPSS versión 15.

2.9) PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Tabla 2 Plan de análisis estadísticos de los datos.

Objetivos	Variables	Tipo de análisis	Estadígrafos utilizados
Describir el perfil biosociodemográfico (sexo, edad, grado académico/postítulo, pertenencia a organizaciones profesionales), condición de salud, condiciones laborales objetivas (turno, remuneración, antigüedad laboral en el puesto de trabajo, antigüedad laboral total, tipo de contrato), tiempo necesario para realizar el trabajo y las	Variables biosociodemográficas, condición de salud, condiciones laborales objetivas y condiciones ambientales	Análisis descriptivo	Media y desviación estándar para variables cuantitativas Frecuencias observadas con %, para variables cualitativas

condiciones ambientales (temperatura,iluminación, ruido, espacio) de los profesionales de enfermería de en estudio.			
Identificar desde el punto de vista del profesional de enfermería la/s actividad (s) que durante su trabajo le implican una mayor demanda física y/o mental.	*Demanda Mental y Fisica*	Análisis descriptivo	Frecuencias observadas y %
Identificar la/s estrategia/s de afrontamiento de la mayor demanda física y/o mental en el trabajo propuestas por el profesional de enfermería en estudio.	*Estrategias de enfrentamiento*	Análisis descriptivo	Frecuencias observadas y %
Describir la percepción del profesional de enfermería en relación a la calidad del cuidado que entrega en términos de: relaciones psicosociales, compromiso, satisfacción con el trabajo, seguridad / inseguridad	*Percepción de la Calidad del Cuidado*	Análisis descriptivo	Media y desviación estándar
Describir las Condiciones de Trabajo Subjetivas en relación a: entorno material, entorno social, método de regulación, método de desarrollo, ajuste de la organización a la persona y adaptación de la persona a la organización, que perciben los profesionales de enfermería en estudio	*Condiciones de Trabajo Subjetivas*	Análisis descriptivo	Media y desviación estándar

Describir el Profesionalismo en relación a: uso de una organización profesional como un referente mayor, creencia en el servicio público, creencia en la autorregulación, sentido de llamando a la profesión y autonomía profesional, de los profesionales de enfermería en estudio.	*Profesionalismo*	Análisis descriptivo	Media y desviación estándar
Describir el Capital Psicológico en relación a: autoeficacia, esperanza, resiliencia y optimismo de los profesionales de enfermería en estudio	*Capital Psicológico*	Análisis descriptivo	Media y desviación estándar
Asociar el perfil biosociodemográfico, condición de salud, condiciones de trabajo objetivas y condiciones ambientales del profesional de enfermería con su percepción de la Calidad del Cuidado	*Variables biosociodemográficas, condición de salud, condiciones laborales objetivas, condiciones ambientales y percepción de la Calidad del Cuidado*	Inferencial bivariado	Coeficiente rho de Spearman Prueba de U de Mann- Whitney Prueba H de Kruskal-Wallis
Establecer las relaciones entre las Condiciones de Trabajo subjetivas, el Profesionalismo y el Capital Psicológico y cada una de sus dimensiones con la percepción de la Calidad del Cuidado que entrega el profesional de enfermería.	Percepción de la Calidad del Cuidado, Condiciones de Trabajo subjetivas, Profesionalismo, Capital Psicológico	Inferencial bivariado	Coeficiente rho de Spearman

Determinar el peso específico de las Condiciones de Trabajo subjetivas y de cada una de sus dimensiones con la percepción de la Calidad del Cuidado que entrega el profesional de enfermería en estudio.	*Condiciones de Trabajo subjetivas*	Inferencial multivariado	Análisis de regresión lineal múltiple Análisis de Ecuaciones Estructurales
Determinar el peso específico del Profesionalismo y de cada una de sus dimensiones con la percepción de la Calidad del Cuidado que entrega el profesional de enfermería en estudio.	*Profesionalismo*	Inferencial multivariado, relación entre variables	Análisis de regresión lineal múltiple Análisis de Ecuaciones Estructurales
Determinar el peso específico del Capital Psicológico y de cada una de sus dimensiones con la percepción de la Calidad del Cuidado que entrega el profesional de enfermería en estudio	*Capital Psicológico*	Inferencial multivariado, relación entre variables	Análisis de regresión lineal múltiple Análisis de Ecuaciones Estructurales

Fuente: Elaboración Propia.

Se indica que la justificación de los estadígrafos empleados para cada una de las variables se detallan en el *Anexo Y*.

3) RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados, según los objetivos específicos del estudio y considerando las escalas validadas para esta investigación.

3.1) ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LOS DATOS

3.1.1) Perfil biosociodemográfico

3.1.1.1) Variables biosociodemográficas

Tabla 3 Distribución de los participantes del estudio según sus principales características biosociodemográficas, desagregado por centro hospitalario.

Características biosociodemográficas	Hospital			Total muestra (n=290)
	Chillán (n=91)	Los Ángeles (n=97)	Talca (n=102)	
Sexo				
Femenino	78(85,7)	69 (71,1%)	82 (80,4%)	229 (79,0%)
Masculino	13(14,3)	28 (2,.9%)	20 (19,6%)	61 (21,0%)
Edad (años)	34,80±10,31	30,67 ± 5,53	30,02±8,17	31,74 ± 8,42
Grado académico/postítulo				
Ninguno	0 (,0%)	0 (,0%)	1 (1,0%)	1 (,3%)
Licenciatura	86 (94,5%)	93 (95,9%)	99 (97,1%)	278 (95,9%)
Magíster	4 (4,4%)	1 (1,0%)	2 (2,0%)	7 (2,4%)
Doctorado	0 (.0%)	0 (,0%)	0 (,0%)	0 (,0%)
Especialidad	1 (1,1%)	3 (3,1%)	0 (,0%)	4 (,4%)
Organización profesional				
Ninguna	41(45,1)	33 (34,0%)	18 (17,6%)	92 (31,7%)
Colegio de Enfermeras	10(11,0)	8 (8,2%)	2 (2,0%)	20 (6,9%)
ASENF*	1 (1,1%)	24 (24,7%)	57 (55,9%)	82 (28,3%)
FENASENF**	0 (,0%)	1 (1,0%)	1 (1,0%)	2 (,7%)
FENPRUSS***	9 (9,9%)	3 (3,1%)	2 (2,0%)	14 (4,8%)
SENF****	0 (,0%)	0 (,0%)	1 (1,0%)	1 (,3%)
FENAT*****	14(15,4)	0 (,0%)	0 (,0%)	14 (4,8%)
Más de una	16(17,6)	28 (28,9%)	21 (20,6%)	65 (22,4%)

ASENF*: Asociación de enfermeras y enfermeros
FENASENF**: Federación nacional de asociaciones de enfermeras y enfermeros de Chile
FENPRUSS***:Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud
SENF****: Sociedad chilena de enfermería en diálisis y transplante
FENAT*****:Federación Nacional de Trabajadores de la Salud
Fuente: Elaboración propia.

De la muestra que abarcó los tres hospitales (tabla 3) se encontró que el 79% fueron mujeres, la media de edad fue de 31,74 ± 8.42 años, el 95,9% indicó poseer grado de licenciatura en enfermería, se destaca que sólo un 2,4% presenta el grado de magíster y el 1,4% alguna especialización. El 31,7% declaró no pertenecer a ninguna organización gremial asociado a su trabajo. La distribución de la muestra y comparación por centro hospitalario también está disponible en la tabla 3.

Como la organización profesional SENF (Sociedad chilena de enfermería en diálisis y transplante) presentó sólo un participante y nadie presentó el grado de doctorado, para el resto de los resultados no se considerarán estas variables.

3.1.1.2) Condición de Salud

Tabla 4 Distribución de los participantes del estudio según su condición de salud, desagregado por centro hospitalario.

Condición de salud	**Hospital**			**Total muestra (n=290)**
	Chillán (n=91)	Los Ángeles (n=97)	Talca (n=102)	
Muy mala	0 (,0%)	0 (,0%)	0 (,0%)	0 (,0%)
Mala	0 (,0%)	0 (,0%)	2 (2,0%)	2 (,7%)
Regular	4 (4,4%)	16 (16,5%)	5 (4,9%)	25 (8,6%)
Buena	66(72,5%)	53 (54,6%)	65 (63,7%)	184 (63,4%)
Muy buena	21(23,1%)	28 (28,9%)	30 (29,4%)	79 (27,2%)

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la condición de salud con que se encuentran los participantes del estudio (tabla 4), se encontró que el 90,6% refirió que es buena o muy buena. Ahora, al desagregar por establecimiento donde labora, el 16,5% del hospital de Los Ángeles indicó que su condición de salud es regular.

3.1.1.3) Variables de Condiciones Trabajo objetivas y Tiempo para realizar el trabajo.

Tabla 5 Distribución de los participantes del estudio según condiciones laborales objetivas, desagregadas por centro hospitalario.

Condiciones Trabajo Objetivas	Hospital			Total muestra (n=290)
	Chillán (n=91)	Los Ángeles (n=97)	Talca (n=102)	
Sistema Turno				
Diurno	19 (20,9%)	7 (7,2%)	19(18,6%)	45 (15,5%)
Cuarto turno	72 (79,1%)	90 (92,8%)	83(81,4%)	245 (84,5%)
Remuneración Bruta *				
500.000-1.000.000	31 (34,1%)	25 (25,8%)	51(50,0%)	107 (36,9%)
1.000.001-1.600.000	59 (64,8%)	72 (74,2%)	49(48,0%)	180 (62,1%)
1.600.001-2.000.000	1 (1,1%)	0 (,0%)	0 (,0%)	1 (,3%)
>2.000.000	0 (,0%)	0 (,0%)	2 (2,0%)	2 (,4%)
Antigüedad laboral puesto trabajo	7,56 ± 8,34	4,12 ± 4,22	3,84 ±7,06	5,10 ± 6,91
Antigüedad laboral total	10,31 ± 10,09	5,53 ± 5,32	4,48 ±7,53	6,66 ± 8,20
Tipo Contrato				
Titular	34 (3,4%)	7 (7,2%)	6 (5,9%)	47 (16,2%)
Plazo fijo	26 (28,6%)	52 (53,6%)	84(82,4%)	162 (55,9%)
Honorarios	18 (19,8%)	24 (24,7%)	0 (,0%)	42 (14,5%)
Reemplazante	13 (14,3%)	14 (14,4%)	12(11,8%)	39 (13,4%)
Tiempo necesario para realizar el trabajo				
1 Falta tiempo	10 (11,0%)	6 (6,2%)	8 (7,8%)	24 (8,3%)
2	10 (11,0%)	8 (8,2%)	10 (9,8%)	28 (9,7%)
3	16 (17,6%)	10 (10,3%)	20(19,6%)	46 (15,9%)
4	22 (24,2%)	27 (27,8%)	25(24,5%)	74 (25,5%)
5	16 (17,6%)	26 (28,6%)	21(20,6%)	63 (21,7%)
6	17 (18,7%)	17 (17,5%)	15(14,7%)	49 (16,9%)
7 Sobra tiempo	0	3 (3,1%)	3 (2,9%)	6 (2,1%)

* 500.000-1.000.000 equivalente a US 789,62- 1579
1.000.001-1.600.000 equivalente a US 1579- 2527 /1.600.001-2.000.000 equivalente a US 2527- 3158/ >2.000.000 equivalente a US 3158 Nov 2017

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 5 muestra las condiciones de trabajo objetivas donde trabajan los enfermeros (as) evaluados en este estudio, encontrándose que el 84.5% labora bajo el sistema de cuarto turno y el 62,1% recibe un suelo entre $500.000-$1.600.000 pesos (CLS) según sistema de turno. Luego, el tiempo promedio que lleva trabajando en el mismo servicio clínico es de 5,10 ± 6,91 años y el tiempo promedio total en que trabaja dentro del área de la Enfermería es de 6,66 ± 8,20 años, siendo los profesionales del hospital de Chillán quienes presentan la mayor cantidad de años trabajando en el mismo servicio clínico y tienen mayor antigüedad total. En cuanto al tipo de contrato, el mayor porcentaje presenta contrato a plazo fijo o contrata y sólo un 16,2% tiene un contrato de carácter titular. Respecto a la jornada laboral un 8,3% señala que le falta tiempo para hacer bien su trabajo con su actual jornada laboral, en cambio un 2,1% señala que le sobra tiempo.

3.1.1.4) Condiciones Ambientales de Trabajo.

Tabla 6 Distribución de los participantes del estudio según condiciones ambientales de trabajo, según centro hospitalario.

Condiciones ambientales	Hospital			Total muestra (n=290)
	Chillán (n=91)	LosÁngeles (n=97)	Talca (n=102)	
Temperatura				
Muy inadecuada	5 (5.5%)	1 (1.0%)	2 (2.0%)	8 (2.8%)
Inadecuada	20 (22.0%)	9 (9.3%)	7 (6.9%)	36 (12.4%)
Intermedia/regular	31 (34.1%)	32 (33.0%)	27 (26.5%)	90 (31.0%)
Adecuada	32 (35.2%)	52 (53.6%)	62 (60.8%)	146 (50.3%)
Muy adecuada	3 (3.3%)	3 (3.1%)	4 (3.9%)	10 (3.4%)
Iluminación				
Muy inadecuada	2 (2.2%)	2 (2.1%)	2 (2.0%)	6 (2.1%)
Inadecuada	14 (15.4%)	4 (4.1%)	0 (.0%)	18 (6.2%)
Intermedia/regular	29 (31.9%)	25 (25.8%)	9 (8.8%)	63 (21.7%)
Adecuada	38 (41.8%)	52 (53.6%)	70 (68.6%)	160 (55.2%)
Muy adecuada	8 (8.8%)	14 (14.4%)	21 (20.6%)	43 (14.8%)
Ruido				
Muy inadecuada	7 (7.7%)	0 (.0%)	3 (2.9%)	10 (3.4%)
Inadecuada	9 (9.9%)	10 (10.3%)	7 (6.9%)	26 (9.0%)
Intermedia/regular	46 (50.5%)	34 (35.1%)	48 (47.1%)	128 (44.1%)
Adecuada	25 (27.5%)	41 (42.3%)	33 (32.4%)	99 (34.1%)
Muy adecuada	4 (4.4%)	12 (12.4%)	11 (10.8%)	27 (9.3%)

Continuación Tabla 6 Distribución de los participantes del estudio según condiciones ambientales desagregadas por centro hospitalario.

Condiciones ambientales	Hospital			Total muestra (n=290)
	Chillán (n=91)	LosÁngeles (n=97)	Talca (n=102)	
Espacio				
Muy inadecuada	9 (9.9%)	2 (2.1%)	2 (2.0%)	13 (4.5%)
Inadecuada	12 (13.2%)	14 (14.4%)	6 (5.9%)	32 (11.0%)
Intermedia/regular	36 (39.6%)	29 (29.9%)	23 (22.5%)	88 (30.3%)
Adecuada	29 (31.9%)	37 (38.1%)	52 (51.0%)	118 (40.7%)
Muy adecuada	5 (5.5%)	15 (15.5%)	19 (18.6%)	39 (13.4%)

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a las condiciones ambientales del lugar de trabajo (tabla 6), mayoritariamente los y las profesionales de enfermería participantes, consideraron la temperatura, iluminación y espacio en su puesto de trabajo como de regular a adecuada Luego, el 44.1% de los encuestados calificaron al nivel de ruido como regular y un 34,1% como adecuado.

3.1.2) Análisis descriptivo de las actividades que durante su trabajo son identificadas por las enfermeras/os como de mayor demanda física y/o mental y sus propuestas de enfrentamiento.

3.1.2.1) Percepción de las actividades que durante su trabajo son identificadas por las enfermeras/os como de mayor demanda física en los hospitales en estudio.

Tabla 7 Actividades que implican mayor demanda física al profesional de enfermería durante su trabajo desagregado por establecimiento hospitalario.

Actividades con mayor demanda física	**Hospital**						
	Chillán (n=91)		Los Ángeles (n=97)		Talca (n=102)		
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	***Total***
Movilización pacientes	60	27,39	76	34,70	83	37,89	219
Permanecer de pie durante tiempos prolongados	54	29,50	68	37,15	61	33,33	183
Visita Médica	56	27,18	69	33,49	81	39,32	206
Sobrecarga de trabajo clínico	57	27,53	72	34,78	78	37,68	207
Cuidado pacientes con alta complejidad	48	28,74	63	37,72	56	33,53	167
Ingreso pacientes	45	28,66	60	38,21	52	33,12	157
Categorización pacientes	28	22,04	49	38,58	50	39,37	127

* Respuestas no excluyentes los participantes podían responder más de una

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 7 se presentan las tareas que son percibidas por el profesional de enfermería participante del estudio como de mayor demanda fisica en su trabajo. Se aprecia que en los tres establecimientos hospitalarios la movilización de pacientes, la sobrecarga de trabajo clinico, la visita médica y el estar en posición de pie por muchas hora, son actividades que generan una mayor demanda física al profesional de enfermería.

3.1.2.2) Percepción de las actividades que durante la jornada laboral implican mayor demanda mental en los hospitales en estudio.

Tabla 8 Actividades que implican mayor demanda mental al profesional de enfermería durante su trabajo desagregado por establecimiento hospitalario.

Actividades con mayor Demanda Mental	Hospital						
	Chillán (n=91)		Los Ángeles (n=97)		Talca (n=102)		
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	***Total***
Atención familiares de usuarios	83	31,55	89	33,84	91	34,60	263
Contención emocional pacientes	79	31,72	83	33,33	87	34,93	249
Actividades administrativas	69	30,80	74	33,03	81	36,16	224
Pacientes con requerimientos especiales	54	30,50	61	34,46	62	35,02	177
Conflictos entre profesionales de enfermería	61	29,46	69	33,33	77	37,19	207
Visita Médica	11	37,93	10	26,17	8	27,58	29
Mala calidad contractual	41	29,28	49	35,0	50	35,71	140
Organización del personal	28	30,43	31	33,69	33	35,86	92
Maltrado de pacientes a funcionarios	23	33,33	18	26,08	28	40,57	69
Insatisfacción personal técnico y auxiliar	14	33,33	9	21,42	19	45,23	42

* Respuestas no excluyentes los participantes podían responder más de una

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 8 se presentan las actividades que son percibidas por el profesional de enfermería participante del estudio como de mayor demanda mental en su trabajo. Se aprecia que en los tres establecimientos hospitalarios la atención de familiares es la

actividad que les genera mayor demanda mental, seguido por la contención emocional de los pacientes. Además las actividades administrativas, los conflictos entre profesionales de enfermería y la mala calidad contractual son indicados en los tres hospitales como causas de mayor demanda mental.

3.1.2.3) Estrategias propuestas por el profesional de enfermería para afrontar la mayor demanda física y/o mental

Tabla 9 Estrategias de enfrentamiento de actividades de mayor demanda física y/o mental en su trabajo, propuesta por el profesional de enfermería deagregado por centro hospitalario.

Estrategias de Enfrentamiento	**Hospital**						
	Chillán (n=91)		Los Ángeles (n=97)		Talca (n=102)		
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	***Total***
Aumentar la dotación de profesionales de enfermería	53	26,76	69	34,84	76	38,38	198
Mayor compromiso y comunicación del personal médico	33	68,75	12	25	3	6,25	48
Mayor fluidez en la atención médica	13	22,41	41	70,68	4	6,89	58
Favorecer estrategias de comunicación entre el personal	21	35	7	11,66	32	53,33	60
Disminuir carga laboral	17	43,58	10	25,64	12	30,76	39
Mejor distribución de las actividades y organización del tiempo del prof. de enfermería	11	27,5	9	22,5	20	50	40
Mejorar categorización pacientes	18	36,73	4	8,16	27	55,10	49
Favorecer trabajo en equipo	21	30	18	25,71	31	44,28	70
Generar espacios para compartir inquietudes	5	15,15	9	27,27	19	57,57	33

* Respuestas no excluyentes los participantes podían responder más de una. Fuente: Elaboración Propia

En la tabla 9 se presentan las estrategias propuestas por el profesional de enfermería para enfrentar las demandas físicas y/o mentales. Se aprecia como primera medida en los tres hospitales el aumento de la dotación de profesionales de enfermería, seguido por favorecer el trabajo en equipo y las estrategias de comunicación entre el personal

3.1.3) Análisis descriptivo y comparativo de la Percepción de la Calidad del Cuidado de Enfermería.

3.1.3.1) Percepción de la Calidad del Cuidado de Enfermería por dimensión.

Tabla 10 Puntajes medios de la percepción de la calidad del cuidado que entrega el profesional de enfermería según centro hospitalario.

Percepción Calidad del Cuidado	**Hospital**			**p-valor***	**Total muestra (n=290)**
	Chillán (n=91)	Los Ángeles (n=97)	Talca (n=102)		
Compromiso (4 ítems)	3,98 ± ,63 α=,826	4,17 ± ,70 α=,924	4,31 ± ,68 α=,914	<,001	4,16 ± ,69 α=,897
Seguridad-inseguridad (3 ítems)	4,28 ± ,66 α=,852	4,32 ± ,66 α=,796	4,48 ± ,63 α=,870	,031	4,37 ± ,65 α=,839
Satisfacción con el trabajo (3 ítems)	4,79 ± ,88 α=,763	4,83 ± ,82 α=,900	4,84 ± ,74 α=,821	,969	4,82 ± ,81 α=,828
Relaciones psicosociales (4 ítems)	3,35 ± .89 α=,777	3,67 ± ,80 α=,807	3,75 ± ,72 α=,759	,010	3,60 ± ,82 α=,789

*Prueba H de Kruskal-Wallis
α=consistencia interna
Fuente: Elaboración propia.

La tabla 10 muestra los valores medios y de dispersión del puntaje obtenido para cada una de las cuatro dimensiones que conforman la variable Calidad del Cuidado (en su versión validada), percibido por las enfermeras (os) del estudio, en una escala de 1 a 5 puntos (donde 1 significa menor calidad y 5, mayor). Encontrándose que salvo la dimensión "Satisfacción con el trabajo", todas las otras presentaron diferencias significativas al comparar sus puntajes por el hospital donde trabajan, de tal modo que los profesionales de enfermería del hospital de Chillán obtuvieron el menor puntaje y los del hospital de Talca, el mayor valor. Además, en relación a los puntajes medios obtenidos la tabla 5 señala, los constructos "satisfacción con el trabajo" y "seguridad/inseguridad" presentaron medias de 4,82±,81 y 4,37±,65 puntos, respectivamente, siendo "relaciones psicosociales" lo que presentó la menor media de todos los constructos, con 3,60 ± ,82 puntos. Por otro lado, los constructos "compromiso" y "seguridad/inseguridad" presentaron las consistencias internas mas elevadas con α=,897 y α=,839 respectivamente.

3.1.4) Análisis descriptivo y comparativo de las Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS).

Las tabla 11 y 12 presentan los puntajes medios (con una desviación típica) de las dimensiones que conforman la variable condiciones de trabajo subjetivas previamente validados con la muestra reclutada en este estudio.

Tabla 11 Puntajes medios de las dimensiones de Condiciones de Trabajo Subjetivas Parte A, según centro hospitalario.

Condiciones de Trabajo Subjetivas	Hospital			p-valor*	Total muestra (n=290)
	Chillán (n=91)	Los Ángeles (n=97)	Talca (n=102)		
Método de desarrollo (4 ítems)	5,07 ± 2,46 α=,904	5,27 ± 2,06 α=,859	5,66 ± 2,06 α=,881	,199	5,34 ± 2,20 α=,883
Entorno Social (3 ítems)	6,23 ± 2,36 α=,884	6,51 ± 2,31 α=,910	7,04 ± 1,64 α=,854	,081	6,61 ± 2,14 α=,890
Entorno Material (3 ítems)	5,62 ± 1,80 α=,875	5,97 ± 1,62 α=,887	5,88 ± 1,71 α=,726	<.001	5,83 ± 1,71 α=,850

*Prueba H de Kruskal-Wallis
α=consistencia interna
Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 11 se presentan las medias del puntaje obtenido para la escala que evalúa condiciones de trabajo subjetivas parte A, la cual está valorada en una escala de 1 a 10 puntos, donde más cercano al máximo es indicativo de mejores condiciones de trabajo.

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa para el puntaje de la dimensión tres "entorno material" según hospital donde trabaja la (el) enfermero, el mayor puntaje emanado lo obtuvieron enfermeras (os) del hospital de Talca, y la menor media, funcionarios del hospital de Chillán.

La dimensión "entorno social" presentó la media más alta, con 6,61 ± 2,14 puntos y con una consistencia interna de α=.890, sin diferencias estadísticamente significativas entre los tres hospitales estudiados. Luego, la dimensión que presentó el menor puntaje fue el de "método de desarrollo" con una media de 5,34 ± 2,20 puntos y α=,883, encontrándose medias estadísticamente diferentes en los tres hospitales evaluados, siendo el hospital de Chillán quien presentó el menor puntaje medio de esta serie.

Tabla 12 Puntajes medios de las dimensiones de Condiciones de Trabajo Subjetivas Parte B, según centro hospitalario.

Condiciones de Trabajo subjetivas	Hospital			p-valor*	Total muestra (n=290)
	Chillán (n=91)	Los Ángeles (n=97)	Talca (n=102)		
Ajuste organización persona (7 ítems)	6,14 ± 2,52 α=,971	6,96 ± 1,86 α=,955	7,30 ± 1,96 α=,960	,003	6,82 ± 2,17 α=,965
Adaptación persona a organización (3 ítems)	8,12 ± 1,80 α=,921	8,20 ± 1,54 α=,916	8,47 ± 1,37 α=,819	,490	8,27 ± 1,58 α=,892

*Prueba H de Kruskal-Wallis
α=consistencia interna
Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 12 se presentan las medias del puntaje obtenido para la escala que evalúa condiciones de trabajo subjetivas parte B, la cual está valorada en una escala de 1 a 10 puntos, donde más cercano al máximo es indicativo de mejores condiciones de trabajo.

En cuanto a los puntajes de las dimensiones "ajuste de la organización a la persona" y "adaptación de la persona a la organización" (segunda parte del instrumento que evalúa condiciones de trabajo subjetivas) se encontró que, en la dimensión "ajuste de la organización a la persona" hubo una diferencia estadísticamente significativa al compararla con el tipo de hospital donde labora el sujeto, obteniendo el mayor puntaje enfermeras (os) del hospital de Talca y el menor puntaje, para los del hospital de Chillán.

La dimensión "adaptación de la persona a la organización" presentó la media más alta, con 8,27 ± 1,58 puntos y con una consistencia interna de α=,892, sin diferencias estadísticamente significativas entre los tres hospitales estudiados. El hospital de Chillán fue quien presentó el menor puntaje medio de esta serie.

3.1.5) Análisis descriptivo y comparativo del nivel de Profesionalismo.

Tabla 13 Puntajes medios de las dimensiones del profesionalismo de los(as) enfermero(as), según centro hospitalario.

Profesionalismo	Hospital			p-valor	Total muestra (n=290)
	Chillán (n=91)	Los Ángeles (n=97)	Talca (n=102)		
Organización como referente mayor (5 ítems)	3,42 ± ,54 α=,308	3,42 ± ,51 α=,355	3,43 ± ,52 α=,377	,952*	3,42 ± ,52 α=,334
Creencia servicio público (5 ítems)	4,02 ± ,62 α=,456	3,98 ± ,54 α=,485	4,12 ± ,56 α=,519	,178*	4,04 ± ,57 α=,489
Creencia autorregulación (5 ítems)	3,30 ± ,70 α=,580	3,49 ± ,57 α=,513	3,52 ± ,56 α=,516	,055*	3,44 ± ,60 α=,546
Sentido llamado a la profesión (5 ítems)	3,22 ± ,64 α=,636	3,42 ± ,50 α=,316	3,47 ± ,67 α=,696	,014*	3,38 ± ,62 α=,595
Autonomía (5 ítems)	3,26 ± ,52 α=,195	3,24 ± ,48 α=,181	3,33 ± ,44 α=,076	.359*	3,28 ± ,48 α=,092

*Prueba H de Kruskal-Wallis
α=consistencia interna
Fuente: Elaboración propia.

La tabla 13 muestra los valores medios y de dispersión del puntaje obtenido para cada una de las cinco dimensiones que conforman la variable Profesionalismo (medido con el instrumento en base a su estructura original) percibido por las enfermeras (os) del estudio. Se encontraron medias (en escala de 1 a 5 puntos) que fluctúan en los 3 puntos, siendo el constructo “creencia servicio público” quien presentó la media más alta, con 4,04 ± ,57 puntos. En cuanto a las consistencias internas de los puntajes, los cinco constructos presentaron valores alfas inferiores a 0,70. Encontrándose que las dimensiones “creencia en la autoregulación” y “sentido de llamado a la profesión”

presentaron diferencias significativas al comparar sus puntajes por el hospital donde trabajan, de tal modo que los profesionales de enfermería del hospital de Chillán obtuvieron el menor puntaje y los del hospital de Talca, el mayor valor.

3.1.6) Análisis descriptivo y comparativo del Capital Psicológico.

Tabla 14 Puntajes medios de las dimensiones del Capital Psicológico (CaPsi) de los profesionales de enfermería según centro hospitalario.

Capital Psicológico	**Hospital**			**p-valor***	**Total muestra (n=290)**
	Chillán (n=91)	Los Ángeles (n=97)	Talca (n=102)		
Esperanza	5,01 ± ,85	5,00 ± ,66	5,04 ± ,60	,712	5,01 ± ,70
(5 ítems)	α=,883	α=,860	α=,797		α=,854
Autoeficacia	5,15 ± ,85	5,20 ± ,59	5,23 ± ,46	,960	5,20 ± ,42
(6 ítems)	α=,953	α=,919	α=,799		α=,915
Optimismo	4,88 ± ,89	4,94 ± ,71	4,95 ± ,70	,997	4,93 ± ,77
(3 ítems)	α=,850	α=,810	α=,731		α=,800

*Prueba H de Kruskal-Wallis
α=consistencia interna
Fuente: Elaboración propia.

La tabla 14 indica las puntuaciones medias del capital psicológico evaluado en los (as) enfermeros (as) del estudio, con una escala de 1 a 6 puntos (entre más cercano a 6 puntos, amerita mayor capital psicológico). Se encontró una media global de 5,04± ,59 puntos para toda la muestra estudiada, sin diferencias estadísticamente significativas por el hospital donde labora y con consistencias internas superiores a 0,85. Ahora, el constructo con mayor puntuación fue “autoeficacia” con 5,20 ± ,59 puntos y el resto fluctúan entre 4,88 y 5,23 puntos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas de los puntajes medios de todos los constructos al compararlos por centro hospitalario.

3.1.7) Análisis descriptivo y comparativo de los puntajes globales de las escalas de Percepción de la Calidad del Cuidado, Condiciones de Trabajo subjetivas (A y B), Profesionalismo y Capital Psicológico.

Tabla 15 Puntajes globales de la Percepción de la Calidad del Cuidado, Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS), Profesionalismo y Capital Psicológico (CaPsi) de los profesionales de enfermería, según centro hospitalario.

Escalas	**Hospital**			**p-valor***	**Total muestra (n=290)**
	Chillán (n=91)	Los Ángeles (n=97)	Talca (n=102)		
Percepción Calidad Cuidado Total	4,10 ± ,52	4,24 ± ,51	4,34 ± ,46	,003	4,23 ± ,51 α=,860
CTS ** parte A	5,77 ± 1,87	6,31 ±1,58	6,65 ± 1,32	,004	6,26 ± 1,63 α=,892
CTS ** parte B	7,12 ± 1,86	7,57 ± 1,52	7,88 ± 1,43	,010	7,54 ± 1,63 α=,944
CTS Total	6,31 ± 1,73	6,81 ± 1,44	7,15 ± 1,28	,003	6,77 ± 1,52
Profesionalismo Total	3,44 ± ,36	3,51 ± ,30	3,57 ± ,32	,050	3,51 ± ,33 α=,661
Capsi Total	5,01 ± ,74	5,04 ± ,57	5,07 ± ,46	,918	5,04 ± ,59 α=,919

*Prueba H de Kruskal-Wallis
α=consistencia interna
**CTS: Condiciones de trabajo subjetivas
Fuente: Elaboración propia.

Considerando los puntajes globales de los instrumentos, la tabla 15 muestra que la puntuación de la percepción de la Calidad del Cuidado tuvo un promedio de 4,23 ± ,51 puntos en los tres hospitales estudiados y con una consistencia interna de α=.860. Luego, al comparar los puntajes de la percpeción de la Calidad del Cuidado en los tres hospitales, se encontró significancia estadística, de modo que los profesionales de enfermería del hospital de Talca presentan las puntuaciones mas altas 4,34 ± ,46 y los del hospital de Chillán el menor valor 4,10 ± .52. En cuanto a las condiciones de trabajo subjetivas, se aprecia que estas, obtuvieron una media global de 6,77 ± 1,52, con una puntuación para la parte A del instrumento de 6,26 ± 1,63 y una consistencia interna de α=,892 y una puntuación para la parte B de 7,54 ± 1,63 y una consistencia interna de α=,944. Para esta variable tambien se encontró significancia estadística, es así como el hospital de Talca presenta las puntuaciones más altas en Condiciones de Trabajo subjetivas.

En referencia el Profesionalismo se encontró una media global en los tres hospitales de 3,51 ± ,33 y una consistencia interna de α=,661. También se aprecia significancia estadística al comparar con los otros hospitales, es así como el hospital de Talca presenta las puntuaciones más altas de Profesionalismo 3,57 ± ,32.

Finalmente, la media global de Capital Psicológico para los tres hospitales fue de 5,04 ± ,59

con una consistencia interna de α=.919. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas del puntaje medio global de Capital Psicológico al compararlos por centro hospitalario.

3.2) ANÁLISIS CORRELACIONAL DE LOS DATOS

3.2.1) Relaciones entre las dimensiones de Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS), Profesionalismo y Capital Psicológico con las características biosociodemograficas de los participantes del estudio.

Tabla 16 Correlación entre la edad de los participantes del estudio con las dimensiones de las Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS).

Condiciones de Trabajo Subjetivas	**Coeficiente / p-valor**	**Edad**
CTS parte A		
Método Desarrollo	Rho Spearman	-0,270(**)
	p-valor	0,000
Entorno Social	Rho Spearman	-0,131(*)
	p-valor	0,026
Entorno Material	Rho Spearman	-0,155(**)
	p-valor	0,008
CTS parte A Total	Rho Spearman	-0,240(**)
	p-valor	0,000
CTS parte B		
Ajuste O-P	Rho Spearman	-0,237(**)
	p-valor	0,000
Adaptación P-O	Rho Spearman	-0,072
	p-valor	0,220
CTS parte B Total	Rho Spearman	-0,204(**)
	p-valor	0,000
CTS Total (A y B)	Rho Spearman	-0,246(**)
	p-valor	0,000

*La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).
** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).
Fuente: Elaboracion Propia.

En la tabla 16 se observa que la variable independiente edad presentó correlaciones con distintas dimensiones de las condiciones de trabajo Subjetivas (CTS), sin embargo, los coeficientes de correlación observados son todos inferiores a 0,30. Es así como la edad, se relaciona significativamente y de modo inverso con las dimensiones método de

desarrollo, entorno social y material de la parte A de la escala de CTS y con la dimensión ajuste de la organización a la persona de la parte B y con los puntajes totales de ambas partes A y B de la escala.

Tabla 17 Puntuaciones medias de las primeras tres dimensiones para Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS), según características individuales de los participantes del estudio.

Características	Condiciones de Trabajo Subjetivas parte A			
	Método Desarrollo	Entorno Social	Entorno Material	CTS parte A Total
Sexo **	P=0,846	P=0,535	P=0,198	P= 0,189
Mujer	5,33 ± 2,27	6,46 ± 2,19	6,78 ± 1,78	6,19 ± 2,21
Hombre	5,39 ± 1,93	7,15 ± 1,87	7,10 ± 1,46	6,54 ± 1,86
Grado académico *	P=0,160	P=0,509	P=0,252	P=0,886
Licenciatura	5,37 ± 2,20	6,60 ± 2,15	6,84 ± 1,73	6,27 ± 2,13
Magíster	3,96 ± 1,96	6,00 ± 1,81	6,29 ± 1,63	5,41 ± 1,73
Especialidad	6,56 ± 1,48	7,58 ± 1,60	8,42 ± 0,91	7,52 ± 1,61
Organización profesional *	p=0,539	p=0,086	P=0,078	P=0,391
Ninguna	5,41 ± 2,20	6,55 ± 2,35	6,69 ± 1,76	6,20 ± 2,36
Colegio de Enfermeras	4,72 ± 2,65	6,45 ± 2,42	6,32 ± 1,62	5,83 ± 2,62
ASENF	5,47 ± 2,16	6,83 ± 1,80	7,28 ± 1,38	6,52 ± 2,12
FENASENF	5,38 ±1,59	5,50 ± 1,18	8,17 ± 0,24	8,17 ± 0,24
FENPRUSS	4,68 ± 2,31	5,48 ± 2,47	5,60 ± 2,24	6,35 ± 2,25
FENAT	4,79 ± 2,19	5,43 ± 1,95	5,69 ± 2,03	5,30 ± 2,17
Más de una	5,58 ± 2,10	6,95 ± 1,99	7,15 ± 1,65	6,56 ± 1,85

*Prueba H de Kruskal-Wallis. ** Prueba U de Mann-Whitney.
Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 17 se observa la diferencia de medias entre las variables individuales de tipo cualitativas y las condiciones de trabajo subjetivas parte A percibidas por los enfermeros/as participantes del estudio. Se puede ver que ni el sexo, grado académico ni la participación o no participación en una organización profesional están asociadas a

las dimensiones de las condiciones de trabajo subjetivas parte A , ni a las CTS totales parte A.

Tabla 18. Puntuaciones medias de las últimas dos dimensiones para Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS) según características individuales de los participantes del estudio.

Características	Condiciones de Trabajo Subjetivas parte B		
	Ajuste O-P	Adaptación P-O	CTS parte B Total
Sexo **	P=0,058	P=0,429	P=0,551
Mujer	6,71 ± 2,26	8,31 ± 1,57	7,51 ± 2,12
Hombre	7,23 ± 1,76	8,13 ± 1,60	7,73 ± 1,80
Grado académico*	P=0,212	p=0,778	p=0,841
Licenciatura	6,84 ± 2,17	8,27 ± 1,58	7,37 ± 1,98
Magíster	5,76 ± 2,07	7,90 ± 1,64	6,83 ± 2,07
Especialidad	7,86 ± 1,47	8,83 ± 1,29	8,34 ± 1,48
Organización profesional *	P=0,068	P=0,880	p=0,863
Ninguna	6,87 ± 2,17	8,25 ± 1,57	7,56 ± 1,97
Colegio de Enfermeras	6,26 ± 2,53	8,58 ± 1,34	7,42 ± 2,34
ASENF	7,01 ± 2,05	8,20 ± 1,67	8,20 ± 1,87
FENASENF	7,79 ± 1,31	8,50 ± 0,71	8,14 ± 1,41
FENPRUSS	5,76 ± 2,56	7,76 ± 1,62	7,60 ± 1,92
FENAT	5,69 ± 2,32	8,19 ± 1,63	6,94 ± 2,36
Más de una	7,18 ± 1,97	8,39 ± 1,55	7,78 ± 1,59

*Prueba H de Kruskal-Wallis. ** Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente : Elaboración Propia.

En la tabla 18 se observa la diferencia de medias entre las variables individuales de tipo cualitativas y las condiciones de trabajo subjetivas parte B percibidas por los enfermeros/as participantes del estudio. Se puede ver que ni el sexo, grado académico ni la participación o no participación en una organización profesional están asociadas a

las dimensiones de las condiciones de trabajo subjetivas parte B , ni a las CTS totales parte B.

Tabla 19 Correlaciones entre la edad de los participantes del estudio con las dimensiones de Profesionalismo.

Profesionalismo	**Coeficiente / p-valor**	**Edad**
Organización Profesional como referente	Rho Spearman	-0,167(**)
	p-valor	0,004
Creencia en el Servicio Publico	Rho Spearman	0,45
	p-valor	0,447
Creencia en la Autorregulación	Rho Spearman	-0,194(**)
	p-valor	0,001
Sentido de llamado a la profesión	Rho Spearman	-0,162(**)
	p-valor	0,006
Autonomía	Rho Spearman	-0,124(*)
	p-valor	0,035
Profesionalismo Total	Rho Spearman	-0,218(**)
	p-valor	0,000

*La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).
** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).
Fuente: Elaboración Propia.

La tabla 19 muestra que la edad presentó correlaciones estadísticamente significativas, sin embargo, los coeficientes de correlación observados son todos inferiores a 0,30. La edad se relacionó significativa y negativamente con las dimensiones organización profesional como referente, creencia en la autorregulación, sentido de llamado a la profesión y autonomía, además se correlacionó con el puntaje total de profesionalismo.

Tabla 20. Puntuaciones medias de las cinco dimensiones originales que forman Profesionalismo desagregado por características individuales de los participantes del estudio

Características	Profesionalismo					
	Organización como referente mayor	Creencia en el Servicio Público	Creencia Auto regulación	Sentido de llamado a la profesión	Autonomía	Prof. Total
Sexo **	P=0,528	P=0,223	P=0,319	P=0,179	P=0,669	P=0,326
Mujer	3,41 ± 0,54	4,06 ± 0,59	3,42 ± 0,61	3,46 ± 0,63	3,27 ± 0,48	3,52 ± 0,53
Hombre	3,46 ± 0,44	3,98 ± 0,51	3,51 ± 0,60	3,49 ± 0,56	3,32 ± 0,45	3,36 ± 0,49
Grado académico*	P=0,178	P=0,180	P=0,251	P=0,502	P=0,697	P=0,743
Licenciatura	3,42 ± 0,52	4,05 ± 0,57	3,44 ± 0,60	3,38 ± 0,62	3,28 ± 0,62	3,83 ± 0,35
Magíster	3,43 ± 0,41	3,86 ± 0,77	3,20 ± 0,72	3,20 ± 0,67	3,26 ± 0,67	3,97 ± 0.64
Especialidad	3,90 ± 0,48	4,40 ± 0,43	3,80 ± 0,73	3,40 ± 0,28	3,30 ± 0,28	4,12 ± 0,30
Organización profesional *	P=0,275	P=0,330	P=0,097	P=0,041	P=0,408	P=0,856
Ninguna	3,45 ± 0,56	3,93 ± 0,63	3,46 ± 0,58	3,40 ± 0,56	3,21 ± 0,51	3,89 ± 0,35
Colegio de Enfermeras	3,53 ± 0,44	4,20 ± 0,36	3,58 ± 0,57	3,22 ± 0,66	3,21 ± 0,43	3,44 ± 0,07
ASENF	3,42 ± 0,50	4,07 ± 0,54	3,50 ± 0,61	3,52 ± 0,59	3,35 ± 0,47	3,94 ± 0,28
FENASENF	3,90 ± 0,14	4,00 ± 0,00	3,90 ± 0,42	3,70 ± 0,14	3,70 ±0,42	3,81 ± 0,00
FENPRUSS	3,14 ± 0,41	4,09 ± 0,58	3,30 ± 0,73	3,14 ± 0,39	3,21 ± 0,51	3,61 ± 0,54
FENAT	3,37 ± 0,47	3,99 ± 0,61	3,04 ± 0,82	2,96 ± 0,68	3,17 ± 0,35	3,61 ± 0,27
Más de una	3,42 ±0,55	4,14 ± 0,58	3,40 ± 0,53	3,33 ± 0,70	3,33 ± 0,47	3,99 ± 0,27

*Prueba H de Kruskal-Wallis. ** Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente : Elaboración Propia.

En la tabla 20 se observa la diferencia de medias entre las variables individuales de tipo cualitativas y el profesionalismo percibido por los enfermeros/as participantes del estudio. Se puede ver que ni el sexo, grado académico ni la participación o no participación en una organización profesional están asociadas a las dimensiones del profesionalismo ni al valor total del mismo.

Tabla 21 Correlaciones entre edad de los participantes del estudio con las dimensiones del Capital Psicológico (CaPsi).

Capital Psicológico	Coeficiente / p-valor	Edad
Esperanza	Rho Spearman	-0,031
	p-valor	0,597
Autoeficacia	Rho Spearman	0,155(**)
	p-valor	0,008
Optimismo	Rho Spearman	-0,056
	p-valor	0,338
CaPsi Total	Rho Spearman	0,004
	p-valor	0,951

*La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).
** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla 21 muestra que la edad sólo presenta correlaciones estadísticamente significativas con la dimensión Autoeficacia del Capital Psicológico, sin embargo, el coeficiente de correlación observado es inferior a 0,30.

Tabla 22. Puntuaciones medias de las tres dimensiones que forman Capital Psicológico (CaPsi) de los participantes del estudio desagregado por sus características individuales

Características	Capital Psicológico			
	Esperanza	Autoeficacia	Optimismo	CaPsi Total
Sexo **	P=0,604	P=0,576	P=0,481	P=0,910
Mujer	5,01 ± 0,74	5,19 ± 0,68	4,91 ± 0,80	4,90 ± 0,45
Hombre	5,05 ± 0,54	5,24 ± 0,49	4,99 ± 0,60	4,96 ± 0,42
Grado académico *	P=0,276	P=0,284	P=0,899	P=0,829
Licenciatura	5,02 ± 0,70	5,20 ± 0,65	4,92 ± 0,77	4,90 ± 0,41
Magíster	4,69 ± 0,81	4,93 ± 0,23	5,05 ± 0,56	4,93 ± 0,57
Especialidad	5,55 ± 0,44	5,71 ± 0,39	5,17 ± 0,64	5,05 ± 0,72
Organización profesional *	P=0,163	P=0,048	P=0,137	P=0,221
Ninguna	4,94 ± 0,82	5,06 ± 0,72	4,87 ± 0,79	4,87 ± 0,79
Colegio de Enfermeras	5,05 ± 0,62	5,29 ± 0,49	5,22 ± 0,62	5,22 ± 0,62
ASENF	5,01 ± 0,63	5,21 ± 0,64	4,96 ± 0,75	4,96 ± 0,75
FENASENF	4,60 ± 0,28	4,67 ± 0,47	5,17 ± 0,24	5,17 ± 0,24
FENPRUSS	4,61 ± 0,86	5,00 ± 0,67	4,45 ± 0,85	4,45 ± 0,85
FENAT	5,24 ± 0,53	5,56 ± 0,49	4,71 ± 0,93	4,71 ± 0,93
Más de una	5,16 ± 0,59	5,32 ± 0,58	5,02 ± 0,71	5,02 ± 0,71

*Prueba H de Kruskal-Wallis. ** Prueba U de Mann-Whitney.
Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 22 se observa la diferencia de medias entre las variables individuales de tipo cualitativas y el Capital Psicológico percibido por los enfermeros/as participantes del estudio. Se puede ver que ni el sexo, grado académico ni la participación o no participación en una organización profesional están asociadas a las dimensiones del Capital Psicológico ni a su valor total.

3.2.2) Relaciones entre características biosociodemograficas, de salud, condiciones de trabajo objetivas y condiciones ambientales con la percepción de la calidad del cuidado de los participantes del estudio.

Tabla 23 Correlaciones entre la edad, condición de salud, condiciones laborales objetivas (antiguedad en el puesto, antiguedad laboral total, tiempo necesario para realizar trabajo) y condiciones ambientales de trabajo con la calidad del cuidado percibida por los participantes del estudio.

Variables independientes	Coeficiente / p-valor	Percepción Calidad Cuidado Total
Edad	Rho Spearman	-,156(**)
	p-valor	,008
cond salud	Rho Spearman	,153(**)
	p-valor	,009
	p-valor	,484
antig puesto	Rho Spearman	-,187(**)
	p-valor	,001
antig total	Rho Spearman	-,183(**)
	p-valor	,002
	p-valor	,102
tiempo nec.	Rho Spearman	,092
	p-valor	,118
temperatura	Rho Spearman	,157(**)
	p-valor	,008
iluminación	Rho Spearman	,172(**)
	p-valor	,003
ruido	Rho Spearman	,016
	p-valor	,789
Espacio	Rho Spearman	,163(**)
	p-valor	,005

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).
** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).
Fuente: Elaboración Propia.

La tabla 23 señala la matriz de correlaciones entre las variables individuales de tipo cuantitativas y la calidad del cuidado total percibida por los enfermeros (as) que participaron del estudio. Se puede ver que ninguna correlación fue superior a 0,30, aunque estadísticamente varias presentaron valores p<0,05. En este último contexto, destaca que la edad, antigüedad en el puesto de trabajo y total presentaron correlaciones inversamente proporcionales al puntaje de calidad del cuidado total. Ahora, las variables condición de salud, temperatura, iluminación y espacio, se correlacionaron de manera directamente proporcional con el puntaje global de la escala de percepción de la calidad del cuidado. Luego, tiempo necesario para realizar su trabajo (valorada entre 1 falta tiempo hasta 7 sobra tiempo para realizar el trabajo) no se asoció estadísticamente a la percepción de la calidad del cuidado total.

Tabla 24 Diferencia de medias entre sexo, sistema de turno, remuneración y organización profesional con la percepción de la calidad del cuidado percibida por los participantes del estudio.

Variable independiente		n	Rango medio	Percepción Calidad Cuidado Total
				Valor p*
Sexo	Femenino	229	143,22	0,369
	Masculino	61	154,07	
Turno	Diurno	45	136,57	0,437
	Cuarto turno	245	147,14	
Remuneración[+]	500.000- 1M[++]	107	147,86	0,543
	1000001-1000.600	180	141,7	
Organización P[+++]	Si pertenece	198	145,57	0,983
	No pertenece	92	145,35	

*Prueba U de Mann-Whitney [+] Dado que en los grupos 3 y 4 tienen uno y dos representantes respectivamente , se opto por comparar los dos primeros grupos solamente.

[++]500.000-1.000.000 equivalente a US 743,5- 1487 / 1.000.001-1.600.000 equivalente a US 1488- 2379

[+++] La Variable Organización Profesional fue recodificada para esta relación

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla 24 señala la diferencia de medias entre las variables individuales de tipo cualitativas y la calidad del cuidado total percibida por los enfermeros(as) que participaron del estudio. Se puede ver que ni el sexo, sistema de turnos en que se desempeña el profesional de enfermería, ni la remuneración o la pertenencia o no pertenencia a una organización profesional están asociadas a la percepción de la calidad del cuidado global.

Tabla 25 Analisis de la varianza entre las variables biosociodemográficas (organizacion profesional y grado acádemico-postítulo) y el tipo de contrato con la calidad del cuidado percibida por los participantes del estudio.

Variable independiente		n	Rango medio	Percepción de la Calidad Cuidado Total
				Valor p+
Grado Académico/ postítulo	Licenciado	278	146,33	0,046*
	Magíster	7	71,93	
	Especialidad	4	180,38	
Tipo Contrato	Indefinido/Titular	47	117,94	0,106
	Contrata/Plazo Fijo	162	151,52	
	Honorarios	42	148,1	
	Reemplazante (a plazo fijo)	39	150,92	

+ Prueba de H de Kruskal-Wallis
* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)
** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)
Fuente : Elaboración Propia

La tabla 25 señala que existen diferencias estadísticamentes significativas entre el grado académico/ postítulo con la calidad del cuidado total percibida por los enfermeros (as) que participaron del estudio. De esta manera, los profesionales de enfermería que presentan una especialidad perciben una calidad del cuidado mayor que los profesionales de enfermería que tienen otro tipo de grado académico.

3.2.3) Relaciones entre las dimensiones de las Condiciones de Trabajo Subjetivas, Profesionalismo y Capital Psicológico con las dimensiones de la Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio.

Tabla 26 Correlaciones entre las dimensiones de las Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS) Parte A y B y las dimensiones de la Calidad de Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290).

Percepción Calidad Cuidado	Coeficiente / p-valor	Condiciones de Trabajo Subjetivas						
		Método desarrollo	Entorno Social	Entorno Material	Ajuste O-P	Adaptación P-O	CTS A_total	CTS B_total
Compromiso	Rho Spearman	,125(*)	,115(*)	,193(**)	,213(**)	,177(**)	,178(**)	,241(**)
	p-valor	0,033	0,05	0,001	0,000	0,002	0,002	0,000
Seguridad/Inseguridad	Rho Spearman	,115(*)	,111(**)	,138(*)	,219(**)	,264(*)	,142(*)	,262(**)
	p-valor	0,05	0,059	0,019	0,000	0,000	0,016	0,000
Satisfacción	Rho Spearman	0,042	,134(*)	0,108	,140(*)	,226(**)	0,11	,200(**)
	p-valor	0,478	0,023	0,066	0,017	0,000	0,062	0,001
Relaciones Psicosociales	Rho Spearman	,324(**)	,619(**)	,279(**)	,453(**)	,282(**)	,505(**)	,440(**)
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Percepción Calidad Cuidado total	Rho Spearman	,247(**)	,390(**)	,267(**)	,399(**)	,334(**)	,373(**)	,428(**)
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).
Fuente: Elaboración Propia.

La tabla 26 señala las correlaciones entre las Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS) en su parte A y B y la Calidad del Cuidado percibida por los enfermeros (as) que participaron del estudio. Se puede ver que, todas las dimensiones del las CTS presentarón correlaciones estadísticamente significativas y positivas con las dimensiones: Compromiso, Seguridad/Inseguridad, Relaciones Psicosociales de la percepción de la Calidad del Cuidado. En este mismo sentido, las dimensiones entorno social, Ajuste O-P y Adaptación P-O de las CTS, presentarón correlaciones estadísticamente significativas y positivas con la dimensión Satisfacción de la percepción de la Calidad del Cuidado. Además todas las dimensiones de las Condiciones de Trabajo subjetivas (CTS) en sus valores totales correlacionaron significativamente y de modo directo con la percepción de la Calidad de Cuidado total, por lo que a mayor valoración de las Condiciones de Trabajo Subjetivas mayor es la valoración de la Calidad del Cuidado.

Tabla 27 Correlaciones entre las dimensiones de Profesionalismo con las dimensiones de la Calidad de Cuidado percibido por los participantes del estudio (n=290).

Percepción Calidad Cuidado	Coeficiente / p-valor	Profesionalismo					
		Organización profesional como referente	Creencia en el Servicio Público	Creencia Auto Regulacion	Sentido de llamado profesión	Autonomía	prof_total
Compromiso	Rho Spearman	0,052	,162(**)	,297(**)	,295(**)	0,111	,323(**)
	p-valor	0,381	0,006	0,000	0,000	0,058	0,000
Seguridad/ Inseguridad	Rho Spearman	,181(**)	,220(**)	,261(**)	,180(**)	,126(*)	,348(**)
	p-valor	0,002	0,000	0,000	0,002	0,031	0,000
Satisfacción	Rho Spearman	,168(**)	0,072	,182(**)	,137(*)	,179(**)	,273(**)
	p-valor	0,004	0,222	0,002	0,019	0,002	0,000
Relaciones Psicosociales	Rho Spearman	,167(**)	0,04	,343(**)	,306(**)	0,103	,336(**)
	p-valor	0,004	0,501	0,000	0,000	0,08	0,000
Percepción Calidad Cuidado total	Rho Spearman	,199(**)	,163(**)	,392(**)	,325(**)	,178(**)	,455(**)
	p-valor	0,001	0,005	0,000	0,000	0,002	0,000

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).
* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).
Fuente: Elaboración Propia.

La tabla 27 señala las correlaciones entre el Profesionalismo y la Calidad del Cuidado percibida por los enfermeros (as) que participaron del estudio. Se puede ver que algunas correlaciones fueron superiores a 0,30, y que presentaron valores p<0,01. En este último contexto se aprecia que casi todas las dimensiones del profesionalismo están correlacionadas directamente con alguna dimensión de la percepción de la Calidad del Cuidado. Además el puntaje total de profesionalismo correlacionó positivamente con cada una de las dimensiones que conforma la escala de percepción de la Calidad del Cuidado (valor total), indicando que un puntaje mayor de profesionalismo se traduce en una valoración mayor de la percepción de la Calidad del Cuidado por las enfermeras/os en estudio.

Tabla 28. Correlaciones entre las dimensiones del Capital Psicológico (CaPsi) y las dimensiones de la Calidad del Cuidado percibido por los participantes del estudio (n=290).

Percepción Calidad Cuidado	Coeficiente / p-valor	Capital Psicológico			
		Esperanza	Autoeficacia	Optimismo	CaPsi_total
Compromiso	Rho Spearman	,184(**)	,221(**)	,258(**)	,261(**)
	p-valor	0,002	0,000	0,000	0,000
Seguridad/ inseguridad	Rho Spearman	,277(**)	,342(**)	,280(**)	,360(**)
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000
Satisfacción	Rho Spearman	,541(**)	,417(**)	,470(**)	,574(*)
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000
Relaciones Psicosociales	Rho Spearman	,303(**)	,182 (**)*)	,318(**)	,349(**)
	p-valor	0,000	0,002	0,000	0,000
Percepción Calidad Cuidado total	Rho Spearman	,455(**)	,404(**)	,461(**)	,541(**)
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla 28 señala las correlaciones entre el Capital Psicológico y la Calidad del Cuidado percibida por los enfermeros (as) que participaron del estudio. Se puede ver que algunas correlaciones fueron superiores a 0,30, y que todas las dimensiones del Capital Psicológico correlacionarón significativamente con valores p<0,01 y de modo directamente proporcional con las dimensiones de la percepción de la Calidad del Cuidado. De modo que a mayor Capital Psicológico, mayor es la valoración de la Calidad del Cuidado por las enfermeras/os en estudio.

3.3) ANALISIS EXPLICATIVO DE LOS DATOS

3.3.1) Influencia de las dimensiones de Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS), Profesionalismo y Capital Psicológico (CaPsi) en la percepción de la Calidad del Cuidado de Enfermería.

Tabla 29 Regresión lineal entre las dimensiones que evalúan las Condiciones de Trabajo Subjetivas y la Calidad del Cuidado percibida por los particpantes del estudio (n=290).

Condiciones de trabajo Subjetivas	Coeficientes no estandarizados				
	B	Error típico	T	Sig.	R parcial
Método desarrollo	-0,030	0,017	-1,811	0,071	-0,107
Entorno Social	0,066	0,015	4,287	0,001	0,247
Entorno material	-0,009	0,019	-0,490	0,624	-0,029
Ajuste O-P	0,048	0,019	2,445	0,015	0,144
Adaptación P-O	0,083	0,019	4,323	0,001	0,249

Ajustado por edad y antigüedad laboral total
Fuente: Elaboración Propia.

La tabla 29 presenta que la dimensión Entorno Social de la parte A y las dimensiones Ajuste O-P y Adaptación P-O de la parte B de la escala que evalúa condiciones de trabajo subjetivas son las que se asocian directa y significativamente proporcional a la calidad del cuidado percibida por enfermeras (os) de la muestra, cuyas correlaciones parciales fueron de 0,247, 0,144 y 0,249, respectivamente.

Tabla 30 Regresión lineal entre Profesionalismo y Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290).

Profesionalismo	Coeficientes no estandarizados				
	B	Error típico	T	p-valor	R parcial
Organización como referente	,081	,055	1,492	,137	,088
Creencia Servicio Público	,024	,049	,479	,632	,029
Creencia Autorregulación	,233	,050	4,671	,000	,268
Sentido de llamado profesión	,156	,047	3,354	,001	,196
Autonomía	,137	,058	2,354	,019	,139
Puntaje total	0,676	0,081	8,356	<0,001	0,443

Ajustado por edad y antigüedad laboral total
Fuente: Elaboración Propia.

La tabla 30 muestra que el puntaje global de profesionalismo se asocia estadísticamente y de manera directamente proporcional con la calidad del cuidado percibida, con una correlación de 0,443 (eliminando el efecto de las variables confusoras edad y antigüedad).

Tabla 31 Regresión lineal entre las dimensiones que evalúan el Capital Psicológico y Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290).

Capital Psicológico	Coeficientes no estandarizados				
	B	Error típico	t	Sig.	R parcial
Esperanza	0,193	0,047	4,144	<0,001	0,239
Autoeficacia	0,197	0,044	4,511	<0,001	0,259
Optimismo	0,147	0,041	3,558	<0,001	0,207

Ajustado por edad y antigüedad laboral total
Fuente: Elaboración Propia.

Ahora, al evaluar las dimensiones del Capital Psicológico como regresoras de la Calidad del Cuidado percibido, la tabla 31 muestra que efectivamente hay una relación directamente proporcional de sus tres dimensiones, con correlaciones parciales que oscilan entre 0,207 y 0,259.

3.3.2) Modelos de Ecuaciones Estructurales, entre las Condiciones de Trabajo subjetivas (CTS), Profesionalismo y Capital Psioclógico (CaPsi) y la Calidad del Cuidado de enfermería percibida por los participantes del estudio (n=290).

Tabla 32 Modelo de Ecuaciones Estructurales entre Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS) y Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290).

Condiciones Trabajo Subjetivas	Coeficiente	Error típico	Z	p- valor
Método Desarrollo	-0,11	0,07	-1.59	0.112
Entorno Social	0,27	0,06	4.39	<0,001
Entorno material	-0,04	0,06	-0.64	0.525
Ajuste O-P	0,21	0,08	2.67	0.008
Adaptación P-O	0,25	0,05	4.51	<0,001

Fuente: Elaboración Propia.

Al utlizar el método de Ecuaciones Estructurales (SEM) para establecer la relación de dependencia entre las variables, se puede apreciar en la tabla 32 que la dimensión Entorno Social de la parte A de la escala de CTS y las dimensiones Ajuste O-P y Adaptación P-O de la parte B de dicha escala, se asociaron estadísticamente y directamente proporcional con la Calidad del Cuidado percibida.

Tabla 33. Nivel de ajuste del Modelo de Ecuaciones Estructurales entre Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS) y Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290).

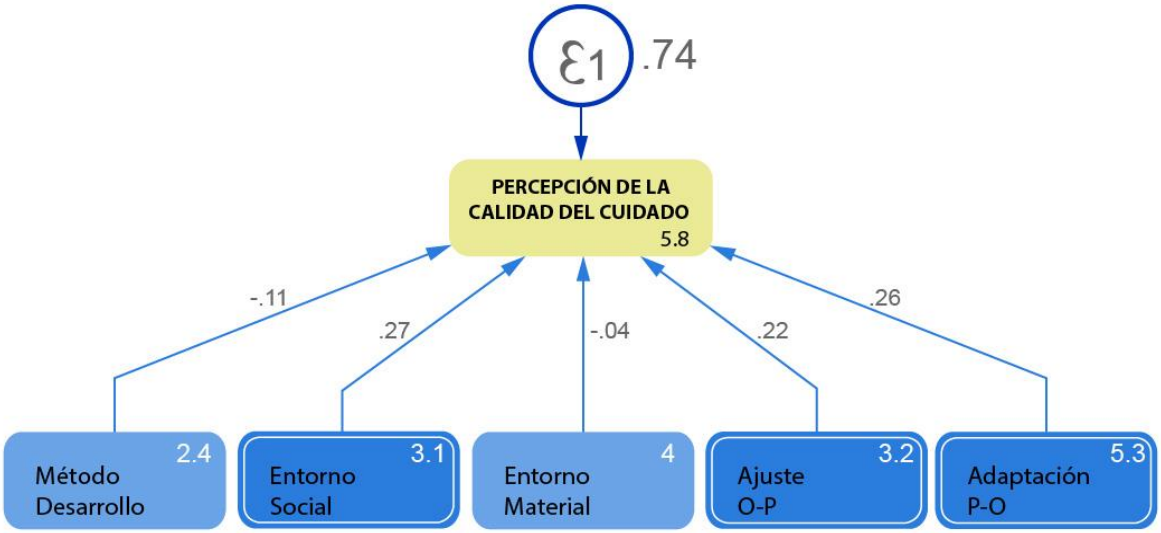
MODELO	INDICADOR					
	p-valor	CFI	TLI	AIC	RMSEA	SRMR
Valores esperados	*>.05*	*>.95*	*>.95*	*El menor*	*<.08*	*<.08*
Modelo	89,149 p<.001	1,000	1,000	5841,719	0,000	0,000

p-valor: prueba de ajuste
CFI: Índice de bondad de ajuste
TLI: Índice de ajuste no normalizado
AIC: Criterio de información de Akaike
RMSEA: Raíz del error cuadrático medio de aproximación
SRMR: Raíz del residuo cuadrático medio
Fuente: Elaboración Propia.

La tabla 33 muestra los valores de ajuste del modelo de relación entre las CTS y la percepción de la Calidad del Cuidado. Se observa un buen ajuste factorial según los indicadores antes mencionados.

Por tanto, con ecuaciones estructurales de máxima verosimiltud se llegó al modelo que se ilustra en la figura 4.

Figura 4. Modelo Ecuaciones Estructurales de Condiciones de Trabajo Subjetivas (sus dimensiones) con la Calidad del Cuidado percibido por las enfermeras/os del estudio (n=290).



Fuente: Elaboración Propia.

Tabla 34. Modelo de Ecuaciones Estructurales entre Profesionalismo y Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290).

Profesionalismo	Coeficiente	Error típico	Z	p- valor
Organización como referente	0,08	0,05	1,61	0,108
Creencia Servicio Publico	0,01	0,05	0,24	0,809
Creencia Autorregulación	0,28	0,05	5,24	<0,001
Sentido de llamado profesión	0,20	0,06	3,78	<0,001
Autonomía	0,12	0,05	2,45	0,014

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla 34 señala la relación de dependencia entre las dimensiones del Profesionalismo y la percepción de la Calidad del Cuidado, se puede ver que las dimensiones Creencia en la Autorregulación, Sentido de llamado a la profesión y Autonomía, del inventario de Profesionalismo se asocian estadísticamente y de modo directo con la percepción de la Calidad del Cuidado.

Tabla 35. Nivel de ajuste del Modelo de Ecuaciones Estructurales entre Profesionalismo y Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290).

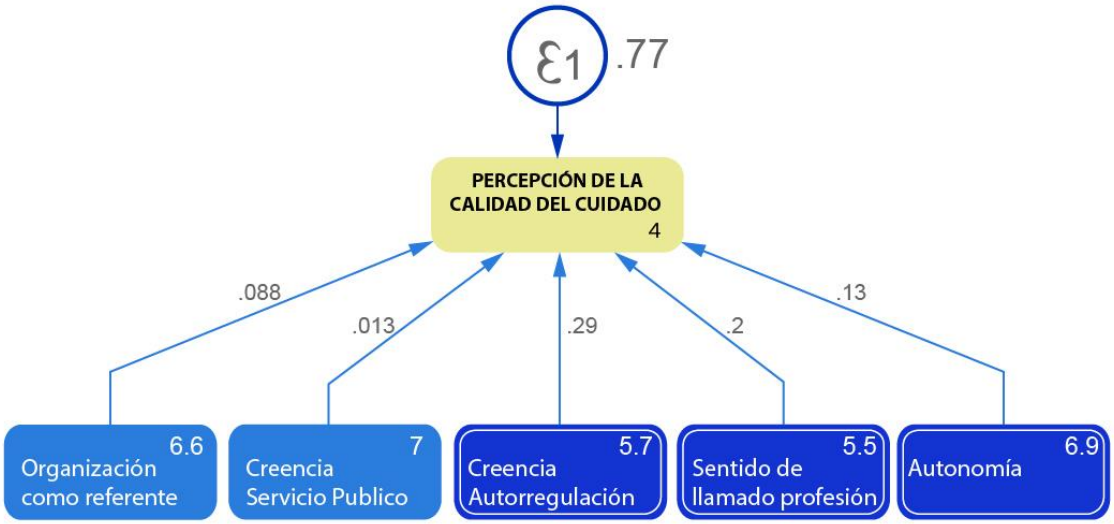
MODELO	**INDICADOR**					
	p-valor	CFI	TLI	AIC	RMSEA	SRMR
Valores esperados	*>.05*	*>.95*	*>.95*	*El menor*	*<.08*	*<.08*
Modelo	77,443 p<.001	1,000	1,000	2672,114	0,000	0,000

p-valor: prueba de ajuste
CFI: Índice de bondad de ajuste
TLI: Índice de ajuste no normalizado
AIC: Criterio de información de Akaike
RMSEA: Raíz del error cuadrático medio de aproximación
SRMR: Raíz del residuo cuadrático medio
Fuente: Elaboración Propia.

La tabla 35 muestra los valores de ajuste del modelo de relación entre Profesionalismo y la percepción de la Calidad del Cuidado. Se observa un buen ajuste factorial según los indicadores antes mencionados.

Por tanto, con ecuaciones estructurales de máxima verosimiltud se llegó al modelo que se ilustra en la figura 5.

Figura 5. Modelo Profesionalismo (sus dimensiones) con la Calidad del Cuidado percibido por las enfermeras/os del estudio (n=290).



Fuente: Elaboración Propia.

Tabla 36 Modelo de Ecuaciones Estructurales entre Capital Psicológico (CaPsi) y Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290).

Capital Psicológico	Coeficiente	Error típico	Z	p-valor
Esperanza	0,.25	0,06	4.03	<0,001
Autoeficacia	0,23	0,05	4.33	<0,001
Optimismo	0,24	0,06	4.02	<0,001

Fuente: Elaboración Propia.

Al utlizar el método de Ecuaciones Estructurales (SEM) para establecer la relación de dependencia entre las dimensiones del Capital Psicológico y la percepción de la Calidad del Cuidado, se puede ver (tabla 36) que las tres dimensiones del CaPsi, están asociadas estadísticamente y directamente proporcional con la percepción de la Calidad del Cuidado.

Tabla 37. Nivel de ajuste del Modelo de Ecuaciones Estructurales entre Capital Psicológico (CaPsi) y Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290).

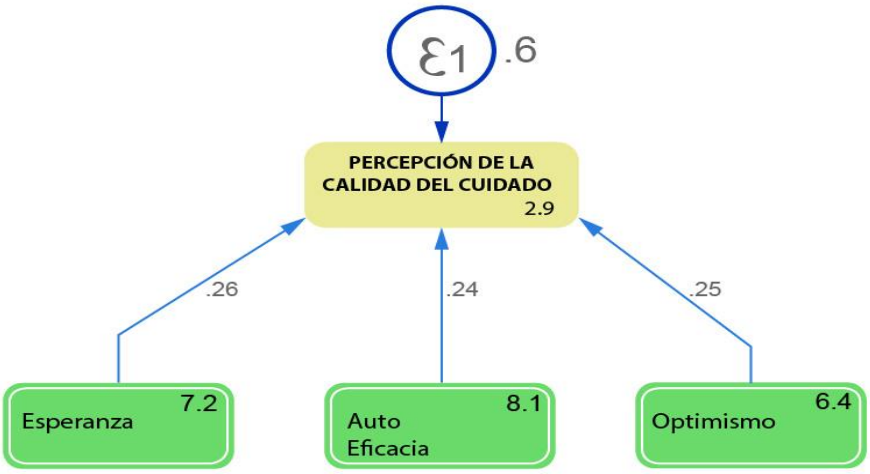
MODELO	INDICADOR					
	p-valor	CFI	TLI	AIC	RMSEA	SRMR
Valores esperados	*>.05*	*>.95*	*>.95*	*El menor*	*<.08*	*<.08*
Modelo	147,143 p<.001	1,000	1,000	1851,159	0,000	0,000

p-valor: prueba de ajuste
CFI: Índice de bondad de ajuste
TLI: Índice de ajuste no normalizado
AIC: Criterio de información de Akaike
RMSEA: Raíz del error cuadrático medio de aproximación
SRMR: Raíz del residuo cuadrático medio
Fuente: Elaboración Propia.

La tabla 37 muestra los valores de ajuste del modelo de relación entre las CaPsi y la percepción de la Calidad del Cuidado. Se observa un buen ajuste factorial según los indicadores antes mencionados.

Por tanto, con ecuaciones estructurales de máxima verosimiltud se llegó al modelo que se ilustra en la figura 6.

Figura 6. Modelo Capital Psicológico (sus dimensiones) con la Calidad del Cuidado percibido por las enfermeras/os del estudio (n=290).



Fuente Elaboración Propia.

Ahora al comenzar a establecer la relación de dependencia de los puntajes totales de más de una variable con la percepción de la Calidad del Cuidado. Se puede ver en la tabla 38 que, el puntaje global de la parte A de la escala de Condiciones de Trabajo subjetivas (CTS) y el puntaje global de la escala de Capital Psicológico (CaPsi) se asociaron estadísticamente (z-score superior a 1,96) y directamente proporcional con Calidad del Cuidado percibida, ya que sus coeficiente beta presentaron signo positivo. La relación entre las dimensiones y con respecto al puntaje global de condiciones de trabajo subjetivas fueron todos estadísticamente significativos (Figura 7)

Tabla 38 Relación entre el puntaje global de las Condiciones de Trabajo Subjetivas y Capital Psicológico con la Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290).

Variables	Coeficiente	Error típico	z-score	p-valor
Total CTS A	0,15	0,06	2,42	0,016
Total CTS B	0,11	0,07	1,64	0,101
Total CaPsi	0,54	0,04	12,38	<0,001
Var (error cuid_total)	0,55	0,04		
Cov (totalcta, totalctb)	0,73	0,03	27,02	<0,001
Cov (totalcta, cp_total)	0,29	0,05	5,29	<0,001
Cov (totalctb, cp_total)	0,45	0,05	9,45	<0,001

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla 39. Nivel de ajuste del Modelo de Ecuaciones Estructurales entre la Relación del puntaje global de las Condiciones de Trabajo Subjetivas y Capital Psicológico con la Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290).

MODELO	INDICADOR					
	p-valor	CFI	TLI	AIC	RMSEA	SRMR
Valores esperados	*>.05*	*>.95*	*>.95*	*El menor*	*<.08*	*<.08*
Modelo	173,884 p<.001	1,000	1,000	2735,299	0,000	0,000

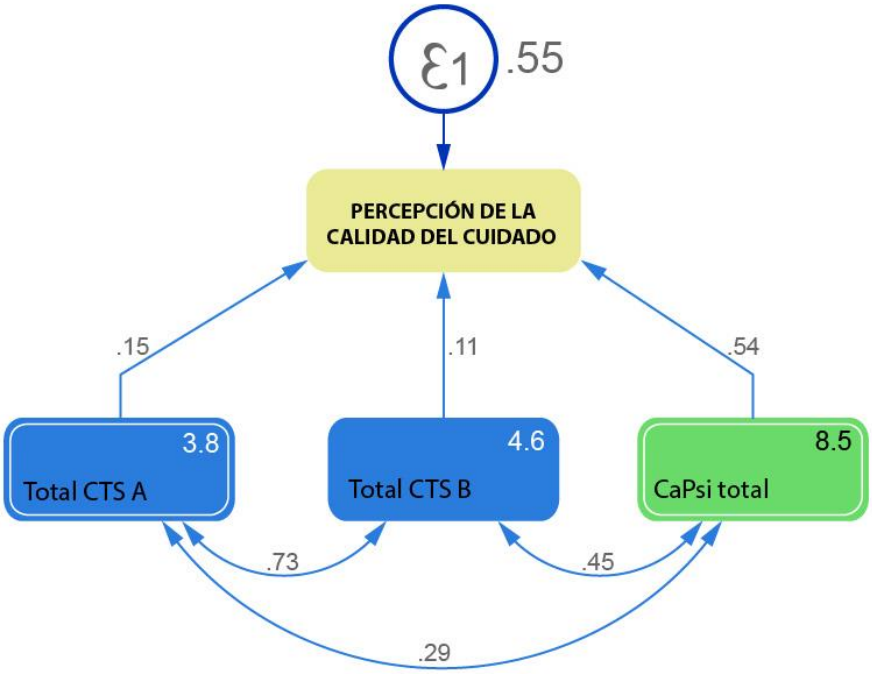
p-valor: prueba de ajuste
CFI: Índice de bondad de ajuste
TLI: Índice de ajuste no normalizado
AIC: Criterio de información de Akaike
RMSEA: Raíz del error cuadrático medio de aproximación
SRMR: Raíz del residuo cuadrático medio
Fuente: Elaboración Propia.

La tabla 39 muestra los valores de ajuste del modelo de relación entre las CTS y CaPsi con la percepción de la Calidad del Cuidado. Se observa un buen ajuste factorial según los indicadores antes mencionados.

Por tanto, con ecuaciones estructurales de máxima verosimiltud se llegó al modelo que

se ilustra en la figura 7.

Figura 7. Modelo de Relación entre el puntaje global de las Condiciones de Trabajo Subjetivas y Capital Psicológico con la Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290



Fuente: Elaboración Propia.

Ahora, al incorporar a las Condiciones de Trabajo subjetivas y el Capital Psicológico, el puntaje global de Profesionalismo (tabla 40), se encontró que la parte A de las Condiciones de trabajo subjetivas sigue siendo estadísticamente significativa, mientras que Capital Psicológico y el puntaje global de Profesionalismo también se incorporan como factores estadísticamente significativos (Figura 8)

Tabla 40. Relación entre el puntaje global de las Condiciones de Trabajo Subjetivas, Capital Psicológico y Profesionalismo con la percepción de la Calidad del Cuidado.

Variables	Coeficiente	Error	z-score	p-valor
Total CTS A	0,14	0,06	2,27	0,023
Total CTS B	0,09	0,07	1,35	0,176
CaPsi_total	0,47	0,05	9,93	<0,001
Profesionalismo_total	0,18	0,05	3,80	<0,001
Var (error cuid_total)	0,52	0,04		
cov(totalcta,totalctb)	0,73	0,03	27,02	<0,001
cov(totalcta,cp_total)	0,29	0,05	5,29	<0,001
cov(totalcta,prof_total)	0,26	0,05	4,73	<0,001
cov(totalctb,cp_total)	0,45	0,05	9,45	<0,001
cov(totalctb,prof_total)	0,33	0,05	6,35	<0,001
cov(cp_total,prof_total)	0,44	0,05	9,31	<0,001

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla 41. Nivel de ajuste del Modelo de Ecuaciones Estructurales entre la Relación del puntaje global de las Condiciones de Trabajo Subjetivas, Capital Psicológico y Profesionalismo con la Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290).

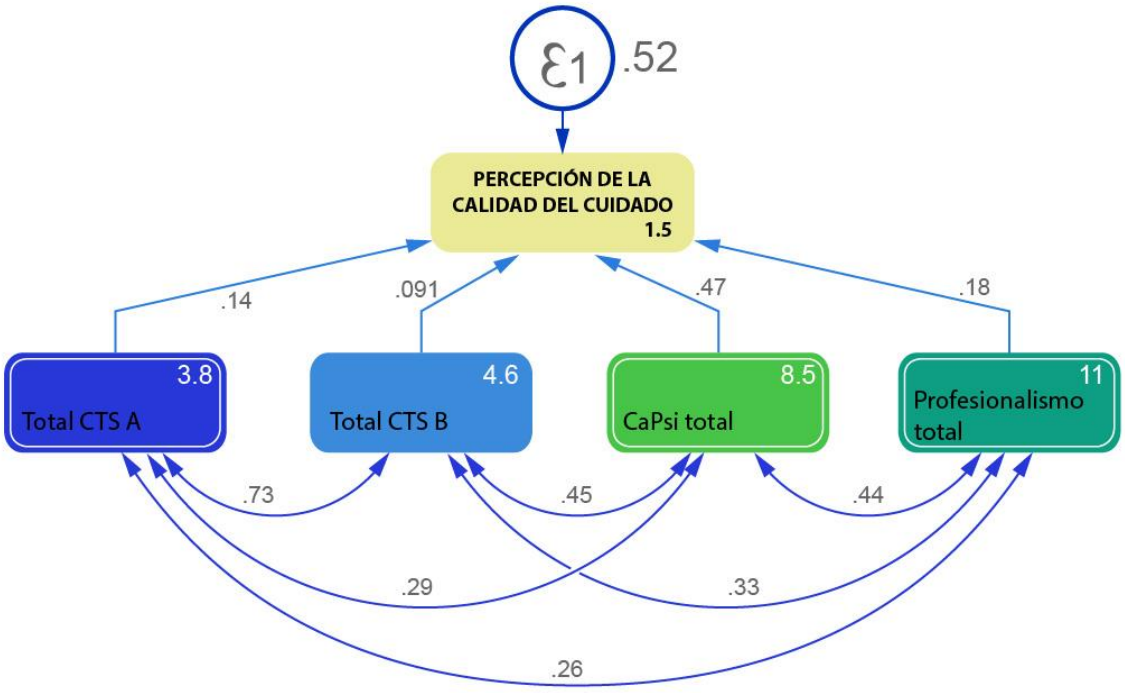
MODELO	INDICADOR					
	p-valor	CFI	TLI	AIC	RMSEA	SRMR
Valores esperados	*>.05*	*>.95*	*>.95*	*El menor*	*<.08*	*<.08*
Modelo	187,780 p<.001	1,000	1,000	2847,195	0,000	0,000

p-valor: prueba de ajuste
CFI: Índice de bondad de ajuste
TLI: Índice de ajuste no normalizado
AIC: Criterio de información de Akaike
RMSEA: Raíz del error cuadrático medio de aproximación
SRMR: Raíz del residuo cuadrático medio
Fuente: Elaboración Propia.

La tabla 41 muestra los valores de ajuste del modelo de relación entre las CTS, CaPsi y Profesionalismo con la percepción de la Calidad del Cuidado. Se observa un buen ajuste factorial según los indicadores antes mencionados.

Por tanto, con ecuaciones estructurales de máxima verosimiltud se llegó al modelo que se ilustra en la figura 8.

Figura 8. Modelo de Relación entre el puntaje global de las Condiciones de Trabajo Subjetivas, Capital Psicológico y Profesionalismo con la Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290).



Fuente: Elaboración Propia.

Al establecer las relaciones de dependencia considerando las dimensiones de las variables Condiciones de Trabajo subjetivas y el Capital Psicológico (tabla 42), se encontró que la dimensión Entorno Social de la parte A de las escala de Condiciones de Trabajo subjetivas más las tres dimensiones del Capital Psicológico (Esperanza, Autoeficiencia y optimismo) se asociarón estadísticamente con la Calidad del Cuidado percibido. El resto de las covariaciones no fueron estadísticamente significativas.

Tabla 42 Relación entre las dimensiones que conforman las Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS) y Capital Psicológico (CaPsi) con la Calidad del Cuidado percibido por las enfermeras/os en estudio (n=290).

Variables	Coeficiente	Error típico	z	p-valor
CTS				
Método desarrollo	-0,01	0,06	-0.22	0,828
Entorno Social	0,22	0,05	4.12	0,000
Entorno material	-0,06	0,05	-1.12	0,262
Ajuste O-P	0,12	0,07	1.74	0,082
Adaptación P-O	0,05	0,053	1.11	0,269
CaPsi				
Esperanza	0,20	0,06	3.27	0,001
Autoeficacia	0,24	0,05	4.55	0,000
Optimismo	0,17	0,06	2.94	0,003

Fuente Elaboración Propia.

Tabla 43 Nivel de ajuste del Modelo de Ecuaciones Estructurales entre la Relación de las dimensiones que conforman las Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS) y Capital Psicológico (CaPsi) con la Calidad del Cuidado percibido por las enfermeras/os en estudio (n=290).

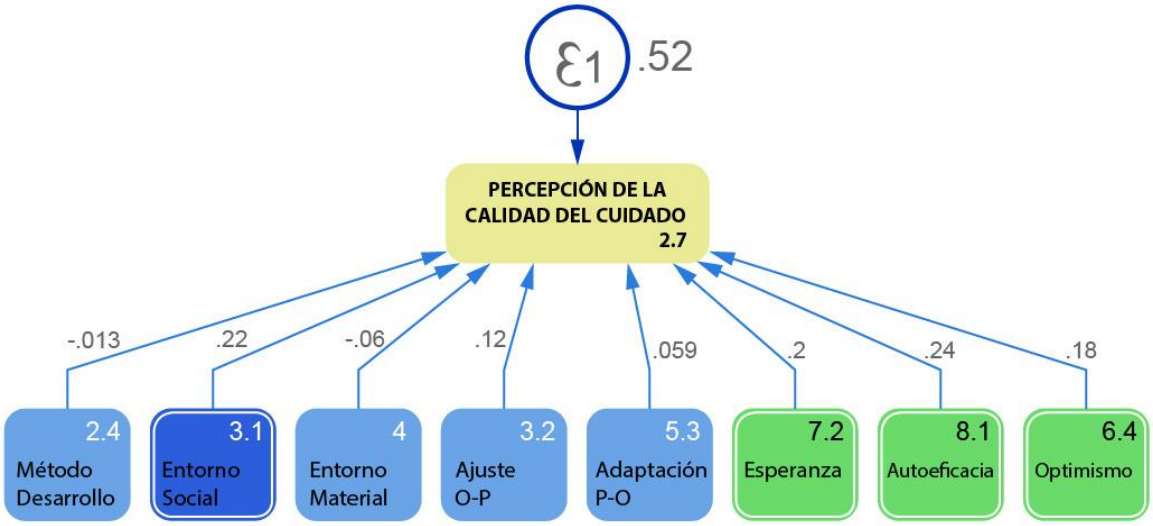
MODELO	INDICADOR					
	p-valor	CFI	TLI	AIC	RMSEA	SRMR
Valores esperados	*>.05*	*>.95*	*>.95*	*El menor*	*<.08*	*<.08*
Modelo	187,314 p<.001	1,000	1,000	7202,066	0,000	0,000

p-valor: prueba de ajuste
CFI: Índice de bondad de ajuste
TLI: Índice de ajuste no normalizado
AIC: Criterio de información de Akaike
RMSEA: Raíz del error cuadrático medio de aproximación
SRMR: Raíz del residuo cuadrático medio
Fuente: Elaboración Propia.

La tabla 43 muestra los valores de ajuste del modelo de relación entre las dimensiones de las CTS y las dimensiones del CaPsi con la percepción de la Calidad del Cuidado. Se observa un buen ajuste factorial según los indicadores antes mencionados.

Por tanto, con ecuaciones estructurales de máxima verosimiltud se llegó al modelo que se ilustra en la figura 9.

Figura 9. Modelo entre las dimensiones de Condiciones de Trabajo Subjetivas y Capital Psicológico con la Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290)



Fuente: Elaboración Propia.

Ahora, si consideramos las dimensiones de las Condiciones de Trabajo Subjetivas y las dimensiones del Profesionalismo, se aprecia (tabla 44) que sólo el Entorno Social de la parte A de la escala de CTS presenta una relación de dependencia positiva con la percepción de la Calidad del Cuidado. Y las dimensiones Creencia en la Autoregulación, Sentido de llamado a la Profesión y Autonomía del Inventario de Profesionalismo también tienen una relación de dependencia positiva con la percepción de la Calidad del Cuidado.

Tabla 44 Relación entre las dimensiones que conforman las Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS) y el Profesionalismo con la Calidad del Cuidado percibido por las enfermeras/os en estudio (n=290).

Variables	Coeficiente	Error típico	z	p-valor
CTS				
Método desarrollo	-0,11	0,06	-1,68	0,093
Entorno Social	0,24	0,05	4,21	0,000
Entorno material	-0,.02	0,06	-0,49	0,624
Ajuste O-P	0,12	0,07	1,62	0,106
Adaptación P-O	0,21	0,05	3,91	0,000
Profesionalismo				
Organización como referente	0,06	0,05	1,36	0,174
Creencia Servicio Publico	0,02	0,04	0,59	0,557
Creencia Autorregulación	0,17	0,05	3,27	0,001
Sentido de llamado profesión	0,13	0,05	2,76	0,006
Autonomía	0, 12	0,04	2,66	0,008

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla 45. Nivel de ajuste del Modelo de Ecuaciones Estructurales entre la Relación de las dimensiones que conforman las Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS) y el Profesionalismo con la Calidad del Cuidado percibido por las enfermeras/os en estudio (n=290).

MODELO	INDICADOR					
	p-valor	CFI	TLI	AIC	RMSEA	SRMR
Valores esperados	*>.05*	*>.95*	*>.95*	*El menor*	*<.08*	*<.08*
Modelo	133,200 p<.001	1,000	1,000	8035,141	0,000	0,000

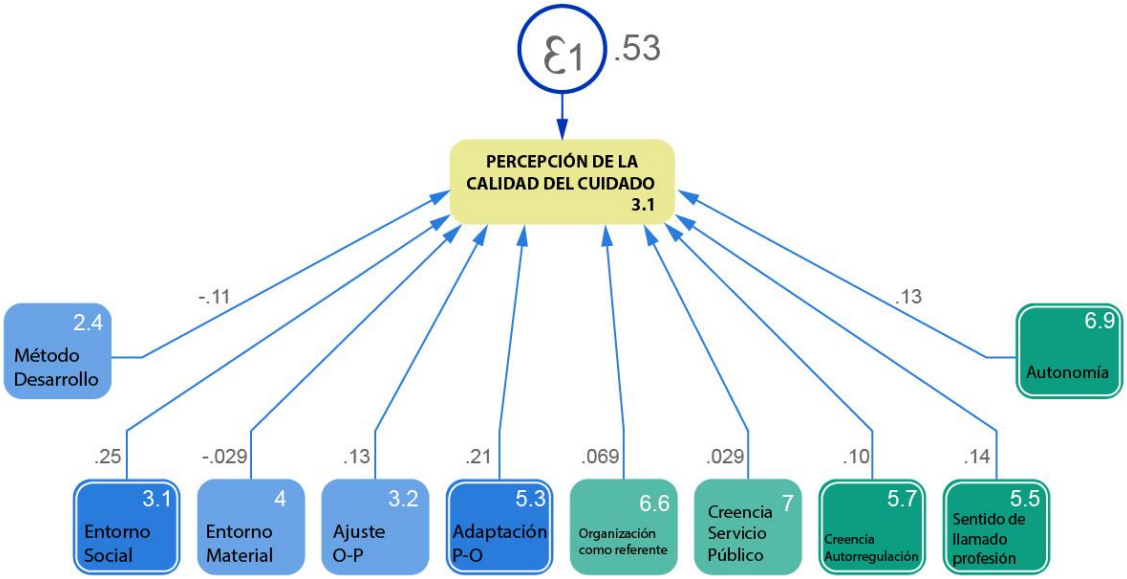
p-valor: prueba de ajuste
CFI: Índice de bondad de ajuste
TLI: Índice de ajuste no normalizado
AIC: Criterio de información de Akaike
RMSEA: Raíz del error cuadrático medio de aproximación
SRMR: Raíz del residuo cuadrático medio

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla 45 muestra los valores de ajuste del modelo de relación entre las dimensiones de las CTS y las dimensiones del profesionalismo con la percepción de la Calidad del Cuidado. Se observa un buen ajuste factorial según los indicadores antes mencionados.

Por tanto, con ecuaciones estructurales de máxima verosimiltud se llegó al modelo que se ilustra en la figura 10.

Figura 10. Modelo entre las dimensiones de Condiciones de Trabajo Subjetivas y Profesionalismo con la Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290).



Fuente: Elaboración Propia.

Ahora, al establecer las relaciones de dependencia considerando las dimensiones del Profesionalismo y el Capital Psicológico sin considerar las Condiciones de Trabajo Subjetivas, se encontró (tabla 46) que sólo las dimensiones Creencia en la Autoregulación y Sentido de llamado a la Profesión del Inventario de Profesionalismo, se asociarón estadísticamente y de modo directo con la percepción de la Calidad del Cuidado. Por otro lado, las tres dimensiones del CaPsi continúan siendo estadísticamente significativas.

Tabla 46 Relación entre las dimensiones que conforman el Profesionalismo y el Capital Psicológico (CaPsi) con la Calidad del Cuidado percibido por las enfermeras/os en estudio (n=290).

Variables	Coeficiente	Error típico	z	p-valor
Profesionalismo				
Organización como referente	-0,05	0,04	-1,12	0,265
Creencia Servicio Publico	-0,01	0,04	-0,25	0,803
Creencia Autorregulación	0,25	0,04	5,53	0,000
Sentido de llamado profesión	0,09	0,04	2,13	0,033
Autonomía	0,00	0,05	0,02	0,984
CAPSI				
Esperanza	0,23	0,06	3,88	0,000
Autoeficacia	0,21	0,05	4,12	0,000
Optimismo	0,20	0,06	3,39	0,001

Fuente: Elaboración Propia.

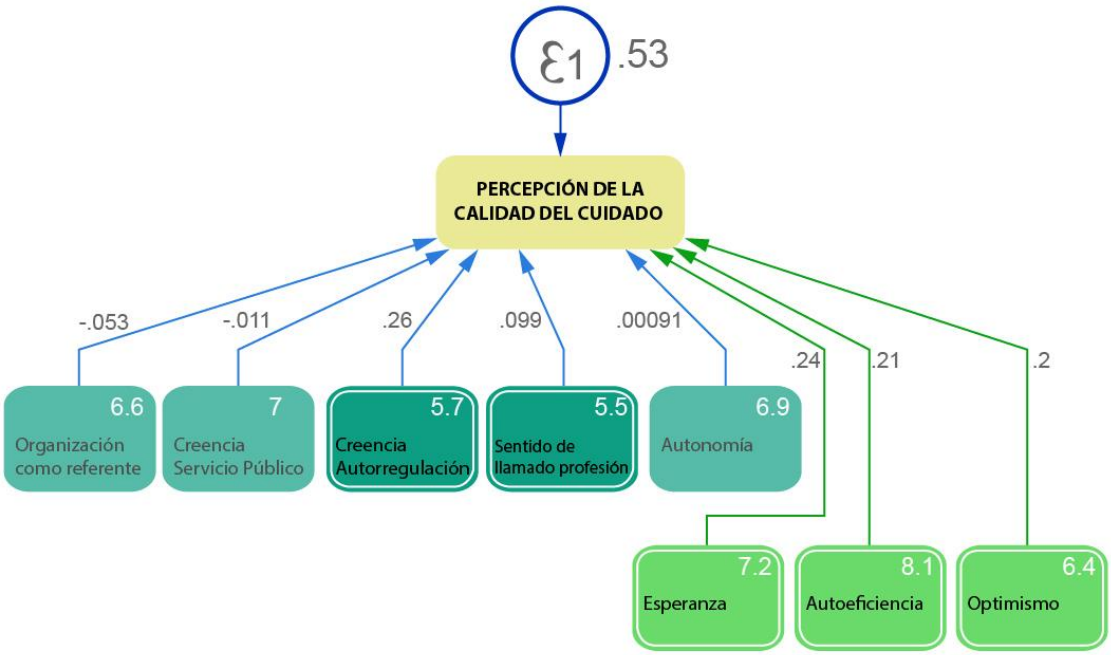
Tabla 47. Nivel de ajuste del Modelo de Ecuaciones Estructurales entre la Relación de las dimensiones que conforman el Profesionalismo y el Capital Psicológico (CaPsi) con la Calidad del Cuidado percibido por las enfermeras/os en estudio (n=290).

MODELO	INDICADOR					
	p-valor	CFI	TLI	AIC	RMSEA	SRMR
Valores esperados	*>.05*	*>.95*	*>.95*	*El menor*	*<.08*	*<.08*
Modelo	187,559 p<.001	1,000	1,000	4038,298	0,000	0,000

p-valor: prueba de ajuste
CFI: Índice de bondad de ajuste
TLI: Índice de ajuste no normalizado
AIC: Criterio de información de Akaike
RMSEA: Raíz del error cuadrático medio de aproximación
SRMR: Raíz del residuo cuadrático medio.
Fuente: Elaboración Propia

La tabla 47 muestra los valores de ajuste del modelo de relación entre las dimensiones del profesionalismo y las dimensiones del CaPsi con la percepción de la Calidad del Cuidado. Se observa un buen ajuste factorial según los indicadores antes mencionados. Por tanto, con ecuaciones estructurales de máxima verosimiltud se llegó al modelo que se ilustra en la figura 11.

Figura 11. Modelo entre las dimensiones de Profesionalismo y Capital Psicológico con la Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290).



Fuente: Elaboración Propia.

Finalmente, al establecer las relaciones de dependencia entre las dimensiones de las variables Condiciones de Trabajo subjetivas, Profesionalismo y Capital Psicológico con la Calidad del Cuidado percibido (tabla 48), se encontró que solamente la dimensión Entorno Social de la parte A de la escala de CTS, la dimensión Creencia en la Autorregulación del inventario de Profesionalismo y las tres dimensiones del CaPsi (esperanza, autoeficiencia y optimismo) se asociaron estadísticamente y de modo directo con la Calidad del Cuidado percibido, como se ilustra en la Figura 12. Ademas se encontrarón covariaciones entre algunas dimensiones de las diferentes escalas estadísticamente significativas.

Tabla 48 Relación entre las dimensiones que conforman las Condiciones de Trabajo Subjetivas, Capital Psicológico y Profesionalismo con la Calidad del Cuidado percibido por las enfermeras/os en estudio (n=290).

Variables	Coeficiente	Error típico	z-score	p-valor
CTS				
Método desarrollo	0	0,05	-0,14	0,887
Entorno Social	0,19	0,05	3,63	<0,001
Entorno material	-0,04	0,05	-0,85	0,395
Ajuste O-P	0,06	0,07	0,95	0,342
Adaptación P-O	0,05	0,05	1,01	0,313
CAPSI				
Esperanza	0,2	0,06	3,29	0,001
Autoeficacia	0,21	0,05	4,13	<0,001
Optimismo	0,15	0,05	2,64	0,008
Profesionalismo				
Organización como referente	-0,04	0,04	-0,96	0,338
Creencia Servicio Publico	0	0,04	0,1	0,917
Creencia Autoregulación	0,18	0,04	3,94	<0,001
Sentido de llamado profesión	0,07	0,04	1,73	0,085
Autonomía	0,02	0,04	0,55	0,58
Var (error cuid_total)	0,48	0,04		
cov(ctsdima1, ctsdima2)	0,52	0,04	12,2	<0,001
cov(ctsdima1,ctsdima3)	0,45	0,04	9,79	<0,001
cov(ctsdima1,ctsdimb1)	0,69	0,03	22,93	<0,001
cov(ctsdima1,ctsdimb2)	0,38	0,05	7,7	<0,001
cov(ctsdima1,capsi dim1)	0,17	0,05	3,11	0,002
cov(ctsdima1,capsi dim2)	0,19	0,05	0,33	0,74
cov(ctsdima1,capsidim3)	0,22	0,05	3,94	<0,001
cov(ctsdima1,profdim1)	0,21	0,05	3,76	<0,001
cov(ctsdima1,profdim2)	-0,06	0,05	-1,11	0,267
cov(ctsdima1,profdim3)	0,24	0,05	4,35	<0,001
cov(ctsdima1,profdim4)	0,15	0,05	2,67	0,008
cov(ctsdima1,profidim5)	0,08	0,05	1,53	0,126
cov(ctsdima2, ctsdima3)	0,45	0,04	9,93	<0,001
cov(ctsdima2, ctsdimb1)	0,58	0,38	15,38	<0,001
cov(ctsdima2, ctsdimb2)	0,32	0,05	6,21	<0,001
cov(ctsdima2,capsidim1)	0,23	0,05	4,27	<0,001

Continuación Tabla 48 Relación entre las dimensiones que conforman las Condiciones de Trabajo Subjetivas, Capital Psicológico y Profesionalismo con la Calidad del Cuidado percibido por las enfermeras/os en estudio (n=290).

Variables	Coeficiente	Error típico	z-score	p-valor
cov(ctsdima2,capsidim2)	0,15	0,05	2,62	0,009
cov(ctsdima2,capsidim3)	0,26	0,05	4,83	<0,001
cov(ctsdima2, profdim1)	0,11	0,05	2,06	0,039
cov(ctsdima2, profdim2)	0,02	0,05	0,44	0,66
cov(ctsdima2, profdim3)	0,28	0,05	5,22	<0,001
cov(ctsdima2, profdim4)	0,18	0,05	3,35	0,001
cov(ctsdima2, profdim5)	0,02	0,05	0,39	0,695
cov(ctsdima3, ctsdimb1)	0,57	0,03	14,62	<0,001
cov(ctsdima3, ctsdimb2)	0,41	0,04	8,6	<0,001
cov(ctsdima3, capsidim1)	0,24	0,05	4,36	<0,001
cov(ctsdima3,capsi dim2)	0,14	0,05	2,58	0,01
cov(ctsdima3,capsidim3)	0,29	0,05	5,47	<0,001
cov(ctsadim3,profdim1)	0,12	0,05	2,12	0,034
cov(ctsdima3,profdim2)	0	0,05	0,17	0,866
cov(ctsdima3,profdim3)	0,15	0,05	2,77	0,006
cov(ctsdima3,profdim4)	0,17	0,05	3,14	0,002
cov(ctsdima3,profidim5)	0,07	0,05	1,32	0,188
cov(ctsdimb1, ctsdimb2)	0,5	0,04	11,68	<0,001
cov(ctsdimb1, capsidim1)	0,35	0,05	6,86	<0,001
cov(ctsdimb1, capsidim2)	0,14	0,05	2,53	0,011
cov(ctsdimb1, capsidim3)	0,35	0,05	6,95	<0,001
cov(ctsdimb1, profdim1)	0,25	0,05	4,67	<0,001
cov(ctsdimb1, profdim2)	-0,01	0,05	-0,17	0,862
cov(ctsdimb1, profdim3)	0,35	0,05	6,9	<0,001
cov(ctsdimb1, profdim4)	0,23	0,55	4,31	<0,001
cov(ctsdimb1, profdim5)	0,06	0,05	1,19	0,233
cov(ctsdimb2, capsidim1)	0,37	0,05	7,48	<0,001
cov(ctsdimb2, capsidim2)	0,35	0,05	6,9	<0,001
cov(ctsdimb2, capsidim3)	0,41	0,04	8,55	<0,001
cov(ctsdimb2, profdim1)	0,15	0,05	2,68	0,007
cov(ctsdimb2, profdim2)	0,04	0,05	0,81	0,419
cov(ctsdimb2, profdim3)	0,22	0,05	4,07	<0,001
cov(ctsdimb2, profdim4)	0,19	0.05	3,41	0,001
cov(ctsdimb2, profdim5)	0,13	0,05	2,3	0,021
cov(capsidim1, capsidim2)	0,56	0,04	13,92	<0,001
cov(capsidim1, capsidim3)	0,67	0,03	20,75	<0,001
cov(capsidim1, profdim1)	0,33	0,05	6,31	<0,001
cov(capsidim1, profdim2)	0,12	0,05	2,24	0,025
cov(capsidim1, profdim3)	0,21	0,05	3,91	<0,001
cov(capsidim1, profdim4)	0,25	0,05	4,62	<0,001
cov(capsidim1, profdim5)	0,28	0,05	5,18	<0,001
cov(capsidim2, capsidim3)	0,5	0,04	11,56	<0,001
cov(capsidim2, profdim1)	0,2	0,05	3,63	<0,001
cov(capsidim2, profdim2)	0,15	0,05	2,69	0,007
cov(capsidim2, profdim3)	0,17	0,05	3,13	0,002
cov(capsidim2, profdim4)	0,23	0,05	4,27	<0,001
cov(capsidim2, profdim5)	0,21	0,05	3,92	<0,001
cov(capsidim3, profdim1)	0,29	0,05	5,5	<0,001
cov(capsidim3, profdim2)	0,06	0,05	1,03	0,305
cov(capsidim3, profdim3)	0,22	0,05	4	<0,001
cov(capsidim3, profdim4)	0,28	0,05	5,33	<0,001

Continuación Tabla 48 Relación entre las dimensiones que conforman las Condiciones de Trabajo Subjetivas, Capital Psicológico y Profesionalismo con la Calidad del Cuidado percibido por las enfermeras/os en estudio (n=290).

Variables	Coeficiente	Error típico	z-score	p-valor
cov(capsidim3, profdim5)	0,29	0,05	5,44	<0,001
cov(profdim1, profdim2)	0	0,05	-0,08	0,936
cov(profdim1, profdim3)	0,33	0,05	6,36	<0,001
cov(profdim1, profdim4)	0,17	0,05	3,15	0,002
cov(profdim1, profdim5)	0,09	0,05	1,61	0,108
cov(profdim2, profdim3)	0,23	0,05	4,21	<0,001
cov(profdim2, profdim4)	0,19	0,05	3,44	0,001
cov(profdim2, profdim5)	0,19	0,05	3,4	0,001
cov(profdim3, profdim4)	0,28	0,05	5,31	<0,001
cov(profdim3, profdim5)	0.16	0,05	2,94	0,003
cov(profdim4, profdim5)	0,2	0,05	3,65	<0,001

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla 49. Nivel de ajuste del Modelo de Ecuaciones Estructurales entre la Relación entre las dimensiones que conforman las Condiciones de Trabajo Subjetivas, Capital Psicológico y Profesionalismo con la Calidad del Cuidado percibido por las enfermeras/os en estudio (n=290).

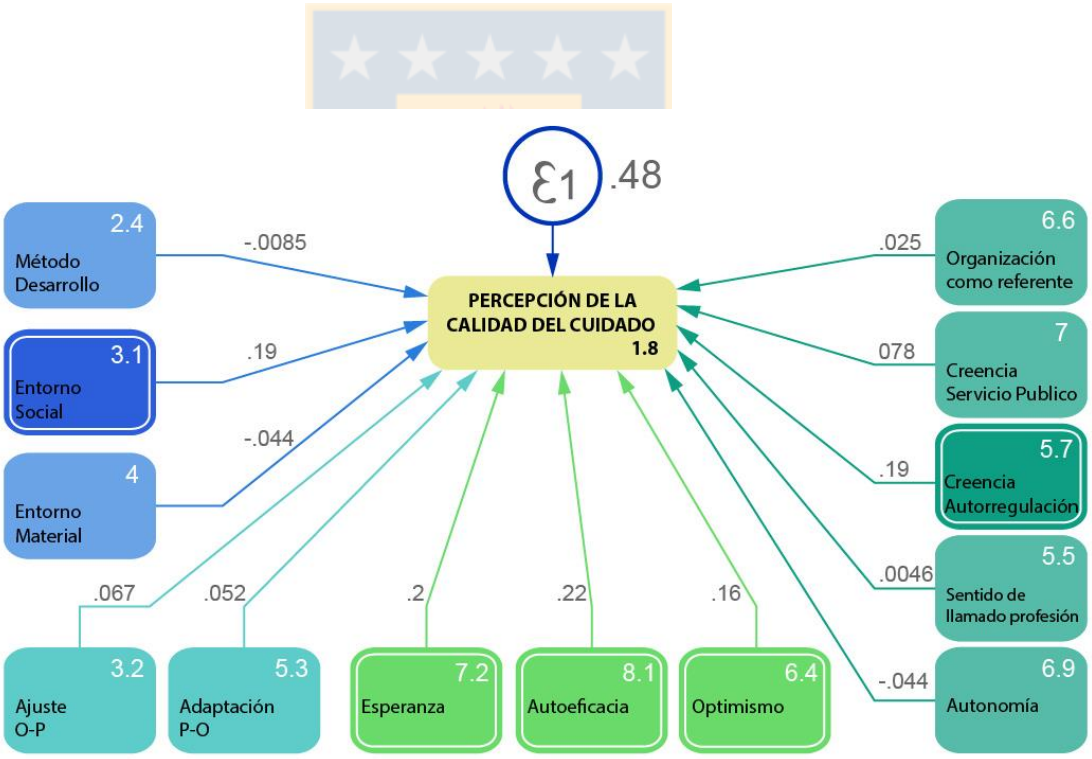
MODELO	INDICADOR					
	p-valor	CFI	TLI	AIC	RMSEA	SRMR
Valores esperados	*>.05*	*>.95*	*>.95*	*El menor*	*<.08*	*<.08*
Modelo	210,698 p<.001	1,000	1,000	9557,252	0,000	0,000

p-valor: prueba de ajuste
CFI: Índice de bondad de ajuste
TLI: Índice de ajuste no normalizado
AIC: Criterio de información de Akaike
RMSEA: Raíz del error cuadrático medio de aproximación
SRMR: Raíz del residuo cuadrático medio
Fuente: Elaboración Propia.

La tabla 49 muestra los valores de ajuste del modelo de relación entre las dimensiones de las CTS, profesionalismo y CaPsi con la percepción de la Calidad del Cuidado. Se observa un buen ajuste factorial según los indicadores antes mencionados.

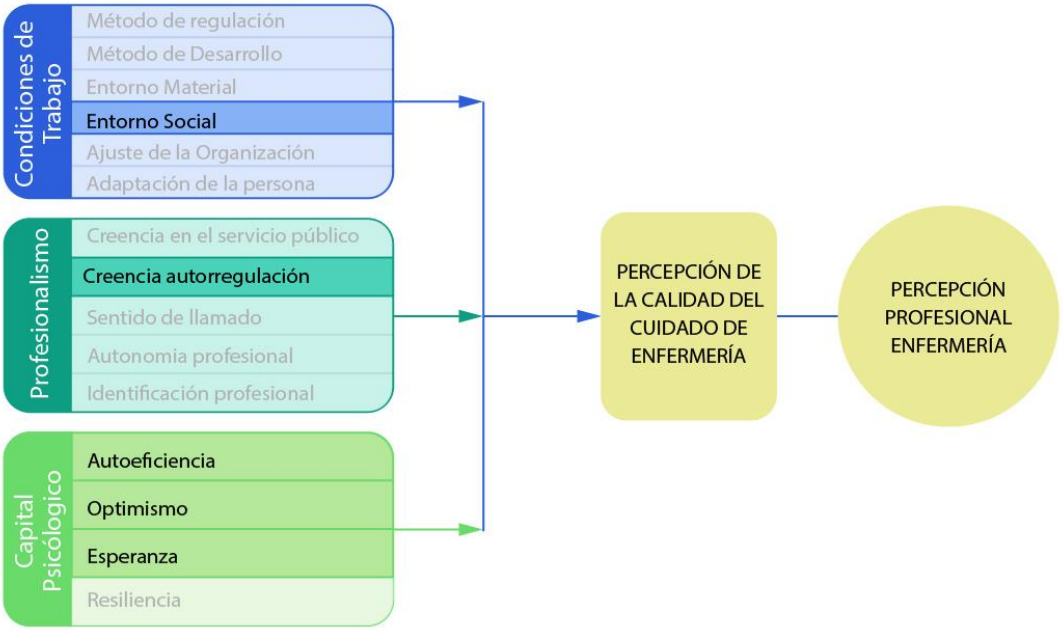
Por tanto, con ecuaciones estructurales de máxima verosimiltud se llegó al modelo que se ilustra en la figura 12.

Figura 12. Modelo entre las dimensiones de Condiciones de Trabajo Subjetivas, Capital Psicológico y Profesionalismo con la Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio (n=290).



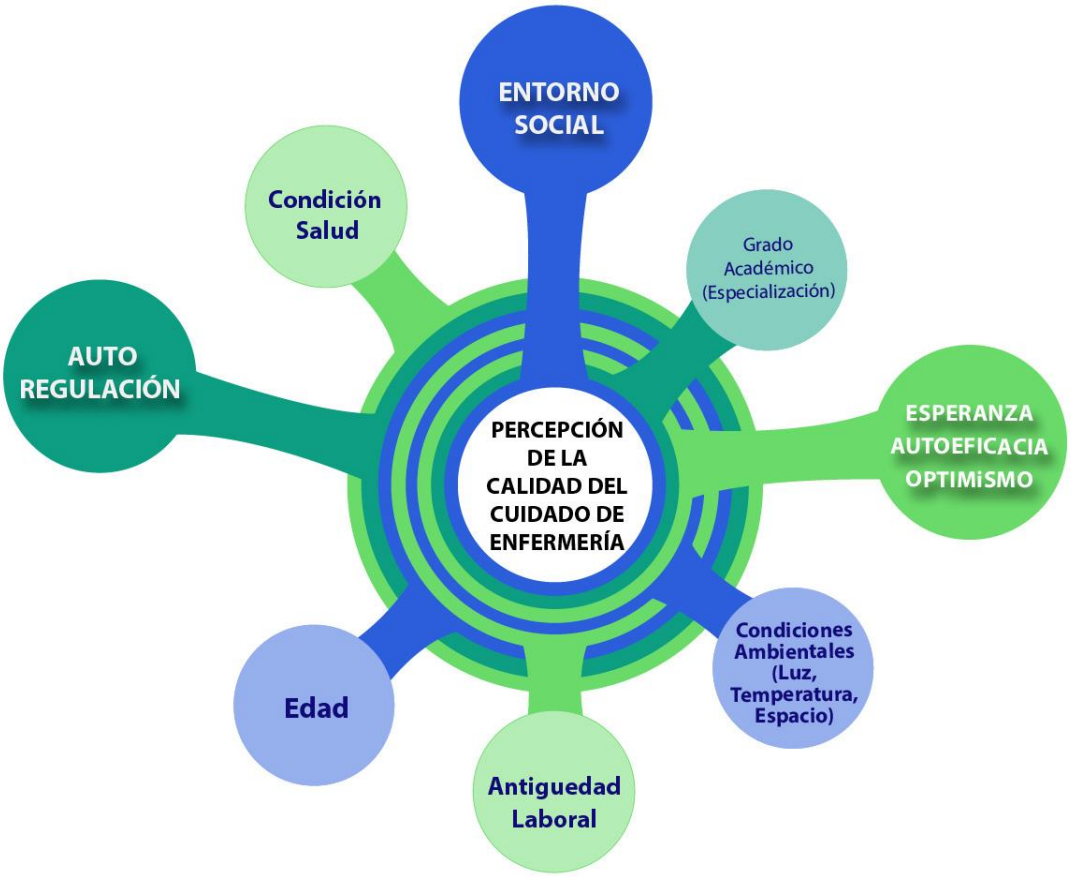
Fuente: Elaboración Propia.

Figura 13. Esquema integrativo de los conceptos y/o modelos de la investigación que influyen en la Percepción de la Calidad del Cuidado de Enfermería.



Fuente: Elaboración Propia.

Figura 14. Integración de las diversas variables de la investigación que influyen en la Percepción de la Calidad del Cuidado de enfermería.



Fuente: Elaboración Propia.

.

3.3.3) Comprobación de Hipótesis

Se indica que con el análisis de regresión lineal múltiple y de Ecuaciones Estructurales realizados en este estudio, se efectuó la comprobación de las siguientes hipótesis:

Tabla 50 Comprobación de las hipótesis propuestas para esta investigación.

Hipótesis de investigación	***Análisis de comprobación***
H1: Los profesionales de enfermería que valoran más alto sus condiciones de trabajo subjetivas perciben que otorgan una mejor calidad del cuidado.	Con los resultados obtenidos en el análisis de ecuaciones estructurales entre el puntaje total de las Condiciones de Trabajo subjetivas (Parte A y B) y la percepción de la Calidad del Cuidado, se reportó que a una mayor valoración de las condiciones de trabajo subjetivas en su parte A (método de desarrollo, entorno material y social), la percepción de otorgar una mejor calidad del cuidado es mayor. Por otro lado, la parte B (Ajuste organización-persona y Adaptación persona-organización) de las condiciones de trabajo subjetivas no fue valorada por los profesionales de enfermería, para otorgar una mejor calidad del cuidado percibido. **Se acepta parcialmente la hipótesis N°1**
H1.1: Los profesionales de enfermería que perciben mejores condiciones de trabajo, respecto a Entorno Material, perciben que otorgan una mejor calidad del cuidado.	Con los resultados obtenidos en el análisis de ecuaciones estructurales y el análisis de regresión lineal múltiple, entre la dimensión Entorno Material de las Condiciones de Trabajo subjetivas y la percepción de la Calidad del Cuidado, se evidenció que esta

	dimensión no fue valorada por los profesionales de enfermería, para otorgar una mejor calidad del cuidado percibido. **Se rechaza la hipótesis N°1.1**
H1.2: Los profesionales de enfermería que perciben mejores condiciones de trabajo, respecto a entorno social, perciben que otorgan una mejor calidad del cuidado.	Con los resultados obtenidos en el análisis de ecuaciones estructurales entre la dimensión Entorno Social de las Condiciones de Trabajo subjetivas y la percepción de la Calidad del Cuidado, así como el análisis de regresión lineal múltiple, se muestra que los profesionales de enfermería que perciben un mejor Entorno Social, perciben que otorgan una mejor calidad del cuidado. **Se acepta la hipótesis N°1.2**
H1.3: Los profesionales de enfermería que perciben mejores condiciones de trabajo, respecto a método de regulación, perciben que otorgan una mejor calidad del cuidado.	La dimensión Método de Regulación No se evidenció en el instrumento de Condiciones de Trabajo Subjetivas validado para esta investigación, por lo que esta hipótesis no pudo ser comprobada.
H1.4: Los profesionales de enfermería que perciben mejores condiciones de trabajo, respecto a método de desarrollo, perciben que otorgan una mejor calidad del cuidado.	Según el análisis de ecuaciones estructurales y regresión lineal múltiple, se evidenció que son otras las dimensiones de las condiciones de trabajo subjetivas valoradas por el profesional de enfermería para otorgar una mejor calidad del cuidado percibido. **Se rechaza la hipótesis N°1.4**

H1.5: Los profesionales de enfermería que perciben mejores condiciones de trabajo, respecto al ajuste de la organización a la persona, perciben que otorgan una mejor calidad del cuidado.	Tomando en cuenta los resultados obtenidos con el analisis de regresión lineal múltiple y ecuaciones estructurales, entre la dimensión Ajuste de la Organización a la Persona y Calidad del Cuidado, se evidenció que los profesionales de enfermería que valoran más alto esta dimensión perciben que otorgan una mejor calidad del cuidado. **Se acepta la hipótesis N°1.5**
H1.6: Los profesionales de enfermería que perciben mejores condiciones de trabajo, respecto a, la adaptación de la persona a la organización, perciben que otorgan una mejor calidad del cuidado	Los resultados obtenidos con el analisis de regresión lineal múltiple y ecuaciones estructurales, entre la dimensión Adaptación de la Persona a la Organización y Calidad del Cuidado, reportarón que los profesionales de enfermería que presentan una percepción mayor de esta dimensión, perciben que otorgan una mejor calidad del cuidado. **Se acepta la hipótesis N°1.6**
H2: Los profesionales de enfermería que presentan mayor profesionalismo, perciben que otorgan una mejor calidad del cuidado.	A la luz de los resultados obtenidos con el analisis de regresión lineal múltiple, así como también con ecuaciones estructurales, se reportó que los profesionales de enfermería que presentan mayor profesionalismo, perciben que otorgan una mejor calidad del cuidado. **Se acepta la hipótesis N° 2**

H2.1: Los profesionales de enfermería que presentan mayor profesionalismo, respecto al uso de una organización como un referente mayor, perciben que otorgan una mejor calidad del cuidado.	Tomando en cuenta los análisis de ecuaciones estructurales, entre la dimensión Uso de una organización como referente mayor y Calidad del Cuidado, se evidenció que los profesionales de enfermería valoran otras dimensiones del profesionalismo para la entrega de un cuidado de calidad percibido. **Se rechaza la hipótesis N° 2.1**
H 2.2: Los profesionales de enfermería que presentan mayor profesionalismo, respecto a creencia en el servicio público, perciben que otorgan una mejor calidad del cuidado.	Según los análisis por ecuaciones estructurales, se evidenció que son otras las dimensiones del profesionalismo que los enfermeros y enfermeras perciben para otorgar una mejor calidad del cuidado percibido. **Se rechaza la hipótesis N° 2.2**
H 2.3: Los profesionales de enfermería que presentan mayor profesionalismo, respecto a creencia en la autoregulación, perciben que otorgan una mejor calidad del cuidado.	Los resultados por análisis estructurales, reportarón que, los profesionales de enfermería que perciben una mayor creencia en la autorregulación, perciben que otorgan una mejor calidad del cuidado. **Se acepta la hipótesis N° 2.3**
H 2.4: Los profesionales de enfermería que presentan mayor profesionalismo, respecto al sentido de llamado a la profesión, perciben que otorgan una mejor calidad del cuidado.	Fundamentando en los análisis obtenidos por ecuaciones estructurales, para la dimensión del profesionalismo Sentido de llamado a la Profesión y percepción de la Calidad del Cuidado, se muestra que los profesionales de enfermería que perciben un mayor sentido de llamado a la profesión, perciben que otorgan una mejor Calidad del Cuidado **Se acepta la hipótesis N° 2.4**

H 2.5: Los profesionales de enfermería que presentan mayor profesionalismo, respecto a autonomía, perciben que otorgan una mejor calidad del cuidado.	A la luz de los resultados obtenidos por el análisis de ecuaciones estructurales entre la dimensión autonomía del inventario de profesionalismo y percepción de la Calidad del Cuidado se muestra que, los profesionales de enfermería que perciben una mayor autonomía, perciben que otorgan una mejor calidad del cuidado. **Se acepta la hipótesis N° 2.5**
H 3: A mayor nivel de capital psicológico mayor es la percepción de los profesionales de enfermería de su calidad del cuidado.	Fundamentando en los resultados obtenidos por el análisis de ecuaciones estructurales entre el valor total del capital psicológico y la percepción de la Calidad del Cuidado, se muestra que los profesionales de enfermería con mayor capital psicológico perciben que otorgan una mayor calidad del cuidado. **Se acepta la hipótesis N° 3**
H 3.1: A mayor nivel de autoeficacia, mayor es la percepción de los profesionales de enfermería de su calidad del cuidado	Tomando en consideración los resultados obtenidos por el análisis de ecuaciones estructurales, asi como también de la regresión lineal múltiple, se evidenció que los profesionales de enfermería que perciben una mayor autoeficacia , perciben que entregan una mayor calidad del cuidado. **Se acepta la hipótesis N° 3.1**
H 3.2: A mayor nivel de esperanza mayor es la percepción de los profesionales de enfermería de su calidad del cuidado.	Los resultados obtenidos por análisis estructurales entre la dimensión esperanza del constructo capital psicológico y la percepción de la Calidad del Cuidado, indican que los

	profesionales de enfermería que perciben una mayor esperanza, perciben que su calidad del cuidado es mayor. **Se acepta la hipótesis N° 3.2**
H 3.3: A mayor nivel de resiliencia mayor es la percepción de los profesionales de enfermería de su calidad del cuidado.	La dimensión Resilencia No se evidenció en el instrumento Capital Psicológico validado para esta investigación, por lo que esta hipótesis no pudo ser comprobada.
H 3.4: A mayor nivel de optimismo mayor es la percepción de los profesionales de enfermería de su calidad del cuidado	Según los análisis por ecuaciones estructurales, entre la dimensión Optimismo del Capital Psicológico y la percepción de la Calidad del Cuidado, se evidenció que los profesiones de enfermería que perciben mayor Optimismo, perciben que otorgan una mejor calidad del cuidado. **Se acepta la hipótesis N° 3.4**

Fuente: Elaboracion Propia.

4) DISCUSIÓN

Este estudio refleja la evaluación de la percepción de la calidad del cuidado que entrega el profesional de enfermería chileno desde su propia óptica, y la influencia de las condiciones de trabajo subjetivas, profesionalismo y capital psicológico en dicha calidad.

Al observar el comportamiento de las *variables biosociodemográficas*, se encontró en cuanto al sexo, un alto porcentaje de mujeres que trabajan en los servicios hospitalarios analizados, expresando la tendencia nacional[223,232,233] e internacional [124, 132, 138, 140, 213, 234] de ser un sector de actividad económica claramente feminizado. Referente a la edad, se puede decir que es un grupo profesional joven, similar a lo encontrado en otros estudios nacionales [147,148,223,232,233] e internacionales [124,132,138,140, 213, 234] . En lo que respecta al grado de estudio/postítulo, el profesional de enfermería, participante de esta investigación posee mayoritariamente el grado de licenciado en enfermería, llegando en un hospital a tener el 99% de las enfermeras con este título, lo que puede equipararse a países como España o Noruega [121] . Y es muy superior a países como Alemania donde en un estudio reciente, ninguna de las enfermeras encuestadas tenía el título de licenciatura, y de Bélgica, Finlandia, Irlanda y Suecia, en los cuales los porcentajes eran sólo sobre 50% [121] . Por otro lado, un porcentaje menor de las enfermeras/os encuestadas tiene el grado de magíster o alguna especialidad, realidad no diferente a la encontrada en otros estudios internacionales [124, 132,140,151, 235, 236] , donde el profesional de enfermería tiene principalmente el grado de licenciado, y muy pocos el grado de magister y especialización. A pesar que, cada vez son más las enfermeras/os que prefieren incorporarse a programas de especialización [170], por sobre los grados académicos de magister o doctorado en enfermería, no se evidenció esta tendencia en este estudio. Notándose como señala Herrera y Manríque una despreocupación por la realización de estudios después del pregrado [140] o carencia de facilidades en el contexto laboral para el perfeccionamiento. También, es importante considerar la escasa oferta de programas de magister y doctorado en los distintos países de la región, que dificulta la realización de estudios de postgrado [237]. En este sentido, los desafíos actuales y

futuros plantean a enfermería la necesidad de actualización permanente ya que, la labor del enfermero/a se torna más responsable y autónoma en tanto mejora el conocimiento de los fenómenos relacionados con su quehacer [238].

Los resultados de este estudio además, reflejan escasa participación del profesional de enfermería en organizaciones profesionales (31,7%). Aunque, existen variadas asociaciones de enfermería en los diferentes países [239], la tasa de participación de las enfermeras es baja, lo cual se constituye en un problema muy importante para enfermería [151] ya que unos de los indicadores de profesionalismo es justamente la participación en organizaciones profesionales [170]. Es así como, sólo el 6,9% de los profesionales de enfermería de este estudio, participan en el colegio de enfermeras. Referente a los colegios profesionales, en Chile al igual que en la mayoría de los países de Latinoamérica no se requiere de una colegiatura de carácter obligatorio [239]. Pero existen países como Guatemala, Ecuador, Puerto Rico, Costa Rica, Honduras y Perú en los que, para ejercer la profesión, se debe estar registrado en el colegio de enfermeras, es decir que la colegiatura es obligatoria y los colegios tienen el rol de velar por el ejercicio profesional, en que supervisan y fiscalizan los servicios de enfermería (239), lo que resulta trascendente para proteger a las personas de los daños causados por una mala práctica. Si esto fuera una norma para todos los países de América Latina, habría probablemente mayor regulación y el colegio tendría una relevancia que permitiría la potenciación de la profesión a favor no solo de los intereses de sus miembros, sino de la población a la que van dirigidos los cuidados de enfermería [239].

En lo que respecta a la percepción de su condición de salud, el profesional de enfermería, percibió su salud como buena o muy buena, resultado similar a estudios nacionales [223, 233] y latinoamericanos [240, 241]. Pero que difieren de otros estudios internacionales, que incorporan la variable situación de salud autorreportada y que muestran un porcentaje menor de enfermeras/os que perciben su salud como buena [136, 141, 242, 243]. Lo que es esperable, considerando que los profesionales de enfermería, al estar expuestos a riesgos laborales, y a un ambiente de trabajo poco favorable, presentan daños en la salud física y psicológica, expresándose en enfermedades músculo-

esqueléticas, trastornos gastrointestinales, una serie de sintomatología de carácter depresivo y ansioso entre otros [141, 145, 235, 244, 245]. Se debe tener en cuenta que, la autopercepción de la salud no proporciona información exacta de la misma, pero sí nos la proporciona de forma indirecta. Aunque es un indicador usado habitualmente en los estudios del grado de salud entre la población [246], la percepción en si misma, se ve afectada por la motivación de la persona, así como por sus expectativas, estilos cognoscitivos, o sea, la forma en que se relaciona con el ambiente y aprende de él, antecedentes culturales y por los estados afectivos de la persona [107]. Pero, es un resultado positivo, el que este grupo de profesionales de enfermería auto perciba su salud como buena o muy buena, puesto que la salud del personal de enfermería es de suma importancia, ya que si este goza de buena salud, puede realizar su trabajo con una mejor calidad, aunque haya condiciones difíciles [240].

Referente a las *variables de condiciones laborales objetivas*, se observa que un porcentaje mayoritario (86%) de los profesionales de enfermería están adscritos al denominado sistema de cuarto turno, que es un sistema de turnos rotatorio de 12 horas. Esta modalidad da cuenta de realizar un día un turno de 8:00 a 20:00 horas (denominado turno de largo), al día siguiente turno de 20.00 a 8:00 horas (denominado turno de noche) y posteriormente el trabajador/a cuenta con dos días libres para regresar a un próximo turno de largo. Este turno se realiza durante los siete días de la semana, considerando también los días festivos.

Otro sistema de turno que realiza el profesional de enfermería estudiado en menor porcentaje (15,5%), es el turno diurno que corresponde a turnos fijos de lunes a viernes en horario de 8:00 a 17:00, en los cuales se apoya la labor clínica y administrativa de la jornada o sólo se desarrollan actividades de gestión administrativa. Estos resultados concuerdan con lo expuesto en diversos estudios nacionales [147, 223, 233] y latinoamericanos [132, 143] pero difiere de los sistemas de rotación europeos en que porcentajes menores de enfermeras/os trabajan en sistema rotativo día/noche, la mayoría trabaja sólo durante el día o sólo en las noches [125]. Existen diversas actividades productivas que, por su propia naturaleza o por criterios de eficiencia

económica, están obligadas -u optan- por establecer una mayor continuidad en sus operaciones, abarcando la totalidad o la mayor parte de las horas del día, lo que se realiza mediante el sistema de turnos. Como el sector salud, cuyos servicios pueden ser requeridos por los consumidores durante la mayor parte del día o de la noche o, incluso, en cualquier momento de ellos [(247)]. Por lo que, el trabajo en turnos se vuelve la mejor alternativa, para dar continuidad a la atención, pero estudios recientes han demostrado que los turnos extendidos que cumple el personal de enfermería en los hospitales, se asocian con un riesgo significativamente mayor de errores [(248)]. Y que trabajar en turnos, en especial los nocturnos, tiene efectos negativos sobre la salud de las personas los que se dan a distintos niveles, por una parte se ve alterado el equilibrio biológico, por el desfase de los ritmos corporales y por los cambios en los hábitos alimentarios y también se dan perturbaciones en la vida familiar y social [(249)]. Se genera déficit de sueño, alteración el humor, incluso se predispone a riesgos en la asistencia a los usuarios, alterando la calidad de vida de los profesionales [(250)]. Además, estos largos turnos que realiza el profesional de enfermería, como se explicó anteriormente, repercuten indudablemente en su vida, ya que no coinciden en las actividades sociales, resintiéndose la vida familiar y las redes de apoyo social [(145, 251)], por otro lado, el riesgo de accidentes de trayecto se incrementa con la somnolencia y el cansancio [(145, 248)]. Desde el punto de vista ergonómico, es importante tener en cuenta estas consecuencias y diseñar el trabajo en turnos de manera que sea lo menos nocivo posible para la salud de aquellas personas que laboran en este sistema [(249)].

En relación a la remuneración del profesional de enfermería, el 62.1% recibe un suelo entre $500.000 - $1.600.000 pesos (CLP) equivalente a US$ 743,5 – US$ 2.379 dólares, dependiendo el sistema de turno, ya que en la mayoria de los casos, los profesionales de enfermería en Chile, que trabajan en modalidad de cuarto turno perciben un sueldo mayor que los de modalidad diurna. Al respecto, la remuneración del profesional de enfermería en Chile es baja [(145, 223)], pero al comparar con otros países de Latinoamérica, se puede apreciar que la remuneración que percibe en Chile un profesional de enfermería en un hospital público, es superior al resto de los países latinoamericanos que oscila

entre rangos de US$ 210 a US$ 1.100 dólares en hospitales públicos [30,130, 138, 143]. Pero se debe considerar que, el costo de la vida en Chile no es barato, comparado con otros países latinoamericanos, la mayoría de los productos industriales son importados y por lo tanto, más caros en Chile que en sus países de origen [223]. Santiago, que concentra la mayor cantidad de profesionales de enfermería, es considerada la quinta capital más cara de Latinoamérica [252]. Como exponen Paravic y cols [148] en una investigación en profesionales de enfermería chilenos, estos opinan que "las remuneraciones son menos de lo que merecen, están mal pagadas/os, no les proporcionan lujos ni cumplen con sus expectativas, también creen que no son adecuadas a sus gastos normales y que son malas".

En términos generales, la literatura refleja que los salarios del profesional de enfermería en general son bajos en comparación a otros sectores de la economía y entre profesionales del mismo sector, realidad presente tanto a nivel latinoamericano como en otros países de América del Norte, Europa y Asia [119, 253]. Estos niveles salariales provocan emigración a otras áreas de la economía cambiándose de trabajo y profesión [253, 254] y altas tasas de ausentismo y recambio, sin contar la conflictividad permanente [255]. Puesto que no se recupera la gran inversión en el proceso de formación y no se satisfacen las expectativas personales y profesionales [30]. Además, estos bajos salarios hacen que el pluriempleo y sobrecarga laboral a través de la realización de horas extras constituya un fenómeno muy extendido en estos profesionales y ampliamente documentado [130, 256]. Tal como señala Esquivel y Pereyra [130] en una investigación reciente y según los propios profesionales de enfermería que se entrevistaron: "es muy difícil que encuentres a un enfermero con un solo trabajo". Lo que a juicio de estas autoras es una situación que implica un importante desafío en términos de la calidad de los servicios que se puede proveer [130].

En cuanto a las variables antigüedad laboral en puesto de trabajo y antigüedad laboral total, el tiempo promedio que el profesional de enfermería en estudio lleva trabajando en el mismo servicio clínico es de 5.10 ± 6.91 años y el tiempo promedio total en que trabaja dentro del área de la Enfermería es de 6.66 ± 8.20 años. Al respecto hay estudios

que indican medias más altas en ambos ámbitos [135, 257], otros más bajas [132, 223,258], y resultados similares [143]. En paises Europeos como Bégica, Inglaterra, Finlandia, Alemania, Grecia, Irlanda, Suecia, Polonia, España, Suiza , Noruega y países bajos los años de antigüedad total en enfermería varian en un rango entre 11-15 años, con un promedio ligeramente menor en Noruega (8 años) y más alto en Alemania (16 años) [121], en países asiáticos como Irán se encontró un porcentaje mayoritario de enfermeras con menos de 5 años de antigüedad laboral [259] y en Turquía de 6,5 años [260]. A nivel latinoamericano, se encontraron medias de antigüedad laboral total como profesional de enfermería que oscilaron entre 7 a 21 años [16, 30,134, 138, 141].

Según lo encontrado, los profesionales en estudio presentan antigüedades menores y se condice a un grupo profesional joven, pero se considera que un tiempo de trabajo superior a seis años de ejercicio profesional y el tiempo de experiencia superior a cinco años en la unidad actual, representa un grupo de enfermeras/os con experiencia profesional creciente.

En lo que respecta al tipo de contrato, el 55,9% de los profesionales de enfermería encuestados presentan un contrato a plazo fijo o contrata; existe un 14,5% que trabaja a honorarios y un 13,4 % que trabaja como reemplazante. Es decir, un 83,8% de este grupo de profesionales de enfermería tiene un contrato a término fijo, poco seguro e inestable. Este dato es similar al obtenido por investigadores chilenos [223, 233], y latinoamericanos donde predomina el contrato a término fijo [130, 138].

Esta inestabilidad laboral, pudiese ser explicada en primer término por, la denominada Nueva Gestión Pública (New Public Management, NPM), como paradigma de una reforma profunda de los servicios públicos que les confiere un formato organizativo empresarial, mercantil y gerencial, que prefiere tener contratos temporales, discontinuos, fragmentados por ende inseguros, con la finalidad de evaluar por resultados y por competencias, desde una óptica de carácter empresarial y comercial [21]. Y además la realidad económica actual, ha llevado a muchas instituciones de salud, para garantizar su propia supervivencia financiera, frente a la competencia y la inequidad en la distribución de recursos, a desarrollar estrategias mercantiles como la disminución de los

costos laborales, lo que ha afectado a la gran mayoría de los trabajadores asalariados del área de la salud, en cuyo caso los profesionales de enfermería, por extensión, quedaron incluidos en dichas políticas. Es así, como se han introducido, cambios en los procesos de contratación (contratos a término fijo, transitorios, temporales, a tiempo parcial) [21, 261], en la mayoría de los países latinoamericanos incluido Chile. Realidad diferente a países Europeos como España en que la gran mayoría de los profesionales de enfermería tienen contrato titular.

Además, se ha incurrido en la creación de sistemas de contratación que permiten la figura de prestadores de servicios, que como indica Seguel y Valenzuela [145] corresponden a agentes externos que agotan la estabilidad laboral ofreciendo ingresos de acuerdo a las horas trabajadas, lo que, a raíz de un mercado laboral saturado, se ha traducido en cesantía [144]. Es así como, en países como Colombia el 44% de las encuestadas tienen contratación por cooperativas de trabajo asociado [138]. Esta situación de inestabilidad genera altos niveles de estrés, lo que puede afectar la salud física y mental de los profesionales [262]. Además, genera desánimo, puesto que su trabajo no se ve recompensado con un cargo definitivo que le otorgue una mayor estabilidad laboral [130, 233].

Respecto al tiempo percibido como necesario para realizar el trabajo en la jornada laboral, los profesionales de enfermería del estudio tiene una percepción, que se orienta a la falta de tiempo necesario para hacer bien su trabajo con su actual jornada laboral y sólo un 2,1% señala que le sobra tiempo. En este sentido, existe amplia literatura que expone la sobrecarga laboral del profesional de enfermería [130, 253, 261] y además da cuenta de la ambigüedad de rol o de las tareas o multitareas [119, 261] a la que se ve afectado este profesional y la falta de apoyo de sus supervisores [119]. Esto con lleva, a que este profesional sienta una falta de tiempo en su jornada laboral, que se traduce en falta de tiempo para comunicarse con los pacientes, para estar en contacto con ellos, educarlos y debido a la alta carga de trabajo y el cumplimiento de funciones administrativas, muchas veces deben interrumpir el cuidado directo a los pacientes para atender otros requerimientos, todo lo cual lleva a una deficiente calidad en los

cuidados [253]. De esta forma el modo en que esta diseñado el trabajo, la organización de los establecimientos hospitalarios, la administración del personal puede poner en peligro la prestación de la atención [15, 253].

En este sentido Blanch [21] señala que, "esta vivencia psicológicamente insatisfactoria de -exceso de trabajo- o de -escasez de tiempo- para terminarlo todo o para hacerlo bien, de agenda saturada, de prisa y urgencia permanentes y cronificadas, de percepción de desbordamiento, riesgo de colapso y conciencia de mala praxis, lastra y limita la capacidad de satisfacer, con eficacia y eficiencia, puntualidad y excelencia, las demandas cuantitativas y cualitativas, cognitivas y emocionales del propio trabajo y constituye un importante factor de riesgo psicosocial".

En relación a las *variables de condiciones ambientales del lugar de trabajo*, percibidas por los profesionales de enfermería participantes. Se observa que en general, un alto porcentaje perciben las condiciones de temperatura, iluminación y espacio en sus puestos de trabajo entre regulares a adecuadas, con predominio de este úlimo atributo y calificaron el nivel de ruido principalmente como regular. En la búsqueda bibliográfica, se encontraron resultados similares a nivel nacional [223] en las variables iluminación, espacio y ruido, pero la temperatúra fue percibida mayoritariamente como regular y discrepan parcialmente con un estudio latinoamericano [16] donde las condiciones ambientales negativas más señaladas por las enfermeras en su lugar de trabajo fueron, el calor y el hacinamiento, además del ruido, este último parámetro si concuerda con esta investigación y también coincide con estudios brasileños [135, 263] donde las enfermeras/os perciben los niveles de ruido como altos o señalan una alta exposición al ruido en este profesional**.**

En términos generales, investigadores refieren que las condiciones de trabajo inadecuadas tienen un impacto negativo en la calidad de la asistencia [15-20], señalando que las condiciones en que se realiza el trabajo pueden repercutir sobre diferentes aspectos de la actividad laboral, no sólo en la calidad del mismo trabajo, sino además en el bienestar, motivación, compromiso, satisfacción, rendimiento de los trabajadores, así como en su salud, pudiendo desencadenar patologías profesionales y accidentalidad

laboral. [23, 25, 26, 27].

Parece ser que el ruido es un factor ambiental, percibido en común como inadecuado en los profesionales de enfermería, tanto a nivel nacional como internacional. El ruido es un sonido que interfiere con las actividades, la comunicación oral, el descanso; lo que tiene una connotación más compleja en los servicios clínicos, donde se debe predisponer al reposo de los usuarios y se realizan técnicas y procedimientos que requieren de concentración [264]. La literatura expone que el nivel de ruido puede afectar en primer lugar a la propia salud de los trabajadores, principalmente en el aparato auditivo, pero también tiene otras repercusiones fisiológicas, entre las que se pueden destacar el aumento del ritmo cardiaco, aumenta la presión sanguínea, modifica el ritmo respiratorio, produce tensión muscular, reducción de la actividad cerebral, con la consiguiente disminución de la atención y concentración. Otras consecuencias son las de índole psicológica como modificaciones del carácter o tendencias a actitudes agresivas, irritabilidad y ansiedad [70, 264, 265].

Por otro lado, es favorable que los profesionales de enfermería de este estudio perciban los aspectos del ambiente laboral, iluminación, temperatura y espacio físico en predominio de adecuación. Es importante señalar que todos los servicios evaluados contaban con espacios iluminados con luz natural y luz artificial, cuando esta se requería. La existencia de una iluminación adecuada es requisito básico para la realización de cualquier actividad, en especial aquellas que exigen un esfuerzo visual elevado, como en la mayoría de los procedimientos y técnicas de enfermería. La iluminación incorrecta puede producir molestias y trastornos como irritación y cansancio ocular, o dolores de cabeza, puede aumentar la necesidad de concentración y requerir esfuerzos adicionales y contribuir a un mayor número de errores y accidentes [70, 265].

En cuanto a la temperatura, esta se conserva por medios artificiales en los servicios clínicos estudiados. La sensación de comodidad térmica está relacionada a diversos factores además de la propia temperatura, como la humedad, ventilación, existencia de corrientes de aire etc.

Una temperatura inadecuada sumada a una ventilación, velocidad del aire inapropiadas, al nivel de actividad del trabajo y ropa que se lleve, pueden originar situaciones de riesgo para la salud de los trabajadores, conocida como estrés térmico, bien por calor o frío [264] que afecta sus desempeño laboral [265].

Es así como, la disponibilidad de luz natural y temperatura ambiental agradable han sido identificados como protectores de estrés en el ambiente físico de trabajo [266].

Por último, la estructura física de la mayoría de los servicios estudiados, era relativamente nueva, generando espacios adecuados para el desempeño de las labores. Las condiciones de trabajo pueden verse seriamente perturbadas si las dimensiones de los lugares de trabajo no permiten que los trabajadores tengan la superficie y el volumen adecuados para que realicen su trabajo sin riesgos para su seguridad y salud y en condiciones ergonómicas aceptables [264, 265].

En lo que respecta a la percepción individual del profesional de enfermería participante del estudio, sobre las *mayores demandas físicas y mentales en su trabajo*, a través de la evidencia, se ha identificado una alta demanda psicológica y física hacia el rol de enfermería [145, 267, 268], caracterizando el trabajo de este profesional por las elevadas demandas físicas y mentales [269, 270], a las que se ve enfrentado. En este sentido, es importante señalar que, el proceso de trabajo de enfermería es complementario, interdependiente y colectivo [269, 271] y presenta una división técnica del trabajo, en que las acciones son jerarquizadas por complejidad de concepción y ejecución, lo que exige habilidades diferentes para el manejo de los diversos instrumentos y métodos [269]. En el ambiente hospitalario se establecen las demandas de tareas y en él, el profesional experimenta varios grados de control sobre las actividades que ejecuta [272], pudiendo percibir de modo diferente aquellas actividades que para él, constituyen mayores demandas físicas y/o mentales.

En referencia a las actividades percibidas por el profesional de enfermería que le implican una *mayor demanda física* se encuentran: la movilización de pacientes, sobrecarga de trabajo clínico, visita médica y el estar en posición de pie por muchas horas. En el área asistencial el profesional de enfermería lleva a cabo diferentes

procesos, procedimientos y actividades [273], relacionadas con la valoración física, remisión y control de síntomas [145] que involucran, trabajo prolongado de pie por largos periodos de tiempo, maniobras que implican posturas de inclinación y/o levantamiento de pacientes varias veces al día, levantamiento y manipulación de peso, desiguales niveles de dificultad postural, requeridos para tareas especificas y muchas veces de larga duración, adopción de posturas inadecuadas, sobreesfuerzos físicos, grandes recorridos durante la jornada entre otros [145, 273, 274, 275]. Todo lo cual, se constituye en factores de riesgo ergonómico asociados al trabajo en enfermería [274], que terminan muchas veces por desencadenar molestias músculo esqueléticas, dolores varios y restricción de la movilidad, que pueden obstaculizar el rendimiento normal en el trabajo o en otras tareas de la vida diaria [264, 276]. Por lo que, deben ser tenidos en cuenta para favorecer la calidad del cuidado que entrega el profesional de enfermería.

Por otro lado y haciendo referencia a la sobrecarga de trabajo clínico percibida por el profesional de enfermería en estudio, se puede señalar que la sobrecarga de trabajo tanto cuantitativo como cualitativo en el profesional de enfermería ha sido ampliamente documentada [144, 145, 264]. Aspecto que ya fue discutido en el análisis de las condiciones laborales objetivas, y como se indicó puede llevar a una deficiente calidad en los cuidados [253].

Llama la atención que el profesional de enfermería en estudio, perciba la visita médica como una actividad que implica mayor demanda física y también lo mencionan como de mayor demanda mental. Esto se asimila a los resultados de un estudio brasileño, en que los profesionales de enfermeria reportaron un ambiente laboral parcialmente favorable a las relaciones profesionales entre enfermeros/as y médicos, concluyendo que reduciendo la percepción de relación profesional cordial entre enfermero y médico, se disminuye la percepción del cuidado de calidad [132]. En este sentido, la literatura indica que, la interacción social en el hospital es tremendamente compleja, una de ellas es la relación entre los profesionales de enfermería y medicina [277]. El modelo de trabajo médico-enfermera constituye el binomio encargado de una atención integral [278] y su interacción es esencial en la atención de los enfermos [279]. Pero, no siempre las relaciones entre

estos profesionales son las más adecuadas, en algunos servicios no hay tiempo para comunicarse, para intercambiar ideas y en gran parte los resultados obtenidos por el personal de salud obedecen a la buena comunicación y a la pronta respuesta ante cierto problema [(277)]. En la sociedad médico-enfermería es donde se concentra gran parte de la esencia del ejercicio médico, es por donde fluye todo un canal de información y es donde puede estar la razón por la cual se presentan dificultades inesperadas [(277)]. Según Flórez Lozano [(280)], tales dificultades surgen muchas veces porque los médicos no les consultan a las enfermeras sobre los pacientes que tienen a su cargo y actúan sin considerar el trabajo en equipo. A veces, las enfermeras manifiestan que descargan sus sentimientos negativos y se sienten presionadas por el uso muchas veces de un lenguaje impropio de la profesión y su nivel educativo [(277)]. En muchas situaciones, la/el enfermera(o) tiene la obligación de seguir las órdenes médicas sin cuestionarlas [(279)], además por experiencia de la tesista en reiteradas ocasiones, se debe esperar que el médico "pase visita" sin poder avanzar en la atención de los usuarios, generando retrasos que llevan a sobrecarga de trabajo en ciertos horarios, acompañar al médico durante la visita desarrollando muchas veces actividades de secretariado más que las pertinentes al rol profesional. En esta perspectiva, en un estudio realizado sobre la salud mental de los profesionales del área de la salud, se describe un panorama psicodinámico bastante complejo en cuestiones relacionadas a la hegemonía del discurso médico en relación a los demás profesionales del área, lo que repercute negativamente, en la salud mental de los trabajadores [(275)].

Pero también, son los propios profesionales de enfermería con sus relaciones, los que contribuyen a perpetuar comportamientos inadecuados, desfasados o insatisfactorios; muchas enfermeras/os aún usan viejos modelos y relaciones para desarrollar sus relaciones con el médico [(277)]. En este sentido Guillén, [(278)] ha descrito que el binomio médico-enfermera muchas veces no posee el dominio de los factores que influyen en la comunicación, elemento fundamental para el desarrollo de su competencia y desempeño diario.

A pesar que, se ha ido pasando gradualmente de un modelo caracterizado por diferencias considerables de jerarquías, poder e influencia en donde la profesión de enfermería se ha visto supeditada a las indicaciones médicas [281] a un modelo en el cual los médicos y enfermeras comienzan a ser partes equivalentes de un equipo de atención [282] aún falta por avanzar más en este terreno, donde fácilmente se pueden crear tensiones. Es importante considerar que, la complejidad de la atención médica moderna expone al paciente a riesgos y requiere del trabajo armonioso de todos los integrantes del equipo de salud. Por ello, la colaboración entre los médicos y las enfermeras es un elemento fundamental de cualquier programa de administración de riesgos y seguridad del paciente [282]. Al respecto, la literatura señala, cuatro pilares fundamentales que no pueden faltar en la relación enfermería-médico: comunicación, trabajo en equipo, buenas relaciones personales y adecuado manejo del estrés [277].

Ahora, al considerar las actividades percibidas como de mayor *demanda mental* por los profesionales de enfermería en estudio, estas correspondieron a la atención de familiares, la contención emocional de los pacientes, actividades administrativas, los conflictos entre profesionales de enfermería y la mala calidad contractual. Al respecto, la literatura apunta a que las mayores demandas de índole psicológicas de trabajo para el profesional de enfermería se relacionan con: vivenciar el sufrimiento del paciente y contenerlo emocionalmente, tomar decisiones bajo presión, proporcionar cuidado a familias con requerimientos emocionales, orientación a los familiares sobre el estado de salud de los pacientes, falta de tiempo para dar soporte emocional al paciente por actividades administrativas, desequilibrio de las interrelaciones con colegas, carga horaria semanal y turnos de trabajo [145, 283, 284]. Varias de las cuales concuerdan con las referidas por los profesionales de enfermería participantes de este estudio. Expertos en el tema indican que, el cuidado de la persona con necesidades es la principal prioridad del profesional de enfermería, por lo que se involucra no solo con el paciente, sino que además con su familia, asociando tiempo, energía y sentimientos[145]. En muchas ocasiones, por la prolongada estadía del paciente, se establece una estrecha relación con ellos y con la familia, creando un lazo de dependencia con alto compromiso en pos de

otorgar cuidado de calidad[145], lo que significa una elevada demanda cognitiva y psíquica [265] para estos profesionales, generando un cansancio emocional que puede influir en sus labores, provocando deterioro en la calidad del cuidado [145].

Por otro lado, resultados de investigaciones han reportado que las actividades administrativas o de gestión son las que demandan mayor tiempo para el profesional de enfermería, por lo cual, diversas actividades procedimentales, en reiteradas ocasiones, son delegadas al personal paramédico[285]. Las actividades administrativas y burocráticas como el seguimiento de exámenes, traducción de la letra en las indicaciones, coordinar y supervisar actividades, reuniones de coordinación, mantenimiento de la atención, gestión de pedidos, control de medicamentos, gestión del transporte y locomoción del paciente, contestar el teléfono, distribución de la tareas al personal auxiliar y en caso de ausencia de otro profesional de enfermería, entre otras [145], son actividades que van cada vez más en aumento [272] y restan tiempo al cuidado directo de los usuarios, generando muchas veces interrupción del mismo[253] y a las actividades de educación y promoción de la salud. Al respecto, un estudio indicó en sus resultados que hubo una mayor proporción de enfermeras desarrollando actividades administrativas, en comparación con el grupo de actividades de atención [286].

Siguiendo con las actividades reportadas por el profesional de enfermería en estudio como de mayor demanda mental, se encuentra los conflictos entre ellos. Enfermería es fundamentalmente, una disciplina social, de interrelaciones personales y actividades sociales [281], donde además del vínculo que tiene con el paciente, el profesional de enfermería tiene que desarrollar relaciones con los demás integrantes del equipo de salud, alumnos, personal administrativo y con sus propios colegas, pero, justamente las relaciones con sus propios colegas muchas veces se tornan dificultosas [277]. Otros estudios, tambien dan cuenta de la falta de colegialidad (las relaciones de colegas que trabajan juntos) entre los enfermeros/as y que esta proporciona un marco en el cual se espera que los profesionales se responsabilicen mutuamente por el cuidado que brindan y por la congruencia con los estándares locales y nacionales, indicando que la colegialidad es la primera línea de autoregulación profesional [159].

Los profesionales de enfermería, a veces se socavan a si mismos, al no cultivar relaciones de compañerismo con sus propios colegas; se miran mutuamente como rivales o adversarios en vez de colegas o compañeros [(277)]. Estudios en el ámbito, han reportado la competitividad y la falta de apoyo de compañeros como aspectos psicosociales del trabajo de enfermería que interfieren en la salud de estos trabajadores [(272)]. Además, estas malas relaciones interpersonales, comunicación deficiente y escaso trabajo en equipo entre las/os enfermeras/os son lo que provocan alto desgaste y pobre calidad de atención a los pacientes [(287)]. A pesar de las diferencias entre colegas, es común el silencio organizacional dentro del lugar de trabajo, donde se prefiere quedar en silencio a una comunicación sincera y fluida [(277)]. Estudios al respecto muestran que menos del 10% de enfermeras y médicos se enfrentan con sus colegas, al descubrir signos francos de juicio clínico pobre u otras intervenciones que puedan originar consecuencias [(277)].

Este resultado también puede ser explicado al tener en cuenta, que el profesional de enfermería esta sometido a situaciones estresantes, de hecho ha sido catalogada como la cuarta profesión más estresante [(145)]. Bajo este estado de estrés ocupacional, la persona puede establecer relaciones interpersonales impregnadas por el conflicto, haciendo del lugar de trabajo un escenario tensor de las relaciones humanas, sociales y jerárquicas[(286)]. Si el estrés ocupacional predomina, su efecto sobre el individuo será negativo, desalentando el ejercicio de sus funciones, provocando sentimientos de soledad, impotencia y desaliento y disminuyendo su capacidad de trabajo[(286)]. Por otro lado, las rutinas extenuantes, con acciones automatizadas y mecánicas que presenta el profesional de enfermería, desfavorece las relaciones interpersonales tanto en la producción y en un vivir más humanizado y sano [(271)]. Por tanto se hace importante comprender este fenómeno de inadecuadas relaciones entre colegas para favorecer tanto un cuidado de calidad como la propia salud del profesional.

La mala calidad contractual, también fue señalada como una actividad de alta demanda mental en este estudio, lo que llama la atención, puesto que no es una actividad del profesional de enfermería, ni es algo que pueda controlar directamente. Pero, al aparecer le genera una carga psíquica importante, se debe recordar que el 83,8% del grupo de

profesionales de enfermería en estudio tiene un contrato a término fijo. Este aspecto ya fue discutido, al momento de describir el tipo de contrato bajo el que se encuentra este profesional y es una situación que no sólo ocurre en Chile, sino que también a nivel internacional[142, 143] a la que se debe poner atención y generar medidas para su minimización.

Referente a las *estrategias propuestas por el profesional de enfermería para afrontar las demandas físicas y/o mentales.* Se aprecia como primera medida en los tres hospitales el aumento de la dotación de profesionales de enfermería, seguido por favorecer el trabajo en equipo y las estrategias de comunicación entre el personal. La falta de dotación de profesionales de enfermería, es una realidad ampliamente documentada por la literatura [253, 270] y puede impactar negativamente en el cuidado que proporciona este profesional y en su calidad de vida personal y familiar, debido a la sobrecarga que conlleva. Aiken y cols. [267] demostraron que, las enfermeras que trabajan en hospitales con niveles bajos de dotación de personal fueron 35% más propensas a reportar insatisfacción en el trabajo y un 25% más propensas a informar de alto agotamiento emocional. McHugh y cols. [268] han reportado que los pacientes presentan niveles de satisfacción más bajos con profesionales de enfermería que no están satisfechos y que esto constituye una evidencia que apunta a problemas con la calidad de la atención. Constituye entonces una prioridad, intervenir en esta problemática con soluciones eficaces como la corrección del índice Nº enfermeras/os v/s Nº pacientes, para evitar la sobrecarga de trabajo e incrementar la calidad del cuidado [253].

Acogiendo las estrategias de favorecer el trabajo en equipo y de comunicación entre el personal, cabe señalar que, el proceso de trabajo en salud reúne un conjunto de actividades programadas y normalizadas, que se realizan a la base de la cooperación y, además, en un escenario dinámico e inestable [271]. Toda organización de trabajo se basa en una actividad grupal o de equipo [288], de manera que, el trabajo en equipo y la comunicación eficaz se vuelven estrategias indispensables para obtener resultados de cuidados óptimos. Sin embargo en la práctica a veces se torna difícil la comunicación por las características del servicio [277]. Aprender el uso del lenguaje verbal y no verbal,

observar, escuchar y empatizar, precisa de un gran esfuerzo para su desarrollo, y para el logro de la interacción comunicativa [278], de modo que responda a las demandas y exigencias que cada día se requiere para desempeñar un trabajo adecuado. Autores coinciden en que la comunicación al interior de los equipos de salud, es el medio fundamental con que cuenta el equipo para alcanzar los objetivos propuestos [288].

Por su parte, el trabajo en equipo conceptuado como un grupo de personas, con capacidades complementarias, comprometidas con un propósito, un objetivo de trabajo y planteamiento comunes y con responsabilidad mutua compartida [277] es vital en las instituciones de salud. Ya que, la complejidad de los procesos laborales, el uso de una tecnología mas sofisticada obliga a departamentalizar o dividir los sistemas de producción, haciendo necesaria la colaboración de distintos profesionales, expertos en distintos campos y con formación diferente [288], dando lugar a la reorganización del trabajo clínico en equipos interprofesionales.

El cuidado del paciente se hace cada vez más complejo y requiere la colaboración eficaz entre los profesionales, luego, el trabajo en equipo y la comunicación se tornan como estrategias efectivas y eficaces para hacer frente a las exigentes demandas del trabajo de enfermería. Además, estudios han determinado que mejorar el trabajo en equipo podría conducir a un menor racionamiento implícito del cuidado de enfermería[200]. El racionamiento implícito, se refiere a la retirada o el fracaso de llevar a cabo las actividades de atención de enfermería necesarias, principalmente por falta de recursos de diversa índole, descrito también como falta de atención, cuidado omitido o cuidado de enfermería que se dejó sin hacer [200].

En cuanto, al contexto de los resultados descriptivos y comparativos de la percepción de la *Calidad del Cuidado de Enfermería,* la puntuación de la percepción de la Calidad del Cuidado tuvo un promedio de 4.23 ± .51 puntos en los tres hospitales estudiados, en una escala de 1 a 5 puntos (donde 1 significa menor calidad y 5, mayor). Luego, al comparar los puntajes de la percepción de la Calidad del Cuidado en los tres hospitales, se encontró significancia estadística, de modo que los profesionales de enfermería del hospital de Talca presentan las puntuaciones mas altas (4.34 ± .46) y los del hospital de

Chillán el menor valor (4.10 ± .52). Lo que probablemente esta asociado a las variables que se abordarán más adelante. Pero de igual modo, todos los hospitales en estudio presentarón rangos sobre 4 puntos, por lo que se considera que estos resultados son favorables y que el cuidado de enfermería en estos establecimientos hospitalarios se orienta a la calidad. Estos resultados son levemente mejores que los obtenidos en una investigación nacional que determinó la calidad del cuidado evaluado desde la percepción del profesional de enfermería[223] y relativamente similares a los Andersson y Lindgren [106] en Suecia, que evaluaron la calidad de los cuidados de enfermería pero considerando la perspectiva del personal de enfermería (que incluía técnicos de enfermería) [106]. Son muy escasos los estudios que han evaluado la percepción de la calidad del cuidado considerando la opinión de quien lo entrega o sea del profesional de enfermería. Los estudios desarrollados en la temática, se enfocan en conocer las expectativas y percepciones, por parte del usuario para evaluar la calidad percibida del cuidado de enfermería [206, 214, 216, 221, 289, 290], principalmente con instrumentos generados desde la óptica de la satisfacción usuaria [7,199, 202, 217]. Pero la calidad del cuidado de enfermería debería ser medida desde la perspectiva no tan sólo de los pacientes, sino del propio personal de enfermería [104,106]. Ya que, los pacientes y enfermería tienen apreciaciones diferentes de lo que compete un cuidado de calidad, generalmente no están de acuerdo sobre la naturaleza de salud de sus problemas, tratamientos y resultados [291]. Los pacientes tienen su propio punto de vista sobre la calidad del cuidado basado en experiencias previas y la atención que desea recibir en relación con sus expectativas [106, 292]. Evidenciándose muchas veces opiniones contrapuestas en lo que el propio paciente percibe como un cuidado de calidad [293, 294, 295, 296]. Por tanto, se considera relevante para la disciplina y practica de enfermería incorporar la opinión del profesional de enfermería. Teniendo en cuenta que, las enfermeras/os son el mayor colectivo de profesionales de la salud y representan una amplia proporción del costo sanitario total [297] su percepción de la calidad del cuidado es fundamental [223].

Ahora al comparar, el resultado obtenido en este estudio, con otras investigaciones en la temática pero que incorporan la opinión del paciente, se encontró que los niveles de

calidad del cuidado de enfermería son disimiles. Además hay diferencia entre países, siendo en algunos países europeos como Noruega más elevados [206] y en otros como España [203], Chipre, Finlandia, Grecia y Suecia [197] regulares; también se encontraron índices altos en Estados Unidos [201], y más bajos [199,202, 204, 207] a regulares [202] en países asiáticos. En Latinoamérica, la calidad del cuidado se ha señalado como adecuada en países como Colombia [213, 216, 217], Brasil [214, 221] y Cuba [215] y regular en México [219]. Esto denota que no todo está escrito con respecto a la percepción de la calidad del cuidado de enfermería, que a pesar del avance de enfermería como profesión y disciplina y los adelantos científico-tecnológicos traídos por la globalización, aún la calidad del cuidado es desigual en los países, e incluso al interior de los mismos. Las causas pueden ser de diversa índole: sociocultural, política, económica, ya que cada país ostenta un desarrollo económico y cultural diverso, con necesidades específicas y realidades únicas, agregando también una formación universitaria diversa.

Enfermería tiene conciencia de su responsabilidad ante la calidad del cuidado que presta al paciente, a la institución, a la ética, a las leyes y a las normas de la profesión, y también de la contribución de su desempeño en la evaluación del cuidado y satisfacción de los pacientes [214]. Sin embargo, la literatura sigue evidenciando inconsistencias en el cuidado otorgado tales como: inadecuada entrega y recibo de turno, falta de continuidad del cuidado, exigua atención a las necesidades de salud de los pacientes, incremento en las tasas de eventos adversos atribuidos a enfermería, falta de comunicación entre el equipo interdisciplinario, escasez de información y orientación al paciente sobre los procedimientos a realizar, falta de atención al llamado, y más aún, cuando el paciente no llega a conocer el servicio en el que se encuentra hospitalizado y reconocer al personal de Enfermería que lo cuida [10]. Todo lo cual afecta al paciente, a su familia y a los establecimientos hospitalarios que deben asumir estadías más prolongadas, costos derivados de eventos adversos, etc.

Por lo que, los resultados encontrados en esta investigación son alentadores y evidencian el cumplimiento de la enfermeras chilenas de garantizar profesionalmente el cuidado de enfermería de las personas, asumiendo el peso histórico y cultural del

cuidado humano [298]. Y, da pie a la permanente evaluación de los mismos, teniendo en cuenta que, para saber si se están proveyendo cuidados de calidad es indispensable su evaluación, pues con ella se detectan los puntos vulnerables que requieren una mayor atención [218]. El profesional de enfermería debe permanentemente cuestionarse sobre la forma de proporcionar una mejor atención a los pacientes, con el norte de alcanzar un cuidado de calidad, ya que siempre existe la posibilidad de la mejora continua.

En relación, a las dimensiones que conforman la variable percepción de la *Calidad del Cuidado* por los profesionales de enfermería del estudio, se encontró que la Dimensión *Satisfacción con el Trabajo* presentó la media mas alta (4.82±.81) de las cuatro dimensiones. Este resultado concuerda con otro estudio nacional que utilizó esta misma escala [223] y discrepa de otras investigaciones revisadas, donde la insatisfacción de las enfermeras es una constante [121,143, 148]. Al respecto, la literatura expone que uno de los factores determinantes para conocer la adaptación del profesional al entorno organizativo es la satisfacción laboral, referida a la valoración general que el trabajador efectúa sobre su trabajo [299], y que la satisfacción del profesional sanitario es un elemento imprescindible del proceso asistencial y se relaciona de modo directo con la calidad de los servicios sanitarios [299]. Es así como, el grado de satisfacción puede afectar la cantidad y calidad del trabajo que desempeñan los sujetos, e incidir en la baja calidad de la prestación, ausentismo laboral, propensión a abandonar la organización, entre otros [300]. Por lo que, el incrementar la satisfacción laboral del profesional, se optimiza la relación con el paciente, y con ello se eleva la calidad de los cuidados prestados [299], es favorable entonces que los profesionales de enfermería de este estudio presenten índices elevados de satisfacción laboral.

Por otro lado la Dimensión *Relaciones Psicosociales*, es la que presentó la media mas baja (3,60 ± 8.2), de las cuatro dimensiones que conforman este constructo percepción de la Calidad del Cuidado. Este resultado esta en la misma línea, con una de las actividades de mayor demanda mental declarada por los profesionales de enfermería del estudio, que fue el “conflicto entre colegas” y con una de las estrategias para afrontar estas demandas, “favorecer la comunicación entre el personal”. Por lo que se infiere que

las relaciones psicosociales constituyen un tema a tratar en este grupo de profesionales, con foco en las relaciones entre colegas ya que las preguntas del instrumento estaban orientadas en este ámbito. Este resultado no es difierente al obtenido por otros investigadores que declaran que existe una vivencia de "caos relacional" entre los profesionales de enfermería, originado en la mayoría de las unidades hospitalarias por una falta de orden y organización del trabajo [301, 302]. Es habitual advertir en estos días, problemas relacionales entre el personal de enfermería de los hospitales, falta de una correcta comunicación entendida desde la escucha activa, la empatía y la autenticidad [301]. Ocasionado, en parte a inconvenientes de organización del trabajo [302], la manera de gestionarlo, y a carencia de habilidades que ayudarían a transmitir dichos problemas y mejorar así la vida laboral de estos profesionales; ya que la comunicación de las enfermeras/os con sus colegas es considerada en conjunto a las buenas relaciones interpersonales y la interacción social, como factores imprescindibles para estar con agrado en el trabajo [301, 303, 304]. Y además, no puede dejar de considerarse que en el contexto hospitalario, la colaboración profesional y la comunicación efectiva del equipo que atiende a cada paciente son fundamentales, caso contrario se originan variados problemas como falta de información crítica, indicaciones no claras, fallos en la identificación de cambios en el estado de los pacientes, entre otros [305].

Situaciones todas, que pueden llevar a errores y eventos adversos, es así como los fallos de comunicación entre los profesionales están descritos como la principal causa de los eventos centinelas notificados a Joint Commission international [305]. Estudios, han demostrado que una comunicación efectiva conlleva a mejoras en los resultados: mejoras en los flujos de información, mejora la seguridad de la atención, realza la moral de los profesionales, aumenta la satisfacción del paciente y la familia y disminuye la estancia hospitalaria [304,305]. Pero, y a pesar de tener el conocimiento, la mayoría de los/las enfermeros/as presentan deficiencias para desarrollar relaciones comunicativas eficaces y estrategias para resolver problemas de comunicación [301]. Situación que no es diferente para los profesionales de enfermería de este estudio, el uso correcto de las actitudes y habilidades relacionales, ayudarían a los profesionales de enfermería a

mantener adecuadas relaciones interpersonales, buscar soluciones entre los compañeros, disminuir sus vivencias de estrés laboral [301], propiciando un entorno laboral positivo y cuidados de enfermería de calidad.

En cuanto a las otras dos dimensiones que conforman el constructo percepción de la Calidad del Cuidado *Compromiso* y *Seguridad/Inseguridad*, estos presentaron medias de 4.16 ± 6.9 y 4.37 ±.65 respectivamente. Referente al compromiso, estudios en el tema han determinado que el compromiso profesional puede mejorar la seguridad del paciente y la calidad del cuidado, luego un cuidado de enfermería exitoso requiere un alto compromiso profesional. Debido a que este, se relaciona con el desempeño profesional, un compromiso profesional reducido del profesional de enfermería implica una reducción de los resultados de la atención, o sea una calidad del cuidado deficiente. Es importante considerar que, se ha demostrado que el compromiso profesional de las enfermeras disminuye considerablemente durante su primer año de empleo y también por diferentes causas [306], y que juega un papel preponderante en la satisfacción laboral, en el estrés laboral de las enfermeras, la intención de abandonar la organización y la profesion [307, 308]. Por lo tanto este tópico requiere, una mayor investigación y que las instituciones de atención de la salud se preocupen por este tema [306]. En cuanto a la Dimensión *Seguridad/Inseguridad*, esta hace referencia a la seguridad del usuario para con los cuidados del profesional de enfermería – desde la óptica de enfermero/a- y la seguridad del propio profesional de enfermería con su trabajo, dimensión que arrojó medias superiror a 4 puntos (escala de 1-5). Lo que es propicio y guarda estrecha relación con el desempeño laboral y la calidad de las prestaciones.

Respecto a la variable *Condiciones de Trabajo Subjetivas* (CTS) percibida por los profesionales de enfermería participantes del estudio, se obtuvo una media global de 6.77 ± 1.52, con una puntuación para la parte A del instrumento – referida a los aspectos sociales y materiales del trabajo- de 6.26 ± 1.63 y una puntuación para la parte B – referida los aspectos de ajuste y adaptación a la organización- de 7.54 ± 1.63 (escala de

1 a 10 puntos, donde más cercano al máximo es indicativo de mejores condiciones de trabajo).

Al comparar por hospitales, se encontró que el hospital de Talca presenta las puntuaciones mas altas en Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS), y como se indicó previamente es este hospital el que tambien proporciona un cuidado de enfermería con índices de calidad mas elevados, por lo que estos resultados van dando luces de aquellas variables que pueden incidir en la calidad de los cuidados.

La evidencia acumulada por publicaciones en el tema de las condiciones de trabajo, han puesto de manifiesto, su implicancia sobre el bienestar, la salud y la seguridad, la motivación, el compromiso, la satisfacción y el rendimiento laborales, las patologías profesionales, la eficacia y la eficiencia de las organizaciones y también sobre muchas de las disfunciones en las mismas, como conflictividad, absentismo y presentismo, rotación, abandono, accidentalidad o enfermedades laborales [21, 25, 27]. De manera que, se debe propender a los mas altos niveles de las mismas, en este sentido, los resultados de esta investigación revelan niveles que pueden ser catalogados – de acuerdo a lo señalado por el autor del instrumento de CTS- como buenos si se considera el puntaje global obtenido y de regulares en lo referido a los aspectos sociales y materiales del trabajo (parte A del instrumento CTS) y óptimos en lo que guarda relación con los aspectos de ajuste y adaptación a la organización (parte B del instrumento CTS). Al contrastar con otros estudios en el tema, se evidencia que el profesional de enfermería, se desempeña en un entorno laboral desfavorable, con condiciones laborales insatisfactorias [117, 118, 119, 120, 121]. Lo que no es diferente en países europeos, latinoamericanos, asiáticos, africanos, y de América del norte – guardando las diferencias socioeconómicas entre ellos- , marcadas por una alta carga laboral, escases de personal, recursos inadecuados, bajo apoyo, precarias condiciones salariales, escases de tiempo para realizar las tareas, fallos organizacionales, entre otros aspectos[117-122, 124, 125, 126, 128, 130, 135, 136]. Al recoger resultados de investigaciones nacionales, estas señalan Condiciones de Trabajo en promedio general buenas, pero con deficiencias en carga de trabajo, calidad del contrato, remuneraciones, participación en la toma de decisiones y autonomía[223]. Otros

estudios reportan que, los profesionales de enfermería en Chile, se desenvuelven en condiciones laborales marcadas por la carencia de materiales, alta demanda laboral y limitados recursos [144]. Y que existe una tendencia al incremento de la carga de trabajo, la falta de tiempo para realizar las tareas, y el aumento de la presión asistencial. Lo que impacta en el trato y cuidado de los pacientes; repercute en las relaciones interpersonales entre colegas; y genera sentimientos de estrés, cansancio, ansiedad, agobio y abatimiento [146]. Parece ser que, la alta carga de trabajo es una constante que caracteriza las condiciones de trabajo para este profesional, tema ya abordado en la discusión y al que los y las gestores/as de enfermería deben poner especial atención, por su implicancia en la salud del propio profesional y en la calidad de los cuidados.

Es importante tener en cuenta que la repercusión de las condiciones de trabajo no incide solamente en la salud de los profesionales, igualmente se extiende al trabajo del equipo como un todo, perjudicando el cuidado enfermería. Por lo que, la creación de un ambiente favorable a la producción de salud, con condiciones de trabajo adecuadas, que posibiliten al trabajador una relación interpersonal saludable y un menor desgaste físico y emocional, corrobora la organización del proceso de trabajo de forma eficaz y dirigida a las necesidades del profesional de enfermería y de sus clientes [136].

Ahora, al analizar las dimensiones que conforman el constructo *Condiciones de Trabajo Subjetivas*, que resultaron validos estadísticamente para esta investigación. El hospital de Talca presentó la media más alta en cuanto al *Entorno Material* de los tres hospitales (resultado con significación estadística) –referido al entorno físico, instalaciones, equipamientos, recursos materiales, técnicos, prevención de riesgos laborales- esto se condice con la realidad que presenta este recinto hospitalario, estructura recientemente construida, de 104.900 m^2, con un 90,21% de espacios utilizables (hasta el 2016) de una infraestructura moderna, eficiente, funcional , accesible y segura para el usuario interno y externo. Con equipo de apoyo tecnológico de vanguardia y servicios de auxiliares de apoyo como seguridad las 24 hrs del día [309]. Por otro lado el hospital Herminda Martín de Chillan, presentó la media mas baja en estos mismos índices (resultado con significación estadística), cabe recordar que este recinto hospitalario fue asolado por el

terremoto del 2010 causando el deterioro de más de un tercio de su infraestructura, dejando la torre quirúrgica inutilizable, lo que obligó a reubicar a la mayoría de los servicios en el antiguo edificio que data de 1945 y utilizar una infraestructura modular donde se acoge actualmente a los servicios quirúrgicos. En la actualidad existe una nueva edificación, donde se encuentran las salas de hospitalización de las unidades críticas (UCI-TIM) así como también los Servicios de Pediatría, Cirugía infantil y unidades de cuidados intensivos de los pacientes más pequeños del establecimiento asistencial, unidades que no fueron consideradas para este estudio [310]. Por lo que, la percepción de los profesionales de enfermería en este estudio correspondió a las dependencias más antiguas y modulares del mismo y aunque los aspectos técnicos, materiales, de infraestructura y de tecnología médica han presentado mejoras, son percibidos en índices bajos por este grupo de estudio.

En cuanto a las otras dimensiones que conforman la parte A de la escala de CTS, se encontró que la dimensión *Entorno Social*, presentó la media más alta (6.61 ± 2.14). Esta dimensión, hace alusión al compañerismo, respeto en el grupo de trabajo y reconocimiento del propio trabajo por colegas. Este resultado es algo contradictorio, al encontrado en los resultados del instrumento que mide la Calidad del Cuidado, en el cual la dimension *Relaciones Psicosociales*, es la que presentó la media mas baja. Pero esta diferencia se puede haber dado por que, en este instrumento se valoraron las relaciones entre el grupo de profesionales de enfermería en cambio en el de CTS, la percepción se abre a las relaciones del equipo de enfermería y de salud con el cual interactúa. Ahora, al comparar con otros estudios, se encontró a nivel nacional una investigación que obtuvo similares resultados, en que el entorno social tambien presentó índices altos [223], pero difieren de lo señalado por otros investigadores a nivel internacional y tambien nacional que han reportado condiciones laborales del profesional de enfermería, marcadas por la falta de reconocimiento del trabajo, de su esfuerzo, de la complejidad del mismo, de la alta capacitación que tienen algunos profesionales, entre otros[119, 145, 148, 308]. Por la falta de respeto en su entorno laboral [126], insuficiente cohesión grupal, lo que conlleva entre otros aspectos al aumento del ausentismo laboral en estos

profesionales [119, 126, 128] y baja calidad de sus prestaciones. Es importante tener en cuenta que el profesional de enfermería pasa muchas horas en su trabajo, con turnos principalmente de 12 hrs, por lo que sin duda el trabajo en equipo es importante, tema ya tratado en este acápite, pero el compañerismo, el reconocimiento y el respeto entre colegas, pueden serlo mucho más. Cuando el equipo de trabajo se ayuda, comprende y respeta se logran los objetivos comunes y se trabaja más eficientemente. Ya que, como se expreso con anterioridad el proceso de trabajo de enfermería se realiza fragmentado, por cuestiones de división social y técnica del trabajo y por tanto, existe la necesidad de comunicación y articulación entre los colegas [311], en pro de un cuidado de calidad. En tanto, el establecimiento de vínculos profesionales, reconocimiento del trabajo del otro y la colaboración entre las personas que componen el equipo de enfermería y de salud son esenciales para la puesta en marcha del cuidado [312]. En ese sentido, los vínculos que se generan en el equipo, constituyen una parte importante para poder proporcionar calidad en la asistencia en salud, luego es indispensable el desarrollo de una práctica de trabajo articuladora, comunicativa y de diálogo abierto entre los trabajadores de enfermería y el resto del equipo de salud, orientado a la comprensión mutua y cooperativa en el trabajo [311].

El profesional de enfermería, para realizar una práctica profesional adecuada debe ser capaz de unir elementos técnicos y éticos del cuidado de enfermería, para lo cual es preciso que el enfermero/a enlace, en lo cotidiano del trabajo, principios y valores como el interés, respeto, atención, comprensión, consideración y afecto por el otro, con la competencia técnica, y como indica Zoboli en una "atmosfera de corresponsabilidad y acogimiento" [313].

De modo opuesto, el menor puntaje fue para el de *Método de Desarrollo* (5.34 ± 2.20), dimensión vinculada a la participación en toma de decisiones organizacionales, relaciones con la dirección, apoyo recibido por el personal directivo, aspectos de contratación, remuneraciones y formación continua. Estos resultados concuerdan con investigaciones nacionales e internacionales que aluden la falta de participación en la toma de decisiones del profesional de enfermería, limitadas oportunidades de promoción

y ascenso, bajas remuneraciones y problemas de contratación, todas variables predictoras de una gran insatisfacción en las/os enfermeras/os [121, 148, 223, 314]. Los temas de remuneraciones y contratación, ya se abordaron al discutir las caracteristicas biosociodemograficas de los profesionales de enfermería en estudio y en cuanto a las otras variables que componen esta dimensión método de desarrollo; estudios exponen que, los nuevos sistemas de gestión excluyen la participación de las enfermeras en las decisiones, al mismo tiempo que los estilos de organización de los servicios de enfermería se mantienen rígidos y verticales [142], siendo la falta de participación en la toma de decisiones, una de las condiciones de trabajo que más genera estrés en este grupo de profesionales [30] lo que afecta de manera negativa el entorno laboral. Como indica Monteverde [315], el profesional de enfermería posee un rol importante en la toma de decisiones, debido a que ocupa un lugar privilegiado en el equipo de salud que se relaciona con su capacidad de poder interactuar con el equipo, los familiares y el paciente, lo que le permite conocer los diferentes puntos de vista de los actores involucrados, sintetizar la información y aportar en el proceso de toma de decisiones. [315]. Pero, la toma de decisiones exige de las enfermeras la adquisición de competencias en los distintos ámbitos de desempeño, como gestor de cuidados debe organizar, promover y evaluar cuidados de calidad en relación a la toma de decisiones en salud [316], y un aspecto importante sentirse los suficientemente autónomo en su ámbito profesional [223]. En lo que respecta al apoyo directivo, concebido como el respaldo emocional que brindan los directivos a las personas que trabajan en una institución [317]. Ha sido calificado ni favorable ni desfavorable en estudios realizados en profesionales de enfermería de Bélgica[123] y de “algo” apoyado por sus jefes en estudios colombianos[318] y españoles[317], también investigaciones españolas destacan el bajo apoyo o falta de respeto del/de la supervisor/a, lo cual no sólo repercute en la salud del propio profesional sino que también en la organización del trabajo y los costes laborales [119] y en la calidad de vida de este profesional [317]. En este sentido la evidencia empírica ha reportado que en la mayor parte de las veces, la enfermera no llega a presentar burnout por culpa de la cantidad de trabajo sino que se produce a

consecuencia, de una falta de apoyo directivo hacia su cargo o persona y un mínimo apoyo motivacional [318].

El apoyo por parte de la dirección de enfermería es un aspecto esencial para este profesional, influye en su productividad, en la atracción de estos profesionales, en su permanencia en el hospital y en el grado de satisfacción que obtienen con su trabajo [319]. Ya que, los supervisores de enfermería se sitúan en la interfaz entre los enfermeros/as y la administración de enfermería. Representan el liderazgo organizativo e influyen de manera importante en los demás y los profesionales de enfermería reconocen este hecho, por eso su apoyo es trascendental [319].

Ahora, al considerar las dimensiones que conforman la parte B del CTS, se encontró que el hospital de Talca presentó la media más alta en cuanto a la dimension *Ajuste de la Organización a la Persona* y el hospital de Chillán la media más baja (resultados estadisticamente significativos). Esta dimensión pretende medir, en primer término el impacto percibido de las condiciones de trabajo, y en segundo y por sobre todo, el grado en que la organización del trabajo del propio centro satisface necesidades de carácter psicosocial de la persona trabajadora [27], situación que al parecer se cumple para el hospital de Talca, pero es deficiente en el hospital de Chillán.

Por su parte, la dimensión *Adaptación de la Persona a la Organización*, presentó la media más alta con 8.27 ± 1.58 puntos, esta implica que el profesional de enfermería se adapte a las políticas del establecimiento, asuma sus valores, aplique protocolos, se ajuste a los tiempos y ritmos de trabajo fijados. Estas temáticas, en parte guardan relación con el compromiso del funcionario para con la organización en la cual se desempeña, tema ya tratado en la discusión, y también con la socialización laboral proceso mediante el cual el individuo alcanza a apreciar los valores, las competencias, los comportamientos esperables, los conocimientos sociales que son esenciales para asumir un determinado rol laboral, y las actitudes precisas en que el funcionario comprende y acepta los valores, normas, protocolos que se postulan en una organización [320]. Un buen programa de inducción y orientación facilita la adaptación de las personas a la organización o a un nuevo cargo, es por eso que es fundamental administrar

adecuadamente este proceso de adaptación del funcionario. Cuando el profesional se adapta a la cultura organizacional es más fácil lograr que se alcancen las metas y el éxito organizacional [321], en el lado opuesto el nivel de desacuerdo entre la cultura organizacional y las características personales de los trabajadores explicarían desempeños laborales deficientes[322]. Además cuando las personas se sienten en constante disonancia con la cultura organizacional, sobreviene la frustración y la angustia [322]. Ante lo anterior, se considera este resultado favorable para la provisión de cuidados de enfermería con índices de calidad elevados.

En cuanto a la variable *Profesionalismo,* se encontró una media global, considerando los tres hospitales de 3.51 ± 0.33 (rango valoración 1 al 5, considerando que un promedio mas alto es indicativo de profesionalismo). También se aprecia significancia estadística al comparar con entre hospitales, es así como el hospital de Talca presenta las puntuaciones más altas de Profesionalismo (3.57 ± .32.) y el Hospital de Chillán las menores (3.44 ± .36).

Nuevamente el hospital de Talca, aparece con mejores promedios que los otros centros estudiados.

Al contrastar esta media global de profesionalismo, con otros estudios internacionales que han usado la misma escala en profesionales de enfermería, estos revelan resultados similares de profesionalismo con tendencia a promedios regulares y bajos [152, 163, 167], y al comparar con otras investigaciones internacionales que han usado otras escalas para medir la variable profesionalismo se puede observar que, las puntaciones se inclinan de igual modo a rangos regulares y bajos [150, 151, 154, 157]. Una reciente revisión de la literatura en este ámbito, reportó que los estudios dan cuenta de un nivel disímil de profesionalismo, evidenciándose calificaciones de profesionalismo de regulares a bajos en los países pertenecientes a Asía y mayores en Europa, América del Norte y África y no encontraron estudios latinoamericanos en la temática [170].Por lo que, los resultados de esta investigación coinciden con la tendencia mundial y serán un aporte al dar a conocer el nivel de profesionalismo en enfermeras/os chilenos.

Al evaluar estos datos, aparece un panorama preocupante en términos de profesionalismo para enfermería, ya que este ha sido referido como un determinante para la calidad de la atención a nivel hospitalario[49], una enfermera/o con sentido de profesionalismo elevado puede desarrollar una asociación reforzada con el equipo de salud, lo que favorece la comunicación, la consecución de las metas compartidas y la entrega de un cuidado al paciente con altos estándares de calidad [50]. Es así como, los cuidados de enfermería de calidad involucran la competencia personal y el profesionalismo[323] y el profesionalismo se transforma en una guía para el comportamiento en el desempeño práctico de las enfermeras/os, y de este modo garantiza la seguridad del paciente y la calidad del cuidado [151]. Al parecer no esta todo dicho en este tema y hay aspectos por desarrollar, en este contexto Letelier y Velandia [168], señalan que enfermería debe transitar de la «profesionalización» hacia el «profesionalismo» manifestado como los atributos actitudinales del enfermero/a que otorga los cuidados que son menester para que los profesionales logren un nivel de excelencia en su práctica profesional.

Ahora al considerar, los puntajes obtenidos para cada una de las cinco dimensiones que conforman la variable Profesionalismo, percibido por las enfermeras (os) del estudio. Se encontraron medias (en escala de 1 a 5 puntos) que fluctúan en los 3 a 4 puntos, siendo el constructo "*creencia en el servicio público*" quien presentó la media más alta, con 4.04 ± .57 puntos, seguido por la "*creencia en la autorregulación*" con 3.44 ± .60 ; y los puntajes más bajos lo obtuvierón "*autonomía profesional*" (3.28 ± .48), seguido por el "*sentido de llamado a la profesión*" (3.38 ± .62) y por la dimensión "*organización profesional como referente mayor*" (3.42 ± .52) .

La *creencia en el Servicio Público*, involucra la noción que la profesión es indispensable y la mirada de que la labor que se realiza beneficia tanto al público como al propio profesional, en tanto, el servicio entregado es necesario y beneficioso para la profesión como para la sociedad y las organizaciones. Al respecto Snizek [73] señala que la creencia en el servicio público es un componente de actitud importante para el surgimiento del profesionalismo. En este sentido, Ellis y Hartley [324] en 1997

propusieron siete características de las profesiones y una de ellas es justamente "Reconocer a la profesión como una contribución a la sociedad por los servicios que presta". El servicio profesional a la sociedad exige además de integridad y responsabilidad en la práctica ética, un compromiso social , el que como indica Burgos y Paravic debe ser inalienable, mismas autoras agregan que, la relación de cuidados de enfermería se establece en una relación de confianza, donde el otro deposita su confianza en las competencias del profesional durante la atención [325] y agregan que, este compromiso social se ha traducido también en la reconocida participación de enfermeras en problemas que aquejan a la población mundial como son la salud de pueblos indígenas, salud de migrantes, violencia y drogas, entre otros [325] . Es así como, estudios revelan que la confianza que otorga la población a la labor de las enfermeras es alta, y este profesional es considerado, amable, profesional, habilidoso, paciente, eficiente/eficaz, experto, con conocimiento o inteligente, exponiendo la imagen positiva que tiene la sociedad de la profesión enfermera [326].

Como profesión de servicio que es enfermería, es muy positivo que el grupo de profesionales de enfermería analizado, crea en la premisa del servicio público, ahora al contrastar este resultado con otros estudios, que usaron la escala propuesta por Hall , hubo coincidencias con estudios coreanos [152,163], en los cuales esta dimensión también obtuvo altos promedios y discrepan de un estudio norteamericano [167] en que la creencia en el servicio público fue una de las dimensiones con los valores más bajos.

El segundo ítem con el promedio más alto, es la *creencia en la autorregulación* que involucra la convicción de que la persona mejor calificada para juzgar el trabajo de un profesional es otro colega, y que la visión de ese tipo de práctica es algo que debe ser deseado y ejercido, en otras palabras, es creer en el control entre colegas. Al respecto, Snizek [73] indica que esto sucede porque los profesionales piensan que el desempeño de una determinada tarea requiere conocimientos especializados y solamente compañeros con similar formación o habilidad serían los más adecuados para la evaluación de la calidad de su trabajo; por tanto, gente de afuera no está calificada para juzgar su trabajo [170]. Este resultado es coincidente con investigaciones coreanas y norteamericanas que

han aplicado esta escala, incluso esta dimensión en dichos estudios, fue de todas la que obtuvo el mayor promedio [152, 163, 167]. Pero difiere de otra investigación en que se encontró una falta colectiva de compromiso en las actividades de autoregulación profesional [159].

Es pertinente agregar que, la autorregulación profesional es un aspecto importante que distingue a enfermería y es uno de los requisitos que establece la sociología de las profesiones para definir el nivel de competencias e importancia social de la profesión; proceso en el cual sus miembros instituyen las normas y modelos apropiados, desarrollados por el trabajo consensuado de sus participantes [327]. Según Cárdenas [328], la autorregulación también puede ser entendida como la capacidad de una profesión para controlar su ejercicio dentro de la sociedad. Para la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Enfermería (ALADEFE), la autorregulación involucra la elaboración e implementación de reglas y estándares técnicos que orientan las relaciones entre actores para racionalizar el intercambio de bienes y servicios [327].

Por lo tanto, se torna fundamental que la autorregulación en la profesión de enfermería se manifieste tanto en el establecimiento e implementación de estándares de formación y ejercicio profesional [327] y más aún por la aplicación de éstos y la evaluación de su cumplimiento por los propios pares. Y un paso importante para lograrlo es creer en su importancia, tal como se refleja en el grupo de profesionales de enfermería analizado.

En cuanto a las dimensiones con menor valor, se destaca la *autonomía profesional* como la dimensión con el menor promedio de las cinco que conforman el constructo profesionalismo. Según Hall[71], es preocupante que al comparar con otras investigaciones internacionales en que se uso la misma escala [152, 163, 167] y otras que usaron otros instrumentos para medir profesionalismo, pero que incluían la dimensión autonomía [31, 151, 154, 162,166], este ítem haya representado el puntaje más bajo en todos ellos. La autonomía en enfermería ha concertado interés en la profesión, ya que las enfermeras/os se han profesionalizado a nivel mundial y la autonomía es una de las características de las profesiones [166, 329]. Autonomía significa que los profesionales

tienen el control sobre sus funciones en el lugar de trabajo [166], y es considerada uno de los criterios importantes en la obtención de un estatus profesional y la capacidad de asumir riesgos [151]. Es un factor comúnmente asociado a la independencia, y a la rendición de cuentas para las acciones propias, además de la autodeterminación y autorregulación [166, 330]. Pero autonomía no solo implica el ejercicio de la práctica independiente, sino la aplicación del juicio crítico basado en conocimientos que establece el profesional de enfermería en su desempeño diario, así como también la autoridad y responsabilidad en la toma de decisiones [238, 331]. Aunque en algunos países enfermería goza de autonomía, en otros enfermería no es totalmente autónoma [166], en especial en algunos países en que la legislación aún la deja en una posición subordinada a los administradores y médicos, o bien debido a los excesos de burocracia y niveles jerárquicos de la estructura administrativa en algunos hospitales [330]. Otros problemas estudiados que inciden en una baja autonomía del profesional de enfermería es que, las enfermeras/os carecen de una identidad colectiva, ya que en muchos países las enfermeras se han fragmentado en diferentes grupos que compiten entre ellos en busca de reconocimiento profesional [166] y otro aspecto más importante aún es el bajo nivel educacional de las enfermeras en algunos países, sumado a que no realizan investigaciones, además, no tener acceso regular a publicaciones contribuye al problema [151]. Recordando que, un actuar autónomo implica tener un bagaje suficiente y actualizado de conocimientos en el área.

En Chile es a partir del año 1997 que los servicios profesionales de enfermería fueron reconocidos en el código sanitario y se confiere a la profesión de Enfermería tres grandes funciones: la gestión del cuidado, ejecutar acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de recursos de asistencia para el paciente [332]. La Gestión del Cuidado de Enfermería es entendida como el ejercicio profesional de la enfermera sustentada en su disciplina: la ciencia del cuidar. Esta se define como "la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y

lineamientos estratégicos de la institución" [333]. Lo anterior sustenta el rol autónomo de la profesión y se desprende nuestra obligatoriedad profesional de ejercerla, según lo que plantea Burgos y Paravic: "La conquista de la autonomía asegura el derecho a la práctica profesional" [325].

Por ello, cada vez más se debe avanzar en lograr una plena autonomía profesional en los diferentes países, siendo necesario entonces que los profesionales de enfermería se empoderen de su rol autónomo aplicando su juicio profesional en la mejora de la calidad de los cuidados a los usuarios y en su costo efectividad. Ya que como concluyó un estudio brasileño, al "reducir la percepción de autonomía, se reduce la percepción de la calidad del cuidado y aumenta la intención de dejar el trabajo actual" [132].

Otra dimensión con puntuaciones medias bajas correspondió al "*sentido de llamado a la profesión*" que manifiesta la dedicación del profesional a su trabajo es así como éste, se concibe como un fin en sí mismo y no simplemente un medio para llegar al fin, entonces ese total es el compromiso personal del profesional[71,73]; resultado que concuerda con investigaciones norteamericanas y coreanas [152, 163, 167]. Este sentido de llamado a la profesión, es más bien conocido como vocación, que es la anexión de cualidades que caracteriza a cada persona y la lleva a orientarse hacia un determinado oficio o profesión [334]. Para enfermería, la vocación se refleja en una práctica con espíritu de servicio, buscando la excelencia en el cuidado y favoreciendo así la calidad en la atención. Por lo que, los profesionales que acceden a esta profesión deben hacerlo por vocación y sentir la necesidad de ayudar a los demás, sobre todo en los momentos más difíciles de la vida, cuando la persona se enferma, se siente desvalida y vulnerable, aplicando valores profesionales y principio éticos[334].

Estudios en el tema han determinado que la principal motivación para el estudio de enfermería como profesión está representada en la vocación y el servicio, lo cual reafirma su ubicación como ciencia humana y como intención fundamental el cuidado de individuos y colectivos; situación acorde con el propósito que orienta la profesión [335, 336, 337].

Pero, en el último tiempo ha aparecido un panorama opuesto, en que la vocación o sentido de llamado no es la única opción para desempeñarse como enfermera/o, y los estudiantes que ingresan no tienen la motivación suficiente y sus aspiraciones son las de migrar hacia otra carrera, generalmente a medicina pues existe en ésta un mayor reconocimiento social y retribución económica, por cuanto escogen la profesión de enfermería como segunda y tercera opción [(337)]. Otros factores, que motivan el optar por la carrera de enfermería es la influencia de opinión de los padres y sus familiares, marcada por el reconocimiento social que progresivamente ha adquirido esta profesión, que asocian a un buen campo laboral y buenas remuneraciones, eligiendo la carrera por el salario que pueden llegar a ganar y por el prestigio de la misma [(337)]. Factores estos últimos muy promocionados por los medios de comunicación, pero que no siempre son una realidad, ya que la limitada apertura de plazas de trabajo tanto en el área comunitaria como intrahospitalaria y el explosivo aumento de establecimientos de educación superior que imparten la carrera ha generado un desbalance entre la oferta y la demanda, generando dificultad para encontrar trabajo y con contratos que no aseguran ni continuidad ni remuneraciones según la expectativa.

Un sentido de llamado a la profesión en niveles bajos es un resultado a lo menos inquietante, ya que se trata de un grupo profesional joven, con actitudes vocacionales bajas, el cual quizá no escogió enfermería como primera opción o bien las expectativas que tenía no han sido cubiertas, generando desmotivación hacia la profesión. En este sentido, Juárez señala que enfermería y cuidado no es algo que se hace por separado o por partes, que debe ser algo que se desea hacer, con intención, con compromiso, de manera consciente y que se manifiesta con actos puntuales y debe empezar con el primer contacto con el paciente [(338)].

Finalmente, otra dimensión con puntuación baja fue el *uso de una organización profesional como un referente mayor*, que implica la participación o pertenencia a una organización profesional e involucra tanto la organización formal como los grupos informales de colegas y hace alusión al grado en que un individuo se identifica con la profesión, sus compañeros y grupos profesionales como fuente de creencias y opiniones.

Resultado que concuerda con otras investigaciones internacionales [151, 154, 162, 163] en que esta dimensión presentó una de las puntaciones medias más bajas de profesionalismo y con los mismos datos aportados por esta tesis en que el 31.7% declaró no pertenecer a ninguna organización gremial asociado a su trabajo.

Aunque existen variadas asociaciones de enfermería tanto en Chile como en los diferentes países [170], debidamente constituidas, autónomas y con una multiplicidad de objetivos voluntarios, con metas comunes para establecer un liderazgo en defensa de los más claros derechos de sus miembros[327], la tasa de participación de las/los enfermeras/os es baja, lo cual se constituye en un problema muy importante para enfermería [151], puesto que como indica Snizek [73] este tipo de asociaciones refuerza los valores, creencias e identidad de la profesión. Además, un sentido de comunidad entre los miembros es otra característica de una profesión, por lo que las organizaciones de enfermería cumplen un rol significativo en la potenciación del profesionalismo[166]. Estas se establecen para resolver los problemas que los miembros de una profesión no pueden hacer frente de forma individual e implican un sentido de unidad entre los participantes de una profesión, lo que refleja el poder de la misma [150]. Esta membresía en una comunidad profesional ha sido descrita como el grado en que las enfermeras utilizan las instituciones profesionales como un referente importante en el que manifiestan altos niveles de estándares morales, éticos y el compromiso con la profesión de garantizar una atención de calidad para el paciente [152]. Por lo tanto, el restarse de participar en colectivos de la disciplina, también le resta fuerza a la profesión y la garantía de otorgar una atención de calidad a los usuarios.

En referencia a la variable *Capital Psicológico*, en la versión modificada, la media global para los tres hospitales fue de 5.04 ± .59 (con una escala de 1 a 6 puntos ,entre más cercano a 6 puntos, amerita mayor capital psicológico) y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas del puntaje medio global de Capital Psicológico al compararlos por centro hospitalario. Este resultado no se condice con los obtenidos en investigaciones asiáticas y españolas [173, 176, 179, 180,181] donde el nivel de

CaPsi en los profesionales de enfermería estudiados es considerablemente menor, pero es semejante a lo reportado en investigaciones realizadas en enfermeras/os canadienses [56, 177]. Es pertinente señalar que, existen reducidas investigaciones que aborden este tema en el profesional de enfermería y en la revisión de la literatura realizada no se rescataron investigaciones a nivel nacional ni latinoamericano.

La existencia de elevados niveles de CaPsi en el grupo de enfermeras/os analizados es un resultado muy positivo, considerando que el profesional de enfermería se ha visto enfrentado a un cambio en su trabajo, marcado por un aumento tanto de la carga de trabajo administrativo como de la cantidad de trabajo directo con los usuarios [52], frente a lo cual debe poseer los recursos personales necesarios para así, poder afrontar estas nuevas demandas y exigencias de sus actividades y entregar un cuidado de calidad. Sumado a ello, el capital psicológico tiene un efecto mediador sobre los efectos negativos de las demandas del trabajo y el estrés producto del rol del profesional de enfermería [52]. Ahora, cuando las/os enfermeras/os tienen un capital psicológico bajo y se encuentran con demandas de trabajo, tienden a tener un mayor estrés de rol que aquellas con alto capital psicológico [52]. Estudios concluyen que, para mejorar el bienestar psicológico y reducir el estrés en las enfermeras, es importante desarrollar el capital psicológico del personal de enfermería [180] y que el incremento del capital psicológico aumenta la inserción laboral y el rendimiento de este grupo profesional [181]. Otros investigadores que han estudiado el CaPsi en otras unidades de análisis, concluyen que este podría ser un recurso positivo para reducir el efecto negativo del conflicto entre la vida laboral y familiar [190] y fue un predictor significativo en las actitudes de compromiso organizacional y satisfacción laboral del trabajador [192], sumado a ello ha sido relacionado con una mayor rendimiento y un mejor desempeño laboral [193] . Por eso, es necesario implementar estrategias orientadas a mantener e incrementar el CaPsi en este grupo de profesionales, cuyo beneficio involucraría al propio profesional, los usuarios y la organización propiamente tal.

Ahora, la dimensión con mayor puntuación fue autoeficacia, con 5.20 ± .59 puntos, la autoeficacia es la confianza en uno mismo, la creencia en las propias capacidades que

mueve a emprender acciones, a invertir esfuerzos en el logro de retos. Provee la apertura a los desafíos y la voluntad para realizar esfuerzos en la consecución de objetivos. Esta variable ha sido relacionada con el desempeño laboral y esta centrada en el presente y hacia el futuro [57-59, 74-86]. En la literatura revisada se localizaron estudios en los cuales, también esta dimensión estaba entre los mayores puntajes [176, 181] y ha sido asociada directamente al rendimiento del profesional de enfermería [181] y con la conducta de compartir conocimiento entre trabajadores [189]. Por lo tanto, que los profesionales de enfermería tengan altos índices de autoeficacia, es una oportunidad para el logro de un cuidado de calidad.

La esperanza, es la segunda dimensión con mayor puntaje (5.01 ± .70) y esta referida al estado motivacional positivo que se materializa en la fuerza de voluntad para alcanzar metas y planificar la forma de lograrlas, por ende implica planificar o responsabilizarse estratégicamente para permitir el logro de resultados [57-59, 74-86]. Esta dimensión esta centrada hacia el futuro y ha sido relacionada negativamente al agotamiento emocional y despersonalización ambas variables que miden el Burnout [176], y positivamente a la conducta de los trabajadores de compartir conocimiento [189] y directamente asociada al rendimiento de las/os enfermeras/os [181].

Finalmente, la dimensión de menor puntuación fue optimismo (4.93 ± .77) característica cognitiva que genera una expectativa generalizada de resultados positivos. Las expectativas positivas influyen en la motivación, la perseverancia y el logro, pues quien no espera obtener un resultado positivo no tiene motivación para iniciar una tarea y perseverar en ella. Es así, como esta dimensión provee mediadores entre el impacto negativo de los eventos desfavorables y la expectación positiva frente al futuro, así como también mejora y aprovecha el impacto positivo de los eventos favorables [57-59, 74-86]. Un estudio en enfermeras chinas que analizó individualmente esta dimensión, reportó que tiene una relación negativa significativa con el agotamiento emocional, la despersonalización y la reducción del logro personal [176] .

Expertos en el tema han descrito que, las enfermeras que están esperanzadas y optimistas, movilizan a la autoeficacia y flexibilidad en los tiempos de alto estrés [52] y

otras investigaciones han señalado que, la autoeficacia, la esperanza y el optimismo tuvieron una asociación positiva significativa con una afrontamiento positivo (p <0,01) y una asociación negativa significativa con afrontamiento negativo (p <0,01) (176).
En tanto, la inversión en el desarrollo y el aprovechamiento de capital psicológico pueden ser puestos en perspectiva y enfocarse para enfrentarse al reto de mejorar el rendimiento de los recursos humanos [(194)], ayudar a lidiar mejor con el estrés laboral [(85)], mejorar la retención en el trabajo del profesional de enfermería y su compromiso con la misión, los valores y las metas del hospital [(183)].

En lo que compete a los resultados *correlacionales*, al establecer relaciones entre las variables biosociodemográficas con las Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS), Profesionalismo y Capital Psicológico (CaPsi), la edad obtuvo relaciones significativas y de modo negativo con algunas dimensiones y con el puntaje total de las CTS (parte A y B). De modo que, los profesionales de enfermería más jóvenes presentan una mejor percepción de las condiciones de trabajo subjetivas o bien interpretado de otro modo los profesionales de enfermería de mayor edad, presentan una peor percepción de las condiciones de trabajo subjetivas. Este resultado discierne de lo presentado por investigadores españoles, en el cual los trabajadores mayores perciben mejor las condiciones de trabajo a las que están expuestos respecto a los más jóvenes [(339)]. Los autores señalan que los trabajadores mayores utilizan diversas estrategias para adaptarse al deterioro de los recursos físicos que ayudan a hacer frente y mantener su funcionamiento en el lugar de trabajo por encima incluso de los trabajadores más jóvenes [(339)]. Esto puede deberse a que ese estudio se realizó considerando trabajadores asalariados de distintas categorías ocupacionales. Por otro lado, un estudio chileno ha descrito que para los adultos en Chile, el trabajo es parte de los aspectos normativos de la vida y, en general, los sujetos menores de cuarenta años están más preocupados/as de consolidar su carrera, se sienten menos satisfechos con su trabajo, por lo que se involucran menos con él [(340)], pudiendo ser más críticos a la hora de valorar su entorno laboral, influenciados en parte por el efecto acumulado de las experiencias de empleo

vividas [341]. En cambio los trabajadores/as jóvenes se interesan más por su trabajo, por las posibilidades de desarrollo que éste le presente [340] otorgando más importancia a los aspectos instrumentales del trabajo [341] como la organización del mismo, condiciones físicas del trabajo, recompensas materiales y económicas del trabajo, especialmente el salario, y otro tipo de recompensas no exclusivamente económicas, como la estabilidad del puesto de trabajo [342], aspectos todos que se agrupan en el constructo condiciones de trabajo. Esto podría explicar las diferentes valoraciones que este grupo de profesionales de enfermería le asigna a las condiciones de trabajo subjetivas.

Por otro lado, se evidenció una relación significativa y de modo negativo entre la edad de los profesionales de enfermería y su nivel de profesionalismo. De modo que a menor edad, mayor percepción de profesionalismo o visto de otro modo a mayor edad menor percepción de profesionalismo. Estos resultados concuerdan con otro estudio chileno, que analizó el grado de actitud profesional de las enfermeras y señala el perfil de las enfermeras con un alto grado de profesionalismo, donde entre otros factores se incluye presentar menos de 30 años [171]. Pero, no son coincidentes con otras investigaciones internacionales en el tema, en los cuales hubo una correlación positiva y significativa entre la edad de la enfermera con el puntaje promedio de profesionalismo [31,50]. Esto puede corresponderse por el énfasis dado en las universidades chilenas sobre enfermería como profesión; y las constantes revisiones y modificaciones a las mallas curriculares de enfermería en pregrado, donde fortalecen el alto profesionalismo[171], habilidades blandas, valores éticos, destacándose además que las enfermeras desde hace aproximadamente 20 años egresan con el Grado Académico de Licenciatura.

En cuanto al Capital Psicológico (CaPsi), las variables biosociodemográficas edad y pertenencia a una organización profesional se relacionaron positivamente con la dimensión autoeficacia del CaPsi. Como se discutió anteriormente, la autoeficacia es la confianza en uno mismo, y se asienta en la medida que se constata la aptitud en las tareas que se realizan en el contexto del trabajo y al tiempo que se logra la habilidad para mantener relaciones de calidad con los demás [57-59]. Por lo que, y aludiendo al plano laboral al tener mayor edad, se tiene mas confianza en las propias habilidades para

desarrollar una labor, hay un sentimiento de mayor control sobre las tareas que implica una determinada actividad profesional y por ende una mayor la creencia en las propias capacidades.

Ahora, el pertenecer a una organización profesional afianza los valores, creencias e identidad de la profesión [73], permite conseguir mejoras en la profesión y respaldo profesional para sus asociados. Todo lo cual favorece una mayor confianza en el desempeño de una determinada actividad profesional.

Por otra parte, al considerar las correlaciones entre la variable percepción de la Calidad del Cuidado y las características biosociodemográficas de los profesionales de enfermería en estudio, se pudo determinar que la edad, antigüedad en el puesto de trabajo y antigüedad laboral total presentaron correlaciones inversamente proporcionales al puntaje total de Calidad del Cuidado. Llaman la atención estos resultados ya que a la luz de lo revisado en la literatura, la calidad percibida de los cuidados de enfermería ha sido más fuertemente asociada con los años de experiencia clínica [204, 217]. Parece razonable que las/los enfermeras/os menos experimentadas tiendan a puntuar una capacidad inferior a las enfermeras con más experiencia a la hora de entregar cuidados de calidad. Sin embargo, cabe señalar y según experiencia de la tesista, que un profesional de enfermería tenga mayor edad y antigüedad laboral no es siempre un factor definitorio a la hora de proporcionar un cuidado de enfermería de calidad, ya que los profesionales que recién se incorporan al plano laboral traen conocimientos nuevos, lo que es fundamental puesto que la calidad del cuidado de enfermería es un concepto que comprende una asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de implantar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y aseguren su continuidad [215]. Además, el cuidado de enfermería involucra determinantes subjetivos tales como la cordialidad, la empatía y la credibilidad que marcan la diferencia en la atención individualizada del usuario y que muchas ocasiones es mayor en los enfermeras/os más jóvenes o que recién ingresan al mundo laboral [216]. Por otro lado, es importante considerar que la valoración de la calidad del cuidado es algo subjetivo, donde la preparación del profesional de enfermería para hacer bien su trabajo, el trato

personalizado, comprensión de las necesidades del usuario [216] son algunos factores que favorecen un cuidado de calidad y no dependen necesariamente de la edad ni de la antigüedad laboral. La poca evidencia empírica encontrada no ha permitido contrastar este resultado y reafirmar lo planteado, pero se considera un hallazgo interesante que se debe profundizar, en otras investigaciones.

Los resultados obtenidos además, muestran que existen una diferencia estadísticamente significativa entre el grado académico/postítulo que poseen los profesionales de enfermería y la percepción de la calidad del cuidado. De manera que, aquellos que presentan una especialidad, perciben el cuidado con mayor calidad. Es importante detallar que sólo 4 profesionales de enfermería presentan alguna especialidad por lo que es conveniente tomar este resultado con cautela, mayoritariamente tienen solo el grado de licenciado en enfermería. En este sentido, la literatura expone la necesidad de actualización permanente para el profesional de enfermería puesto que, la labor del profesional de enfermería se torna más responsable y autónoma en tanto se incrementa el conocimiento de los fenómenos relacionados con su desempeño [238]. La especialización en enfermería hoy se impone y se difunde en los países como consecuencia natural del progreso, de la profundidad del conocimiento en todos los sectores, y en la enfermería en particular, corroborando que se hace cada más dificultoso satisfacer las demandas de salud cada vez más complejas solamente con la formación en pregrado. De este modo , ya en los primeros años del siglo XX hasta el presente, las especialidades de enfermería se comienzan a desarrollar alrededor del mundo, con un rápido crecimiento debido a las necesidades y demandas de salud, a los nuevos conocimientos, a los avances tecnológicos y de la información, así como al avance de la propia profesión [343]. Las Organizaciones Internacionales reconocen que, para las profesiones de la salud, es crucial el desarrollo especialidades ya que es la vía por medio de la cual profundizan y amplían conocimientos, habilidades y actitudes para una práctica profesional más cualificada. Los sistemas de salud se apoyan en los especialistas para mejorar continuamente la calidad de la atención de salud [343]. Transformándose las especializaciones en un aporte a la salud y al cuidado especializado y, por ende, a la

calidad y seguridad de los usuarios familias y comunidad [344]. Por tanto, Es consecuente que los profesionales de enfermería que presentan alguna especialización, proporcionen un cuidado de mayor calidad.

En referencia a la percepción de la calidad del cuidado y la variable condición de salud de los profesionales de enfermería en estudio, existió una correlación directamente proporcional entre esta y el puntaje total de la percepción de calidad del cuidado. Se ha documentado que la salud del personal de enfermería es fundamental, ya que si este profesional presenta buena salud, puede realizar su trabajo con una mejor calidad, aunque haya condiciones difíciles [240]. Así, una salud deficiente puede incidir directamente en la eficacia de su proceso de trabajo, alimentando un círculo vicioso, en el que el trabajador y el proceso de producción de cuidados permanecen en constante desarmonía. Esta situación expone al cliente-objeto de trabajo de enfermería, a una calidad de cuidado perjudicada e ineficaz [136]. Además, un estado de salud deficiente, repercute en el equipo de trabajo, por los ausentismo que muchas veces no son cubiertos, perjudicando el cuidado de enfermería [136]. Es así, como el aumento de ausentismo laboral por enfermedad en estos profesionales, a causa del estrés laboral, incide en la salud del propio profesional y también en la organización del trabajo y los costes laborales [119].

Respecto a las condiciones ambientales percibidas por los profesionales de enfermería participantes del estudio, en lo que dice relación a la temperatura, iluminación y espacio también existió una correlación directa con el puntaje total de la calidad del cuidado, por su parte el ruido no presentó relación con la calidad del cuidado. Por ende, la percepción de un cuidado de calidad se asocia a una adecuada temperatura, iluminación y espacio en el lugar de trabajo. Como se discutió previamente, expertos en el tema exponen que condiciones de trabajo inadecuadas tienen un impacto negativo en la calidad de la asistencia [15-20], señalando que las condiciones en que se realiza el trabajo pueden incidir en la calidad del mismo [23, 25, 26, 27]. Como ya se expuso, contar con espacios iluminados es esencial para aquellas actividades que implican esfuerzo visual alto, como es el caso de enfermería , su deficiencia puede llevar a un mayor número de

errores y accidentes laborales [70, 265]. Por otro lado, una temperatura inadecuada puede afectar el desempeño laboral [265] y las dimensiones de los espacios de trabajo pueden perturbar el desarrollo del mismo [264, 265].

Por otra parte, este estudio no evidenció relación entre el sexo del profesional de enfermería, sistema de turno en que se desempeña, remuneración , tipo de contrato, pertenencia o no a una organización profesional, ni la percepción de suficiencia de tiempo para realizar el trabajo, con la calidad del cuidado. En la revisión de la literatura realizada, no se encontró evidencia que permita contrastar estos resultados, los que en parte se pueden explicar por el perfil demográfico de los profesionales estudiados que se corresponde a enfermeras/os jóvenes, grupos que en general ponen como fin último y por encima de todo, incluso del estrés laboral, la calidad de atención de los pacientes [345]. Es atingente, además mencionar que el campo laboral de enfermería ha disminuido considerablemente, debido principalmente a que no hay cargos disponibles y a la gran expansión de universidades que dictan la carrera, luego los que tienen trabajo a pesar que pueden no estar conformes, con sus remuneraciones o tipo de contrato , pueden preferir quedarse en sus actuales empleos para ganar experiencia laboral y a la vez se desempeñan efectiva y eficientemente, lo que en un futuro puede llevarlos a mejores calificaciones y con esto a mayores ingresos económicos y estabilidad laboral o recomendaciones favorables de parte de sus superiores a la hora de querer cambiar de organización.

Llama la atención que pertenecer o no a una organización profesional no se relacione a la calidad del cuidado, ya que los profesionales de enfermería reunidos pueden conseguir metas comunes y resolver problemas, lo que fortalece tanto al individuo como al grupo, favorece la asociatividad y la posibilidad de perfeccionamiento profesional [346]. Todo lo cual, podría verse traducido en mejores resultados de cuidados , pero no se evidenció esa tendencia.

En lo que respecta a las correlaciones entre las Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS) en su parte A y B, Profesionalismo y Capital Psicológico y la Calidad del

Cuidado percibida por los enfermeros (as) que participaron del estudio, los resultaron arrojaron relaciones entre estas tres variables y el puntaje total de percepción de la calidad del cuidado. Por lo que, mejores condiciones de trabajo subjetivas, mayor profesionalismo y capital psicológico están asociadas con una mayor valoración en la percepción de la Calidad del Cuidado.

Son numerosas las evidencias empíricas y teóricas presentadas en esta investigación, en donde se menciona, la implicancia de las condiciones de trabajo en la percepción de la calidad del cuidado proporcionado por el profesional de enfermería [15-20]. Más aún, evidencian que las condiciones en que se realiza el trabajo pueden trascender a diversos aspectos de la actividad laboral, no tan sólo en la calidad del mismo trabajo, sino que inclusive en el bienestar, la salud y la seguridad, la motivación, el compromiso, la satisfacción y el rendimiento, así como en las patologías profesionales, la eficacia y la eficiencia de las organizaciones y también sobre muchas de las disfunciones en las mismas, como conflictividad, absentismo y presentismo, rotación, abandono, accidentalidad o enfermedades laborales [23, 25, 26, 27]. Este resultado, esta en la misma línea de lo reportado por otras investigaciones en el tema, en las que se indican que las condiciones laborales en las cuales ejerce el profesional de enfermería pueden impactar negativamente en el cuidado que proporciona, en su salud y en la calidad de vida personal y familiar de estos profesionales [30, 117, 124, 132]. También se ha señalado que, la mejora de los entornos de trabajo para el profesional de enfermería puede reducir el burnout y mejorar la retención del profesional [124]. Por eso, es prioritario intervenir en la mejora de las condiciones en que el profesional de enfermería realiza su trabajo, con el objetivo de contribuir a elevar la calidad de los cuidados que estos proporcionan, pero también su calidad de vida laboral.

Es importante señalar que, las dimensiones método de desarrollo y entorno material de la escala de condiciones de trabajo subjetivas no estuvieron asociados a la dimensión satisfacción de la escala de calidad del cuidado, todas las otras dimensiones de ambas variables estuvieron asociadas entre sí.

En cuanto al profesionalismo, como se indicó previamente un puntaje mayor de profesionalismo se traduce en una valoración mayor en la percepción de la Calidad del Cuidado por las/los enfermeras/os en estudio. En la revisión de la literatura no se encontraron investigaciones que aborden la asociación entre ambas variables, no obstante, algunos estudios evidencian la importancia de evaluar y fomentar el nivel de profesionalismo del profesional de enfermería, para de esta forma aumentar la calidad de la atención a los pacientes [50, 151, 154]. Otras investigaciones, señalan que las enfermeras que están más comprometidas con la actitud profesional, también son más propensas a participar en acciones de mejora de la calidad profesional y concluyen que aprovechar colectivamente el profesionalismo como estrategia de mejora de la calidad puede ser beneficioso para otorgar una atención de calidad al paciente [33]. Es así, como expertos en el tema enfatizan en que los profesionales de enfermería tienen que demostrar los atributos del profesionalismo en su práctica diaria y como esto impacta positivamente en los resultados de satisfacción y de salud de los pacientes. Lo que además, proporciona a las/los enfermeras/os la oportunidad de crecer personal y profesionalmente [160]. Al respecto, de las dimensiones que conforman el profesionalismo, la autonomía no se asoció a las dimensiones compromiso y relaciones psicosociales de la escala de cuidados, la creencia en el servicio publico tampoco presentó relación con la dimensión satisfacción y relaciones psicosociales de la escala de calidad del cuidado y finalmente la creencia en la organización como referente mayor no se asoció a la dimensión compromiso de la escala de calidad del cuidado.

Misma tendencia se encontró con el capital psicológico, de modo que a mayor Capital Psicológico (CaPsi), mayor es la valoración en la percepción de la Calidad del Cuidado por las enfermeras/os en estudio y se destaca que todas las dimensiones del CaPsi estuvieron significativamente relacionadas a todas las dimensiones de la percepción de la calidad del cuidado. Tampoco en la revisión de la literatura se rescataron estudios que aborden la relación entre el CaPsi y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería que permitan contrastar estos resultados. Sin embargo, como ya se ha mencionado y analizado en este estudio, la literatura ha reportado que el capital

psicológico es una fuente importante de recursos personales y que tiene un efecto moderador sobre los efectos negativos de las demandas del trabajo y estrés del rol, de ahí que las enfermeras que tienen un capital psicológico bajo y se encuentran con altas demandas de trabajo, tienden a tener un mayor estrés de rol que aquellas con alto capital psicológico [52]. Así mismo, se ha indicado una fuerte relación entre el capital psicológico y el rendimiento de las enfermeras/os [181] , su participación en el trabajo [172] y ha sido apuntado como predictor significativo del compromiso en el trabajo [177]. Otros estudios que han asociado el CaPsi al Burnout, han demostrado la existencia de una relación significativa negativa entre el capital psicológico y el agotamiento del trabajo y una relación significativa positiva entre el capital psicológico y la salud mental del profesional de enfermería [173] presentando un efecto mediador entre el burnout y el estilo de afrontamiento en enfermeras [176]. De modo que, a pesar que no existen estudios que lo asocien directamente al la percepción de la calidad del cuidado de enfermería, la evidencia permite inferir que indirectamente podría favorecer el desempeño laboral y el bienestar subjetivo de los sujetos, lo que podría tener un impacto en la calidad de su trabajo. En este sentido, es importante realizar intervenciones activas para desarrollar el CaPsi de las enfermeras con el incentivo de elevar la calidad de los cuidados que proporciona.

Cabe agregar que, el análisis de las relaciones entre las dimensiones de las variables CTS, profesionalismo y CaPsi con la percepción de la calidad del cuidado, se efectuará en el análisis explicativo de los datos que permite realizar estimaciones más precisas.

En esta última parte de la discusión se contemplará el *análisis explicativo* de los datos, este análisis se realizó con la intención de evidenciar cuanto influyen las variables condiciones de trabajo subjetivas, profesionalismo y capital psicológico en la percepción de la calidad del cuidado, primero a través de regresiones lineales múltiples y luego mediante modelos de ecuaciones estructurales. Es interesante, que en el análisis correlacional la gran mayoría de las dimensiones de CTS, profesionalismo y todas las dimensiones de CaPsi presentaron relaciones significativas con las cuatro dimensiones de la percepción de la calidad del cuidado y al realizar regresiones lineales múltiples y

análisis de ecuaciones estructurales (SEM) se observa un panorama diferente, pero se debe considerar que en este último caso se toma en cuenta la covariación que ejercen las variables independientes entre sí con respecto a la variable dependiente [347].

Al analizar los datos, reportados por la regresión lineal múltiple entre las dimensiones que evalúan las condiciones de trabajo subjetivas y la calidad del cuidado percibida por los participantes del estudio se observó que sólo la dimensión entorno social de la parte A y las dimensiones ajuste O-P (organización-persona) y adaptación P-O (persona-organización) de la parte B de la escala que evalúa condiciones de trabajo subjetivas son las que se asocian directa y significativamente proporcional a la calidad del cuidado percibida por enfermeras (os) de la muestra. Y utilizando el r parcial, observamos que la dimensión entorno social explica el 6,10% de la percepción de la calidad del cuidado como variable criterio y el ajuste O-P y la Adaptación P-O explican en conjunto el 8,27% de la percepción de la calidad del cuidado global.
Ahora al considerar la regresión lineal múltiple entre Profesionalismo y Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio sólo el puntaje global de profesionalismo se asoció estadísticamente y de manera directamente proporcional con la calidad del cuidado percibida. Es así como el puntaje total de esta variable explica el 19 % de la percepción de la Calidad del Cuidado global. Finalmente al considerar este mismo análisis estadístico entre las dimensiones que evalúan el Capital Psicológico y Calidad del Cuidado percibida por los participantes del estudio, se observa una relación directamente proporcional de sus tres dimensiones, con la percepción de la calidad del cuidado. Es así como, de todas las variables que explican la percepción de la calidad del cuidado el 16,6% se puede explicar entre la relación de la esperanza, autoeficacia y optimismo con la percepción de la calidad del cuidado, siendo la dimensión autoeficacia la que más explica con un 6,7%.

Ahora, al considerar los modelos de ecuaciones estructurales que surgen de la relación individual entre las variables predictoras Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS), Profesionalismo y Capital Psicológico (CaPsi) y las dimensiones de todas ellas con la

Calidad del Cuidado, se obtuvo para las condiciones de trabajo subjetivas y sus dimensiones similares resultados a los entregados en la regresión lineal, donde la dimensión Entorno Social de la parte A de la escala de CTS y las dimensiones Ajuste O-P y Adaptación P-O de la parte B de dicha escala, se asociaron estadísticamente y directamente proporcional con la Calidad del Cuidado percibida.

Volviendo a recordar, tal como se indicó en el analisis descriptivo de los datos, el entorno social, hace alusión al compañerismo, respeto en el grupo de trabajo y reconocimiento del propio trabajo por colegas. Es importante tener en cuenta que el profesional de enfermería pasa muchas horas en su trabajo, luego, es fundamental incentivar al equipo de enfermería para el desarrollo de un trabajo cotidiano, en el cual se establezcan relaciones humanas más armoniosas, basadas en el respeto mutuo y cooperación entre los miembros del equipo, teniendo en cuenta que para la realización del trabajo en enfermería es fundamental la cooperación y el trabajo en grupo. Reviste importancia entonces, el fortalecimiento de los vínculos profesionales del equipo de enfermería, como medio para favorecer un cuidado de calidad [(311)]. A partir de estos resultados, se comprende que el establecimiento y afirmación de vínculos saludables entre los profesionales de enfermería posibilita la promoción de un ambiente de trabajo agradable, e incide positivamente en la finalidad del trabajo de enfermería, que es otorgar un cuidado con elevados índices de calidad [(311)].

Respecto al ajuste de la organización a la persona, dimensión que pretende medir tanto el impacto percibido de las condiciones de trabajo, como y principalmente, el grado en que la organización del trabajo del propio centro satisface necesidades de carácter psicosocial de la persona trabajadora [(27)]. Es importante señalar que las profundas transformaciones cuantitativas y cualitativas en las organizaciones y en la gestión del mismo mundo laboral [(27)], impulsadas conjuntamente por la globalización y por la innovación tecnológica y organizacional, marcadas por una relativa satisfacción manifiesta por condiciones materiales y técnicas que permiten trabajar más y mejor; pero con un malestar latente por la sobrecarga de tarea y los dilemas ético-profesionales planteados por las nuevas demandas organizacionales[(348)], están generando, un

desplazamiento del centro de la atención por parte de las ciencias del trabajo desde los factores meramente físicos, mecánicos, ergonómicos, técnicos e higiénicos de éste hacia los más propiamente psicosociales y, consiguientemente, hacia los riesgos y oportunidades que estos conllevan y a la satisfacción de ellos por parte de las organizaciones [27, 348].

En esta línea, instituciones como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) vienen reclamando desde hace algún tiempo la atención específica hacia los factores psicosociales en el trabajo; esto es, a determinadas condiciones relacionadas con el entorno, la organización y los contenidos del trabajo, así como las exigencias de la realización de la tarea, que incluyen un potencial de riesgo psicosocial para la seguridad, la salud (física, psíquica o social) y el bienestar de las personas trabajadoras [27] . En este contexto, se hace patente el creciente reconocimiento de la relevancia de los factores psicosociales en los trabajadores como un medio para proporcionarles bienestar personal y social [349], lo que potencialmente favorecería su desempeño laboral. Diversos estudios en el tema han señalado que un abordaje deficiente o inadecuado de los factores de riesgo psicosocial puede llevar a desencadenar una serie de patologías psicofisiológicas que interfieren en el desempeño laboral optimo, generan ausentismo , entre otros problemas [146].

En el contexto especifico de enfermería, existen múltiples estudios que han abordado esta temática en especial en unidades de cuidado críticos exponiendo que es un profesional expuesto a la presencia de diversos factores de riesgo psicosocial. Estudios chilenos han reportado que los profesionales de enfermería presentan desgaste emocional, trato despersonalizado con colegas y usuarios, y baja realización personal, tres de los componentes del denominado síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) que ha sido ampliamente estudiado en profesionales de la salud [146].

En esta misma línea, otro estudio también nacional señalo que el 64% y el 57% de los/as profesionales de enfermería participantes perciben un alto nivel de exposición a los riesgos psicosociales, demandas psicológicas y doble presencia, respectivamente [233].

Es importante entonces atender esta temática en los profesionales de enfermería y a la luz de los resultados obtenidos en esta tesis, satisfacer las necesidades de carácter psicosocial de los profesionales de enfermería podría ser un medio para obtener un cuidado de enfermería de calidad.

Por otro lado, la dimensión adaptación de la persona a la organización, que como se expuso previamente, implica que el profesional de enfermería se adapte a las políticas de la organización, asuma sus valores, aplique protocolos, se ajuste a los tiempos y ritmos de trabajo fijados, tambien se relacionó directamente con la calidad del cuidado. El sentirse comprometido con el trabajo y la organización, asumir sus valores, influencia profundamente la voluntad del trabajador/a para aprender y mejorar en el trabajo, genera menos ausentismo laboral, rotación y mayor productividad [(350)]. En otro sentido, la práctica clínica guiada por protocolos supone numerosas ventajas, tanto para los pacientes como para los profesionales (aplicación de procedimientos basados en evidencia científica, disminución de la variabilidad, protección legal, entre otros), es así como enfermería se caracteriza por la aplicación de protocolos como medio para unificar criterios y entregar una enfermería de máxima calidad y eficacia, con máximo ahorro de recursos [(351)], es entonces esperable que este aspecto este ligado a la calidad del cuidado.

En cuanto al análisis SEM de la variable profesionalismo y sus dimensiones, presentó un comportamiento diferente con respecto al la regresión lineal ya que en esta sólo se obtuvo correlación entre el puntaje total del profesionalismo y la percepción de la calidad del cuidado, pero en el análisis de ecuaciones estructurales (SEM) se puede ver que las dimensiones creencia en la autoregulación, sentido de llamado a la profesión y autonomía, del inventario de profesionalismo se asocian estadísticamente y de modo directo con la percepción de la Calidad del Cuidado. Esta diferencia se puede dar por que en regresiones lineales no se toma en cuenta la covariación que ejercen las variables independientes entre sí con respecto a la variable dependiente, como sí lo hace ecuaciones estructurales.

Ya se expuso, al comentar las relaciones bivaridas que los profesionales de enfermería que presentan mayor compromiso con la actitud profesional, también son más proclives a participar en acciones de acrecentamiento de la calidad profesional y que el profesionalismo puede ser una estrategia de mejora de la calidad de atención al paciente [33]. Ya que, el profesionalismo en enfermería ha sido puntualizado como un elemento que determina en mayor medida la calidad de la atención en el medio hospitalario [170] , luego los cuidados de enfermería de calidad involucran la competencia personal y el profesionalismo [170]. Respecto a las dimensiones del profesionalismo que presentaron influencia con la percepción de la calidad del cuidado, ya se ha mencionado que la autorregulación es algo que debe ser deseado y ejercido y que el control de las actividades profesionales debe ser ejercido por los propios pares y/o expertos en la disciplina, ya que son los únicos que presentan las competencias para realizar un registro técnico y ético de la profesión [327].

Este monitoreo voluntario de las actividades laborales es fundamental, para lograr transformaciones positivas en la profesión y respuestas pertinentes a las necesidades que demanda el cuidado, buscar soluciones en el terreno de lo sanitario, de la disciplina y de la profesión; por ende favorece el crecimiento de la profesión. Además la regulación implica la elaboración e implementación de reglas y estándares técnicos, que orienten el actuar profesional. En base a los cuales, se regulan los estándares de competencia técnica, la responsabilidad profesional y la eficiencia. Luego, la regulación debe orientarse al control de la calidad del servicio que presta el profesional, en la cual se analizan tanto las reglas y sus implementaciones, como la intervención de los actores encargados de ejecutarlas [352]. Parece consecuente entonces, que la autorregulación profesional conlleve a la mejora en la calidad de las prestaciones, en tanto los resultados de esta tesis revelan están tendencia.

Ahora, en lo que se refiere al sentido de llamado a la profesión, el hecho de que enfermería sea una profesión donde el cuidado constituye el objeto del saber y del quehacer principal, basado en la interacción humana, involucra vocación de servicio público [334]. En tanto, para estudiar enfermería se debe tener vocación, para ejercer una

práctica donde resalte la excelencia en el cuidado [334]. En la revisión de la literatura realizada no se encontraron estudios que relacionen el sentido de llamado a la profesión y la percepción de la calidad del cuidado otorgado, por lo que este es un hallazgo que requiere ser profundizado a fin de exponer que la principal motivación para estudiar enfermería debe ser un real espíritu de servicio y no por factores materiales o de prestigio que se han develado hoy en día [337]. Tal como indica Hall [71] el trabajo se concibe como un fin en sí mismo y no simplemente un medio para llegar al fin. En este sentido, según los resultados de este estudio un mayor sentido de llamado a la profesión implicaría otorgar un cuidado de calidad.

Finalmente la autonomía, es otra dimensión del inventario de profesionalismo de Hall que presentó una relación directa con la calidad del cuidado, durante el transcurso de la discusión se ha referido a la implicancia de la autonomía profesional para enfermería, en vista de que autonomía no solo involucra el desempeño independiente de la práctica, sino la aplicación de un juicio crítico cimentado en conocimientos, así como también la autoridad y responsabilidad en la toma de decisiones [238, 331]. De manera que, la autonomía se relaciona entonces con la posibilidad de aplicar conocimientos generados a través de la investigación en la práctica para cambiar los cuidados de atención a las personas, familia y comunidad, según la mejor evidencia disponible y hacerse responsable de ello [238]. Es así como, la autonomía profesional ha de estar implícita en el desempeño de las actividades que realiza cada profesional de enfermería, quienes deben empoderarse de su rol autónomo para elevar la calidad de los cuidados [238].

Respecto al CaPsi, el análisis de esta variable y sus dimensiones mediante ecuaciones estructurales con respecto a la percepción de la calidad del cuidado, presentó resultados similares a lo que reportó el análisis lineal múltiple, en que las tres dimensiones del CaPsi, están asociadas estadísticamente y directamente proporcional con la percepción de la Calidad del Cuidado.

Como se mencionó previamente no se encontraron estudios que asocien ambas variables, por lo que este es un hallazgo interesante debido a que las dimensiones que componen el CaPsi son variables que pueden ser modificadas y desarrolladas mediante

el aprendizaje en los profesionales, favoreciendo su rendimiento [194], afrontamiento del estrés laboral [85], retención y compromiso en el trabajo [183]. Por su parte la autoeficacia, o sea la confianza en sí mismo, esta relacionada con la obtención de metas, el desempeño laboral [57-59, 74-86] y el rendimiento del profesional de enfermería [181] . La esperanza se asocia a su vez con la persistencia y se manifiesta en su capacidad para comenzar y mantener cursos de acción necesarios para alcanzar sus objetivos y tal como se indico en el análisis descriptivo de los datos, ha sido relacionada negativamente al agotamiento emocional y despersonalización ambas variables que miden el Burnout [176], y positivamente a la conducta de los trabajadores de compartir conocimiento [189] y directamente asociada al rendimiento de las/os enfermeras/os [181]. Finalmente el optimismo media el impacto negativo de los eventos perjudiciales y la expectativa positiva frente al futuro, así como también mejora y aprovecha el impacto positivo de los eventos favorables [57-59, 74-86]. En tanto, estudios en el tema han reportado que, los profesionales de enfermería esperanzados y optimistas, movilizan a la autoeficacia y flexibilidad en los tiempos de alto estrés [52]. Aunque en otras unidades de análisis las dimensiones del CaPsi, también han sido asociadas a las practicas de liderazgo [353].

Es así como, las dimensiones del CaPsi se constituyen en verdaderas herramientas que mejoran el desempeño profesional y amortiguan factores perjudiciales del ambiente laboral, de manera y tal como lo indican los resultados de este estudio favorecen la entrega de un cuidado de calidad.

Ahora al comenzar a establecer la relación de dependencia de los puntajes totales de más de una variable (CTS, Profesionalismo y CaPsi) con la percepción de la Calidad del Cuidado, se consiguieron diferentes modelos.

Es así como, al establecer la relacion entre el puntaje global de las condiciones de trabajo subjetivas tanto de la parte A como de la B y el puntaje total del capital psicológico (figura 7), se pudo observar que, el puntaje global de la parte A de la escala de Condiciones de Trabajo subjetivas (CTS) y el puntaje global de la escala de Capital Psicológico (CAPSI) se asociaron estadísticamente (z-score superior a 1,96) y directamente proporcional con Calidad del Cuidado percibida, ya que sus coeficiente

beta presentaron signo positivo. Es conveniente recordar que la parta A de la escala de CTS incluye al método de desarrollo, entorno social y entorno material. Luego, al incorporar a las CTS y el Capital Psicológico, el puntaje global de Profesionalismo (Figura 8), se encontró que la parte A de las Condiciones de trabajo subjetivas sigue siendo estadísticamente significativa, mientras que Capital Psicológico y el puntaje global de Profesionalismo también se incorporan como factores estadísticamente significativos.

Por consiguiente, si consideramos las tres variables CTS, Profesionalismo y CaPsi en sus puntages globales se aprecia que todas ellas tienen influencia en la calidad del cuidado, por lo que se cumplen las hipótesis 1 , 2 y 3 que hacen referencia al impacto de estras tres variables en la percepción de la calidad del cuidado.

Sin lugar a dudas proporcionar un cuidado de calidad implica condiciones laborales adecuadas especificamente a las referidas a la participación en toma de decisiones organizacionales, relaciones con la dirección, apoyo recibido por el personal directivo, aspectos de contratación, remuneraciones y formación continua, todas ellas incluidas en el método de desarrollo. Un entorno social en que primen el compañerismo, respeto en el grupo de trabajo y reconocimiento del propio trabajo por colegas y sin duda que las actividades laborales se puedan desempeñar en un entorno físico adecuado, con instalaciones, equipamientos, recursos materiales y técnicos suficientes y donde se de cabida a la prevención de riesgos laborales. Se ha argumentado bastante la relación entre las condiciones de trabajo y la calidad del cuidado de enfermería , en que condiciones laborales deficientes impactan en el trato y cuidado de los pacientes; repercute en las relaciones interpersonales entre colegas; y genera sentimientos de estrés, cansancio, ansiedad, agobio y abatimiento[146]. Desafortunadamente el profesional de enfermería se desempeña en ambientes laborales desfavorables con condiciones de trabajo que no satisfacen sus necesidades [117, 118, 119, 120, 121], en Chile ha habido un claro avance en el entorno material de trabajo pero se ha incrementado la alta demanda laboral, limitados recursos principalmente humanos [144, 238] y el descontento generalizado por los tipos de contrato y remuneraciones. Debido a ello, se

considera necesario analizar las condiciones laborales de los profesionales de Enfermería en Chile con el fin de mejorar las deficiencias , lo cual tendría directos beneficios para los usuarios del cuidado.

Pero a la vez , un cuidado de calidad implica elevados niveles de profesionalismo , más aún, hoy en día en que el actual clima de cambio laboral, marcado por una mayor carga de trabajo, acrecentamiento de las exigencias de los usuarios originadas muchas veces por los medios de comunicación, y publicidades que hacen elegir la carrera por motivos economicos más que vocacionales, pueden llevar a que los valores profesionales se vean comprometidos [48]. En tanto, un profesional de enfermería con sentido de profesionalismo elevado puede desarrollar una asociación reforzada con el equipo de salud, lo que favorece la comunicación, la consecución de las metas compartidas y la entrega de un cuidado al paciente con altos estándares de calidad [50]. En adición, un cuidado de calidad requiere que el profesional de enfermería tenga recursos personales necesarios para así, poder afrontar las demandas y exigencias de sus actividades y entregar un cuidado de calidad. Es en este sentido que el Capital Psicológico (CapPsi) cobra gran relevancia para la mejora de la práctica enfermera.

Ahora, al querer profundizar aún más en la temática se estableció las relaciones de dependencia considerando las dimensiones de mas de una variable predictora. Obteniendo tambien diferentes modelos, en que se aprecian diferencias en las dimensiones que se asocian a la calidad del cuidado con respecto a los modelos en que cada variable predictora se asoció de modo individual con la percepción de la calidad del cuidado.

Entonces, al establecer las relaciones entre las dimensiones de las Condiciones de Trabajo subjetivas y las dimensiones del Capital Psicológico (figura 9), se encontró que la dimensión Entorno Social de la parte A de las escala de Condiciones de Trabajo subjetivas más las tres dimensiones del Capital Psicológico (Esperanza, Autoeficiencia y optimismo) se asociarón estadísticamente con la Calidad del Cuidado percibido, el resto de las covariaciones no fueron estadísticamente significativas. Este modelo vuelve a relevar la importancia del entorno social de trabajo y que el profesional de

enfermería enfrente con esperanza y optimismo su quehacer diario y crea en sus habilidades, sienta que tienen control sobre su trabajo y crea que es capaz de hacer lo que planea y espera. Tambien evidencia algún tipo de relación entre el entorno social de trabajo y tener características personales positivas, desempeñarse en un ambiente donde prime el compañerismo, respeto en el grupo de trabajo y reconocimiento del propio trabajo por colegas, podría potenciar los aspectos personales positivos de la conducta, pero tambíen el tener estas habilidades sociales positivas podría favorecer un entorno social de trabajo adecuado.

Ahora, al considerar las dimensiones de las Condiciones de Trabajo Subjetivas y las dimensiones del Profesionalismo (figura 10) excluyendo el CaPsi, se aprecia que el entorno social de la parte A de la escala de CTS y la adaptación P-O de la parte B de la escala presentan una relación de dependencia positiva con la percepción de la Calidad del Cuidado. Y las dimensiones creencia en la autoregulación, sentido de llamado a la profesión y autonomía del Inventario de Profesionalismo también tienen una relación de dependencia positiva con la percepción de la Calidad del Cuidado. Es interesante que, al asociar estas variables en conjunto, se sume al entorno social, la adaptación de la persona a la organización como predictora de la percepción de la calidad del cuidado. Esta dimensión ya apareció como influyente tanto en la regresón lineal como en el analisis SEM -de las CTS como variable predictora única con la calidad del cuidado-. No deja de ser importante que el profesional de enfermería se adapte a su organización tanto por su propio bienestar como por los resultados de su cuidado. A si mismo las tres dimensiones del profesionalismo que aparecen como predictoras del cuidado de calidad, son las mismas que afloraron al relacionar unicamente la variable profesionalismo y sus dimensiones a la percepción de la calidad del cuidado mediante el analisis SEM. Parece ser, que el control por los propios pares, la convicción de querer ser un profesional de enfermería, sin mediar razones meramente económicas y la autonomia en el desempeño de las funciones, a partir de este modelo son los factores necesarios para poder entregar un cuidado con niveles de calidad elevados.

Ahora, al establecer las relaciones de dependencia considerando las dimensiones del Profesionalismo y el Capital Psicológico sin considerar las Condiciones de Trabajo Subjetivas (figura 11), se encontró que sólo las dimensiones creencia en la autorregulación y sentido de llamado a la profesión del Inventario de Profesionalismo, se asociaron estadísticamente y de modo directo con la percepción de la Calidad del Cuidado, la autonomía no aparece como una dimensión relacionada. Por otro lado, las tres dimensiones del CaPsi continúan siendo estadísticamente significativas. Quizá el hecho, de que para tener confianza en si mismo y ser capaz de trazar metas y trabajar para conseguirlas se necesita cierto grado de autonomía profesional , es que esta dimensión no aparece como influenciadora de la percepción de la calidad del cuidado, pero implícitamente esta presente.

Este modelo nos señala que, la convicción en que la persona mejor calificada para juzgar el trabajo de un profesional es otro colega de ese profesional, que la dedicación del profesional a su trabajo y el sentimiento que el trabajo se concibe como un fin en sí mismo y no simplemente un medio para llegar al fin [71,73]; que la capacidad de apertura a los desafíos y la voluntad para realizar esfuerzos en la consecución de objetivos (autoeficacia), el deseo de alcanzar metas, saber planificar y responsabilizarse estratégicamente para el logro de resultados (esperanza) y la capacidad de afrontar el impacto negativo de los eventos desfavorable y aprovechar el positivo (optimismo) [57-59, 74-86]. Deberían ser parte de las características personales del profesional de enfermería, si se quiere proporcionar un cuidado de calidad. La literatura señala que el cuidado de enfermería requiere de características personales y profesionales [354], aspectos entre otros imprescindibles para conseguir un cuidado que presente algunos resultados finales tales como, el alta, la satisfacción y menor estancia hospitalaria del paciente, mayor productividad, eficiencia y eficacia del profesional y el mantenimiento de la calidad de la atención, entre otros [354]. A la luz de los resultados, es claro que las características personales señaladas deben ser desarrolladas y potenciadas en los profesionales de enfermería para lograr un cuidado de calidad.

Finalmente, el último modelo establece las relaciones de dependencia entre las dimensiones de las condiciones de trabajo subjetivas, profesionalismo y capital psicológico con la percepción de la calidad del cuidado (figura 12). Este modelo reportó que solamente la dimensión entorno social de la parte A de la escala de CTS, la dimensión creencia en la autorregulación del inventario de profesionalismo y las tres dimensiones del CaPsi (esperanza, autoeficiencia y optimismo) se asociaron estadísticamente y de modo directo con la percepción de la Calidad del Cuidado. El resto de las covariaciones no fueron estadísticamente significativa. Este modelo vuelve a relevar la importancia del entorno social, la autoregulación profesional y la esperanza, autoeficacia y optimismo como las dimensiones que más influyen a la hora de proporcionar un cuidado de calidad. No se encontró evidencia de otros estudios que en su conjunto relacionen estos factores con la percepción de la calidad del cuidado, por lo que estos resultados son un hallazgo valioso y se tornan de gran relevancia para la práctica de enfermería, ya que conocer los factores específicos que ejercen una influencia en la calidad de los cuidados, es un paso importante para poder intervenir en ellos, propiciando que el cuidado sea proporcionado con elevados estándares de calidad y también se favorece la calidad de vida del propio profesional, puesto que los cuidados son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor de nuestro quehacer y por lo tanto nuestro foco de atención y objeto de estudio de la enfermería como disciplina profesional [(355)].

5) CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

Los objetivos principales de la presente investigación fueron determinar la influencia de las condiciones de trabajo subjetivas, el profesionalismo y el capital psicológico del profesional de enfermería sobre su percepción de la calidad del cuidado que entrega en hospitales de alta complejidad y proponer modelo(s) que relacionen estas variables con la calidad del cuidado que entrega el profesional de enfermería.

En este sentido, una vez concluido el análisis de la información y de los resultados, se concluye lo siguiente:

- La percepción de la Calidad del Cuidado proporcionada por los profesionales de enfermería de los tres hospitales en estudio se encuentra en promedio medio-alto, y la dimensión Relaciones Psicosociales es la que presenta la media más baja.
- Los profesionales de enfermería del estudio perciben niveles de condiciones de trabajo subjetivas que pueden ser catalogados como buenas, luego la dimensión Método de Desarrollo fue la dimensión que obtuvo la media más baja.
- Los profesionales de enfermería en estudio, presentan un nivel medio-bajo de Profesionalismo, siendo la dimensión Autonomía la que presentó la media más baja.
- La media global de Capital Psicológico percibida por los profesionales de enfermería en estudio puede ser catalogada como alta y la dimensión optimismo es la que presentó la media más baja.
- Se observan diferencias significativas entre la percepción de la Calidad del Cuidado, Condiciones de Trabajo Subjetivas y Profesionalismo en los establecimientos hospitalarios estudiados.
- Los profesionales de enfermería más jóvenes presentan una mejor percepción de las condiciones de trabajo subjetivas y mayor profesionalismo.
- El Capital Psicológico de los profesionales de enfermería se relaciona con su edad y la pertenencia a una organización profesional.

- Se concluye que existen variables predictoras relacionadas a la variabilidad de la percepción de la Calidad del Cuidado, entre las que se encuentran: edad del profesional de enfermería, grado académico, antigüedad en el puesto de trabajo y antigüedad total, condición de salud y condiciones ambientales de trabajo (temperatura, iluminación y espacio físico).
- Se indica que una mayor valoración de las Condiciones de Trabajo Subjetivas representa una mejor percepción de la Calidad del Cuidado por las enfermeras/os en estudio.
- Los profesionales de enfermería que tienen un puntaje mayor de profesionalismo presentan una valoración mayor en la percepción Calidad del Cuidado.
- Se concluye que a mayor Capital Psicológico, mayor es la valoración de la percepción de la Calidad del Cuidado por las enfermeras/os en estudio.
- A partir de las hipótesis planteadas se concluye que tanto el profesionalismo como el Capital Psicológico como constructos totales influyen en la percepción de la Calidad del Cuidado, al igual que la parte A de las condiciones de Trabajo subjetivas.

- Al establecer las relaciones de dependencia considerando los puntajes totales de las variables Condiciones de Trabajo subjetivas (CTS), Profesionalismo y Capital Psicológico con la percepción de la Calidad del Cuidado, se concluye que:

- La parte A de las CTS (método de desarrollo, entorno social y material), el Profesionalismo y el Capital Psicológico influyen directamente con la percepción de la Calidad del Cuidado percibida.

- Al establecer las relaciones de dependencia considerando las dimensiones que conforman las variables Condiciones de Trabajo Subjetivas (CTS), Profesionalismo y Capital Psicológico:

a) En su relación individual a la percepción de la Calidad del Cuidado, se concluye que:

- La existencia de un Entorno Social favorable, un adecuado ajuste de la organización a la persona y la adaptación de la persona a la organización determinan la percepción de un Cuidado de enfermería de mayor Calidad.
- La creencia en la Autorregulación, el Sentido de llamado a la profesión y la Autonomía profesional, inciden directamente con la percepción de la Calidad del Cuidado.
- Un profesional de enfermería con niveles elevados de Esperanza, Autoeficacia, Optimismo percibe que proporciona un Cuidado de mayor Calidad.

b) En su relación combinada a la Calidad del Cuidado, se concluye que:

- La presencia de un adecuado Entorno Social en el trabajo, el creer y ejercer el control entre colegas y poseer características personales como esperanza, autoeficacia y optimismo, influyen directamente en la entrega de un Cuidado de enfermería de Calidad.

6) LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El desarrollo del presente estudio evidenció algunas limitaciones, tales como:

- Al validar al contexto nacional las escalas Karen Personal, Condiciones de Trabajo Subjetivas y Capital Psicológico, estas no mantuvieron todas las dimensiones e ítems que en sus versiones originales. Aunque se reconoce que la validación realizada mediante análisis factorial confirmatorio es estadísticamente apropiada y al extraer dichas dimensiones e itmes los instrumentos presentarón un mejor nivel de ajuste.
- El inventario de Profesionalismo de Hall, resultó no ser el instrumento más idóneo para medir el profesionalismo en este grupo de profesionales de enfermería, lo que se vio reflejado al validarlo al contexto nacional, en los hospitales en estudio.

- Se señala como otra limitación, la utilización de cuestionarios muy extensos, lo que prolongó el tiempo de recogida de los datos y pudiese haber condicionado la colaboración de algunos profesionales de enfermería que se restaron a participar.
- Se deja constancia de lo dificultoso que fue presentar el proyecto en cuatro comités de éticas diferentes, con normas y requerimientos desiguales, lo que se tradujo en elaborar consentimientos informados diferentes, exponer el proyecto ante el comité de ética en un hospital y explicar el mismo; y en los otros enviar el proyecto por escrito y reunirse con las Subdirectoras de Enfermería para explicar personalmente y aclarar las dudas; todo lo expuesto retrasó la ejecución del proyecto en 4 meses aproximadamente.

7) SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES QUE EMERGEN DE ESTA INVESTIGACIÓN

A las instituciones de salud participantes

A nivel organizacional se sugiere a las jefaturas mantener una preocupación constante por la condición de salud de los profesionales de enfermería, ante la evidencia que esta variable puede influir a la hora de proporcionar un cuidado de calidad. Así mismo, se insta a las jefaturas que faciliten la formación continua de los enfermeros/as, específicamente en lo que se refiere a las especializaciones, un profesional de enfermería con especialidad puede proporcionar un cuidado de enfermería de mayor calidad. Otorgando los tiempos necesarios para el estudio, con becas que contemplen su devolución en la misma institución u otras entidades de la red de prestadores públicos, según competencias adquiridas.

Se recomienda, la mejora de las condiciones de trabajo subjetivas en general, tanto de sus aspectos materiales, haciendo énfasis en mejorar el espacio físico, la iluminación y temperatura ambiental de los servicios estudiados, como psicosociales en lo que compete principalmente al entorno social, para lo cual resulta pertinente que las organizaciones estudiadas realicen a nivel grupal intervenciones para propiciar el

compañerismo, respeto en el grupo de trabajo y reconocimiento del propio trabajo por colegas. Sumado a ello, que establezcan medidas para facilitar la adaptación de lo enfermeros/as a su organización, como una adecuada socialización laboral, traducida en programas de inducción eficientes y efectivos e incluir medidas que aplaquen la carga de trabajo y, por consecuencia, reduzcan las demandas mentales y físicas. Luego, la creación de un ambiente laboral favorable a la producción de salud, con condiciones de trabajo adecuadas, que posibiliten al trabajador una relación interpersonal saludable y un menor desgaste físico y emocional, incrementa el compromiso y satisfacción del profesional de enfermería, propiciando la entrega de un cuidado de calidad.

Tomar medidas, para incrementar el nivel de profesionalismo, lo que tributará a la entrega de un cuidado de enfermería de calidad, motivando a los profesionales de enfermería a aceptar y también aplicar el control entre colegas, como algo que debe ser deseado y ejercido, en el trabajo cotidiano y favoreciendo el trabajo autónomo, para lo cual el apoyo de las jefaturas es indispensable.

Implementar programas de fortalecimiento psicológico, dirigidos a los profesionales de enfermería que otorguen las herramientas necesarias para que este profesional pueda poder afrontar las nuevas demandas y exigencias de sus actividades laborales y sean capaces de toma de decisiones antes las vicisitudes que se enfrenta diariamente y entregar un cuidado de calidad, desarrollando la confianza en si mismo, la fuerza de voluntad para alcanzar metas y planificar la forma de lograrlas, y la perseverancia en la consecución de objetivos.

A la disciplina de Enfermería

Esta investigación hace patente la necesidad de generar teorías o modelos de Enfermería, de la mano de enfermeras académicas en conjunto con enfermeras clínicas que aporten la visión práctica. Y que enfaticen en la Calidad del Cuidado de enfermería y en las variables que conjuntamente influyen en él y no de modo parcelado como la evidencia actual expone.

Considerando que, el cuidado se lleva a cabo en un entorno material y social que debe

ser adecuado y también involucra las características y recursos personales de quien lo proporciona, aspectos que en su conjunto inciden en la calidad del mismo. En tanto, se debe profundizar en estas temáticas a fin de otorgar un sustento teórico a la práctica profesional, que incluya otras descripciones del fenómeno de la percepción de la Calidad del Cuidado de enfermería, incorporando el contexto, lo situacional y lo personal.

Es necesario generar y ampliar las líneas de investigación existentes en materia de Condiciones de Trabajo con énfasis en los factores psicosociales, reconociendo que estos constituyen un problema de salud laboral emergente, que se puede traducir en una serie de inconvenientes para la salud física como mental de los profesionales de enfermería, luego se debe desarrollar conocimiento empírico que permita dar respuestas a estas problemáticas con miras a cuidar de quién otorga el cuidado de enfermería. Y comenzar a desarrollar investigaciones en el constructo Capital Psicológico que se torna en una herramienta valiosa, cuyo conocimiento puede enriquecer el desempeño profesional. Tampoco dejar de lado el estudio del profesionalismo, en especial en estos tiempos en que se ha visto mermado y cuya potenciación resulta indispensable a la hora de proporcionar cuidados con altos estándares de calidad.

También resultaría interesante ahondar en las relaciones entre estas variables, como el CaPsi, puede favorecer el profesionalismo o viceversa, o bien como las condiciones de trabajo pueden influir en ambas variables. Queda entonces planteado un nicho de investigación importante a ser analizado

A la academia de enfermeras/os

Se recomienda a los programas de pregrado que enfaticen en las temáticas de profesionalismo, ya que este debe desarrollarse desde la formación inicial para luego hacerse palpable en el ámbito laboral. Y también que desarrollen módulos o asignaturas tendientes a la potenciación de las habilidades personales de los/las estudiantes, a fin de comenzar a dotarlos de herramientas actitudinales, potenciando su propio capital psicológico, que les permita hacer frente del mejor modo posible a las vicisitudes y complejidades del ámbito laboral.

Se recomienda a los programas de postítulo y postgrado (especialidades, magísteres y

doctorados) a incorporar asignaturas o módulos afines a la salud laboral. Puesto que la participación de profesional de enfermería en programas de salud ocupacional, es de gran importancia, no solo por cumplir con las normas existentes en el área, sino también para que al garantizar la salud y seguridad del trabajador, también se beneficie la propia organización y el usuario que hace uso de esta. Sumado a ello, que el profesional de enfermería se transforme en un ente más activo en la problemática del trabajo; para que todo esto en conjunto, conlleve a una eficiente prestación de los servicios de salud, evite perdida de la productividad de la organización de salud y favorezca la imagen corporativa de la misma.

Se recomienda llevar a cabo investigaciones de abordaje cualitativo para conocer estas temáticas desde la propia vivencia del profesional de enfermería, de tal modo que al triangular la información se consiga a una mayor comprensión de los fenómenos en estudio.

Es pertinente, recomendar a los programas de pre y postgrado, generar y/o fortalecer las líneas de investigación en la Calidad del Cuidado, con el fin de seguir indagando en los factores intervinientes en ella, con miras a la mejora continua de la calidad.

A la profesión de Enfermería

Es necesario que los/las gestores/as de enfermería replanteen las prácticas cotidianas en el trabajo del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario. Se debe considerar la inclusión de medidas que alivien la carga en el trabajo y, por consecuencia, reduzcan las demandas mentales y físicas, favorezcan el poder de decisión/autonomía del profesional, con el apoyo permanente de las jefaturas y promuevan instancias en que los profesionales de enfermería puedan ejercer el control entre colegas como una actividad normal en las actividades a desempeñar.

Mejorar las condiciones del trabajo supone a los gestores actuar a nivel organizativo y, aunque es difícil el diseño de una organización de trabajo óptima, pueden establecerse criterios para conseguir unas condiciones más favorables. La actuación debe basarse, principalmente, en intentar mejorar el índice n° pacientes/n° enfermeras/os, reorganizar

el trabajo administrativo para favorecer la atención directa a los usuarios, propender al trabajo en equipo en especial con el escalafón médico, entre otras aristas.

Se recomienda fortalecer el colectivo de Enfermería, participando activamente en organizaciones profesionales que demuestren un sentido gremial, de ayuda a sus afiliados, que aglutinen a sus colegas para trabajar por objetivos comunes relacionados con necesidades sentidas por sus miembros, promuevan políticas públicas que favorezcan cambios estructurales en la profesión como mejora de las contrataciones, remuneraciones, entre otros aspectos, todo lo cual propicie condiciones de trabajo adecuadas para enfermeras y enfermeros.

Es oportuno, recomendar el desarrollo de sociedades científicas con la participación de enfermeras/os académicas/os como de la práctica clínica, para lograr evidencias que permitan dar solución a problemas contingentes y tributen a un cuidado de calidad al usuario. Luego, estas alianzas generan lazos entre la academia y la práctica clínica que favorece el desarrollo disciplinar como el ejercicio profesional, incrementando el reconocimiento social y elevando el estatus profesional.

8) REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Santana J, Bauer A, Minamisava R, Queiroz A, Gomes R. Calidad de los Cuidados de Enfermería y Satisfacción del Paciente atendido en un Hospital de Enseñanza. Rev. Latino-Am. Enfermagem.2014;22 (3):454-60.
2. Vituri D, Matsuda L. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. RevEscEnferm USP. 2009; 43(2):429-37.
3. Donabedian A. Evaluating the quality of medicalcare. The Milbank Quarterly.2005;83 (4): 691–729. Reprinted from The Milbank Memorial Fund Quarterly.1966;44 (3): 106-206.
4. Torres C. Percepción de la Calidad del Cuidado en Enfermería en Pacientes Hospitalizados Av.Enferm.2010;28 (2):98-110.
5. Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Cuidado y Práctica de Enfermería: Nuevos Avances Conceptuales del Grupo de Cuidado. Guadalupe Ltda. Bogotá. 2006.
6. Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia Dimensiones del Cuidado. Primera edición.Unibiblios.Bogota.1998.
7. Watson J. Nursing human science and human Care: A Theory of Nursing New york: National League for Nursing. 1988: 27-35.
8. Cometto MC, Gómez P, Dal Sasso G, Grajales R, Cassiani S, Morales C. Enfermería y Seguridad de los pacientes. Organización Panamericana de la Salud. Washington 2011.
9. Gaviria Noreña D. La Evaluación del Cuidado de Enfermería: Un Compromiso Disciplinar. Invest Educ Enferm. 2009; 27(1):24-33.
10. Borré Y, Lenis C, González G.Utilidad del cuestionario SERVQHOS-E para medir calidad percibida de la atención de enfermería. Revista CES Salud Pública.2014; 5(2).
11. Báez F, Nava V, Ramos L, Medina O. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. 2009; 9 (2): 127-134.
12. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. Geneva: World Health Organization.2008.
13. Silva A, Reis A, Miasso A, Santos J, Cassiani S. Eventos adversos a medicamentos em um hospital sentinela do Estado de Goiás, Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011;19(2):378-86.

14. Ramírez C, Perdomo A. Evaluación de la Calidad del Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. Av.Enferm.2013;21 (1): 42-51.
15. Mesa L, Romero M. Profesionales de Enfermería y Cuidado en las Condiciones Laborales Actuales. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo 2010; 12(2).
16. Leguizamón L, Gómez V. Condiciones laborales y de Salud en Enfermeras de Santafé de Bogotá. International Journal of Clinical and Health Psychology.2002; 2 (1): 173-182.
17. Aiken L, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T. Effects of Hospital Care Environment on Patient Mortality and Nurse Outcomes. Journal of Nursing Administration.2008; 38(5): 223-229.
18. Friese CR, Lake ET, Aiken LH, Silber J, Sochalski JA. 2008. Hospital Nurse Practice Environments and Outcomes for Surgical Oncology Patients. HealthServicesResearch, 43(4), 1145-1163
19. Aiken L, Sermeus W, Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Hospital Care: Cross Sectional Surveys of Nurses and Patients In 12 Countries in Europe and the United States. 2012. BMJ, 344
20. Aiken LH, Cimiotti J, Sloane DM, Smith HL, Flynn L, Neff D. The Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals with Different Nurse Work Environments. Medical Care.2001; 49:1047-53
21. Blanch, JM, Crespo FJ y Sahagún MA. 2012. Sobrecarga de Trabajo, Tiempo Asistencial y Bienestar Psicosocial en la Medicina Mercantilizada. En E. Ansoleaga, O. Artaza y J. Suárez (Eds.), Personas que cuidan Personas: Dimensión Humana y Trabajo en Salud (176-182). Santiago de Chile: OPS/OMS.
22. Chiavenato I. Gestión del Talento Humano. 3era ed. México, D. F.: Mc Graw-Hill;2009.
23. Alcover C, Martínez D, Rodríguez F y Domínguez R. Introducción a la Psicología del Trabajo. 1era ed. Madrid:McGraw-Hill;2004.
24. Mañas A. La Salud y las Condiciones de Trabajo. Enfermería Integral.2001; Consultado 19 de mayo de 2015; 56. Disponible en :www.enfervalencia.org/ei/anteriores/articles/rev56/artic10.htm
25. Blanch J.M. Trabajar en la modernidad industrial. En J. M. Blanch (Coord.).Teoría de las Relaciones Laborales. Fundamentos. Vol.1.Barcelona: Editorial UOC; 2003.
26. Peiró J.M. y Prieto F. Tratado de Psicología del Trabajo. Vol.1. La Actividad Laboral en su cContexto. Madrid: Síntesis; 1996.

27. Blanch JM, Sahagún M, Cervantes G. Estructura factorial de la Escala de Condiciones de Trabajo. Journal of Work and Organizational Psychology. 2010; 26(3):175-189.
28. Instituto de Seguridad e Higiene en el trabajo de España. En: Peiró, J.M. y Prieto, F. Tratado de Psicología del Trabajo. Vol.1. La actividad laboral en su contexto. Madrid: Síntesis; 1996.
29. Organización Internacional del Trabajo OIT. Temas. Condiciones de trabajo. Disponible en http://ilo.org/global/topics/working-conditions/lang--es/index.htm
30. Romero M, Mesa L, Galindo S. Calidad de Vida de las Enfermeras y sus Consecuencias para el Cuidado. Avances en Enfermería. 2008; 26(2):59-70.
31. Fantahun A, Demessie A, Gebrekirstos K, Zemene A,Yetayeh G. A Cross Sectional Study on Factors Influencing Professionalism in Nursing Among Nurses in Mekelle Public Hospitals, North Ethiopia, 2012. BMC Nursing.2014;13(1)
32. O'sullivan H, Van Mook W, Fewtrell R, Wass V. Integrating Professionalism into the Curriculum:AMEE Guide No. 61.Medical Teacher. 2012; 34: e64–e77
33. Lombarts K, Plochg T, Thompson C, Arah O. On Behalf of the DUQuE Project Consortium. Measuring Professionalism in Medicine and Nursing: Results of a European Survey .PLOS ONE.2014; 9(5): e97069
34. Jha V, Bekker HL, Duffy SRG, Roberts TE. A Systematic Review of Studies Assessing and Facilitating Attitudes Towards Professionalism in Medicine. Med Educ. 2007 Aug; 41(8):822-9.
35. Fox C. J. What do we Mean When we Say Professionalism? A Language Usage Analysis for Public Administration. The American Review of Public Administration.1992; 22(1): 1-17.
36. Ozga J. Deskilling A Profession: Professionalism, de Professionalisation and The New Managerialism.1995. In: Evans L. Professionalism, Professionality and The Development of Education Professionals. British Journal of Educational Studies.2008; 56 (1): 20-38
37. Vollmer H, Mills D. Proffesionalization. 1966. In: Snizek. W. Halls Professionalism Scale: An Empirical Reassessment. American Sociological Review.1972; 37:109-114.
38. Hoyle E. Professionality, Professionalism and Control in Teaching.1975. In: Evans L. Professionalism, Professionality and the Development of Education Professionals. British Journal of Educational Studies.2008; 56 (1): 20-38

39. Troman G. The rise of the new professionals? The restructuring of Primary Teachers' Work and Professionalism. British Journal of Sociology of Education.1996; 17 (4): 473-487
40. Sockett H.T.1996. In: Evans L. Professionalism, Professionality and the Development of Education Professionals. British Journal of Educational Studies.2008; 56 (1): 20-38
41. Hoyle E.Teaching: Prestige, Status and Esteem, Educational Management & Administration.2001; 29 (2): 139–152.
42. Briggs ARJ.Professionalism in Further Education: a Changing Concept. Management in Education.2005; 19(3).
43. Krackov S, Pohl H. Enseñanza y Evaluación del Profesionalismo en Educación Médica. In: Wright A.La Conferencia de Ottawa 2004 en Barcelona: una síntesis personal.Rev. educ. cienc. salud 2005; 2 (1): 9 – 16
44. Larriviere D, Beresford HR. Professionalism in Neurology: the Role of Law. Neurology. 2008; 71:1283-8.
45. Dinger M, Thatcher J,Treadway D, Stepina L,Breland J. Does Professionalism Matter in the IT Workforce? An Empirical Examination of it Professionals.Journal of the Association for Information Systems.2015; 16, 282 (4) 4: 281-313
46. Arnold L .Assessing Professional Behavior: Yesterday, Today and Tomorrow. Acad Med.2002; 77: 502–15
47. Epstein RM, Hundert EM. Defining and Assessing Professional Competence. JAMA.2002; 287: 226–35.
48. Blank L, Kimball H, McDonald W, Merino J. et al.Medical Professionalism in the New Millennium: a Physician Charter 15 Months Later. Ann Inter Med. 2003;138(10):839-41
49. Patiño J. Profesionalismo en Enfermería. Revista de actualizaciones en enfermería.2014;14 (1)
50. Wynd C.Current Factors Contributing to Professionalism in Nursing.Journal of Professional Nursing.2003 ;19 (5): 251-261
51. Hwang J. Lou F,Han S, Cao F, Kim W, Li P.Professionalism: The Major Factor Influencing Job Satisfaction among Korean and Chinese nurses.International Nursing Review.2009;56(3):313-318
52. Teo, Stephen, Roche, Maree, Pick, David, Newton y Cameron J. Psychological Capital as Moderator of Organizational Change Demands on Nursing Stress. In 74th Annual Meeting of the Academy of Management, 1– 5 August 2014, Pennsylvania Convention Center, Philadelphia, PA.

53. Zurn P, Dolea C, Stilwell B. Contratación y Retención de las enfermeras: Formación de unos Recursos Humanos Motivados. Cuaderno temática 4.Organización Mundial de la Salud .Departamento de Recursos Humanos de Salud. Consejo internacional de enfermería.2006
54. Omar A, Salessi S, Urteaga F.Diseño y Validación de la Escala CapPsi para medir Capital Psicológico.LIBERABIT: Lima (Perú).2014; 20(2): 315-323
55. Guido C. Psicologia Económica: Influencia de la Personalidad en el Nivel de Pobreza en la Comunidad de Guarari de Heredia y la Carpio en la Uruca. Costa Rica.Editado por la Fundación Universitaria Andaluza Inca Garcilaso.2013
56. Spence H, Fida R.New Nurses Burnout and Workplace Wellbeing: The influence of Authentic Leadership and Psychological Capital.Burnout Research.2014;1:19-28
57. Luthans F, Avey J, Avolio B, Norman S, Combs G. Psychological Capital Development: Toward a Micro-intervention, Journal of Organizational Behavior.2006; 27 : 387-393
58. Luthans F, Avey J, Avolio B, Norman S. Positive Psychological Capital: Measurement and Relationship with Performance and Satisfaction. Personnel Psychology.2007; 60: 541-72
59. Luthans F, Luthans K, Luthans B. Positive Psychological Capital: Beyond the Human and Social. Business Horizons. 2004; 47(1): 45-50
60. CIE. Consejo Internacional de Enfermería. Las Enfermeras,una Fuerza para el cambio:Eficaces en Cuidados, eficientes en costos. Día Internacional de la Enfermera 2015. Ginebra Suiza.
61. Mansoureh T, Mehrnoosh Pazargadi, Zhila Abed Saeedi. Nurses' Perspectives on Quality Of Nursing Care: A Qualitative Study In Iran. International Journal of Health Care Quality Assurance.2007; 20 (4): 320 – 328
62. American Nurses Association.Health& Safety .Healthy. Work Environment. Disponible:http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/WorkplaceSafety/Healthy-Work-Environment/Work-Environment
63. Gobierno de Chile. Metas 2011 – 2020. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Disponible en : http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf
64. Donabedian A, Wheeler JR, Wyszewianski L. Quality, Cost And Health: an Integrative Model. Med Care 1982;20 (10):975-992

65. Pezoa M. Satisfacción y Calidad Percibida en la Atención de Salud Hospitalaria: Ranking de Prestadores. Informe Global. Departamento de Estudios y Desarrollo. Superintendencia de Salud. Gobierno de Chile.2013.
66. Lima Fabiane da Silva Severino, Souza Natalia Pimentel Gomes, Freire de Vasconcelos Patricia, Aires de Freitas Consuelo Helena, Bessa Jorge Maria Salete, De Souza Oliveira Adriana Catarina. Implicaciones de la Seguridad Del Paciente en La Práctica del Cuidado de Enfermería. Enferm. glob. [Internet]. 2014 Jul [citado 2017 Mayo 22] ; 13(35): 293-309. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000300017&lng=es.
67. Blanch JM. Condiciones de Trabajo y Riesgos Psicosociales bajo la Nueva Gestión. Formación Continuada a Distancia. FOCAD. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos de España; 2011
68. Blanch J.M. Estudio de Calidad de Vida Laboral en el Subempleo. In J. Romay, J. Salgado, M. Romaní y D. Robla (Comps.). Psicología de las Organizaciones, del Trabajo y Recursos Humanos y de la Salud. 2005 (pp.79-87). Madrid: Biblioteca Nueva
69. Blanch J.M. (2009). Propiedades Psicométricas de las Escalas del Cuestionario. Estudio piloto. Documento interno de trabajo del grupo investigación Colaborando. Universidad Autónoma de Barcelona/ Cervantes, G. (2009). Calidad de vida laboral y riesgos psicosociales en profesionales de la salud catalanes. De la presión asistencial a la violencia ocupacional. Tesis doctoral no publicada. Departamento de Psicología Social. Universidad Autónoma de Barcelona.
70. Ramos J, Peiró J. M. y Ripoll, P. (1996).Condiciones de Trabajo y Clima Laboral. En J. M. Peiró y F. Prieto (Eds.): Tratado de Psicología del Trabajo. Vol. I: La Actividad Laboral en su Contexto. Madrid: Síntesis.
71. Hall R. H. Professionalization and bureaucratization. American Sociological Review. 1968; 33 (1):92-104.
72. Harold L. Wilensky La Profesionalización de Cada Uno?*American Journal of Sociology* Vol. 70, No. 2 (septiembre, 1964), pp. 137-158. https://www.jstor.org/stable/2775206?seq=1#page_scan_tab_contents
73. Snizek W. E. Hall's Professionalism Scale: An Empirical Reassessment. American Sociological Review. 1972; 37(1):109-114
74. Avey J, Luthans F, Smith R, Palmer F. Impact of Positive Pschologycal Capital on employee Well- Being Over Time. Journal of Occupational Health Psychology. 2010;15(1): 17-28
75. Luthans F. The Need for and Meaning of Positive Organizational Behavior. Journal of Organizational Behavior. 2002a; 23(6): 695-706

76. Luthans F, Youssef C. M.Human, Social, and Now Positive Psychological Capital Management: Investing in People for Competitive Advantage.Organizational Dynamics.2004;33(2): 143–160
77. Luthans F, Youssef C. M, Avolio BJ. Psychological Capital: Developing the Human Competitive Edge. New York:Oxford University Press.2007
78. Luthans F, Avolio BJ, Walumbwa FO, Li W.The Psychological Capital of Chinese Workers: Exploring The Relationship With Performance. Management and Organization Review.2005; 1: 249–271
79. Luthans F., Youssef C. M. Emerging Positive Organizational Behavior. Journal of Management.2007; 33(3) 321–349
80. Luthans F. Organizational Behavior: An Evidence-Based Approach. New York: McGraw-Hill Irwin.2010
81. Luthans F. Psychological Capital: Implications For HRD, Retrospective Analysis, And Future Directions. Human Resource Development Quarterly.2012; 23(1): 1-8.
82. Youssef C, Luthans F. 2012. Psychological Capital. In : Omar A, Salessi S, Urteaga F. Diseño y Validación de la Escala CAPSI para Medir Capital Psicológico. LIBERABIT: Lima (Perú).2014; 20(2): 315-323
83. Stajkovic AD, Luthans F. Self-Efficacy and Work-Related Performance: A Meta-Analysis. Psychological Bulletin.1998; 124(2): 240-261.
84. Luthans F, Avey J, Clapp-Smith R, Li W. More Evidence on The Value of Chinese Workers' Psychological Capital: A Potentially Unlimited Competitive Resource?. The International Journal of Human Resource Management.2008;19 (5): 818–827
85. Avey J, Luthans F, Jensen S. Psychological Capital: A Positive Resource Forcombating Employees Stress and Turnover. Human Resource Management.2009; 48 (5):667-693
86. Luthans F, Avey J ,Patera JL. Experimental Analysis of a Web-Based Training Intervention to Develop Positive Psychological Capital.Academy of Management Learning & Education. 2008; 7(2): 209–221
87. Seligman MEP. Aprenda Optimismo: Haga de La Vida Una Experiencia Maravillosa. Barcelona: Grijalbo;1998.
88. Coutu DL. How Resilience Works. Harvard Business Review.2002; 80(5): 46–55.
89. Donabedian A. The Quality of Medical Care. Science. 1978;200:856-64
90. Donabedian A. Exploration in Quality Assemeng and Monitoring. Michigan: Health Administration Press, 1980.

91. Donabedian A. The Quality of Care. How Can It Be Assessed?.JAMA. 1988b; 260:1743–60. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3045356
92. Donabedian A. Quality Of Care: Problems Of Measurement. II. Some Issues in Evaluating The Quality Of Nursing Care.Am J Public Health Nations Health. 1969; 59(10): 1833–1836
93. Donabedian A. The Seven Pillarsof Quality. Arch Pathol Lab Med. 1990; 114: 1115-8
94. Donabedian A. Quality In Health Care: Whose Responsability Is It?.AmJ Med Qua/1993;8:32-6.
95. Donabedian A. The Definition of Quality and Aproaches To its Assessment. En: Explorations in Quality Assessment and Monitoring.Vol.I. Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan. En sunol http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf
96. Leninger en: Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El Pensamiento Enfermero. Barcelona: Editorial Masson S.A; 2002.
97. Medina J. Pedagogía del Cuidado: Saberes y Prácticas en la Formación Universitaria. Barcelona. Editorial Laertes; 1999.
98. Daza de Caballero R, Torres AM, Prieto de Romano G. Análisis Crítico del Cuidado de Enfermería: Interacción, Participación y Afecto. Index Enferm. 2005; 14(4849): 18-22
99. Baggio MA. O Significado de Cuidado para Profissionais da Equipe de Enfermagem. Revista Electrónica de Enfermería 2006; 8 (1):9-16. Disponible en http:// www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm
100. Ortega C. El Cuidado de Enfermería. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2002; 10 (3): 88-89.
101. Waldow VR. Cuidar: Expressãohumanizadora da Enfermagem. Petrópolis: Vozes, 2012 en: Waldow VR. Cuidado humano: La Vulnerabilidad del Ser Enfermo y Su Dimensión de Trascendencia. Index de Enfermería.2014;23(4).
102. DalPezzo N. Nursing Care: A Concept Analysis. Nursing Forum.2009;44(4).
103. Rojas W, Barajas M.Percepción de la Calidad del Cuidado de Enfermería en el Servicio de Urgencias. Ciencia y Cuidado.2012; 9(1):13-23.
104. Andersson I, Lindgren M. The Karen Instruments for Measuring Quality of Nursing Care. Item Analysis Nordic Journal of Nursing Research.2008; 28: 14-18.
105. Andersson I, Lindgren M. The Karen Instruments for Measuring Quality of Nursing Care: Construct Validity And Internal Consistency. International Journal for Quality in Health Care. 2011; 23(3): 292–301

106. Andersson I, Lindgren M. Perceptions Of Nursing Care, In Acute Hospital Setting Measured by The Karen Instruments. Journal of Nursing Management.2013; 21:87-93
107. Zepeda F. Introducción a la Psicología. Una Visión Científico Humanista. Tercera edición. Pearson Educación de México. Prentice Hall. Mexico;2008.
108. Davidoff L. Introducción a la psicología. Tercera edición. Mcgraw-Hill/Interamericana de México. Mexico.1989.
109. Salgado O. El Papel de la Percepción en la Toma de Decisiones de la Alta Dirección. Iberofórum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana.2011; 12: 156-173.
110. Vargas L. Sobre el Concepto de Percepción. Alteridades. 1994; 4(8): 47 – 53.
111. Rock I. La Percepción. Primera edición. Prensa Cientifica.S.A. Editorial Labor. España 1985.
112. Vidales I, Vidales F, Leal I. La Percepción. En: Psicología General. México: Limusa; 2000. pp. 143 – 67
113. Shiffman L, Kanuk L. Comportamiento del Consumidor. 8° ed. Pearson; 2005.
114. Rivera J, Arellano R, Molero V. Conducta del Consumidor. Estrategias y Tácticas Aplicadas al Marketing. Madrid: ESIC; 2000.
115. Reyes H , Flores S, Sauceda Al, Vértiz JJ, Juarez C, Wirtz VJ, Pérez R. Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México. Salud Publica de Mexico. 2013;55(2).
116. Abdul Rahman H, Abdul-Mumin K, Naing L. Psychosocial Work Stressors, Work Fatigue, and Musculoskeletal Disorders: Comparison between Emergency and Critical Care Nurses in Brunei Public Hospitals. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2017 Mar;11(1):13-18
117. Manyisa ZM, Van Aswegen EJ. Factors affecting working conditions in public hospitals: A literature review. International Journal of Africa Nursing Sciences 6 (2017) 28–38
118. Crilly J, Greenslade J, Lincoln C, Timms J, Fisher A. Measuring the impact of the working environment on emergency department nurses: A cross-sectional pilot study. International Emergency Nursing 31 (2017) 9–14
119. Llop-Gironésa A, Tarafaa G, Benacha J. Nurse staffing, working conditions and the impact on health . Cartas a la directora. Gac Sanit. 2015; 29(2):152-157 .
120. Panagiotis P, Galanis P, Moisoglou I. The work environment of haemodialysis nurses and its impact on patients' outcomes. International Journal of Nursing Practice.2015;21 (2): 132-140

121. Aiken L, Sloane D, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe International Journal of Nursing Studies.2013; 50 :143–153
122. Biquanda S, Zittel B. Care giving and nursing, work conditions and humanitude®.Work. 2012; 41: 1828-1831
123. Van Bogaert P, Wouters K, Willems R. Mondelaers M, Clarke S. Work engagement supports nurse workforce stability and quality of care: nursing team-level analysis in psychiatric hospitals. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2013; 20: 679–686
124. Nantsupawat A, Srisuphan W, Kunaviktikul W, Wichaikhum O-A, Aungsuroch Y, Aiken L. Impact of Nurse Work Environment and Staffing on Hospital Nurse and Quality of Care in Thailand. Journal of Nursing Scholarship. 2011; 43(4): 426-433
125. Trinkoff A, Johantgen M, Storr C, Han K, Liang Y. Gurses A, Hopkinson S. A Comparison of Working Conditions Among Nurses in Magnet and Non-Magnet Hospitals. JONA.2010 ;40 (7/8): 309-315
126. Rajbhandary S, Basu K. Working conditions of nurses and absenteeism: Is there a relationship? An empirical analysis using National. Survey of the Work and Health of Nurses. Health Policy 97 (2010) 152–159.
127. Purdy N, Laschinger H.K.S., Finegan J, Kerr M, Olivera F. Effects ok work environments on nurse and patient outcomes. Journal of Nursing Management .2010; 18: 901-913
128. Nyathi M, Jooste K. Working conditions that contribute to absenteeism among nurses in a provincial hospital in the Limpopo Province. Curationis 31(1): 28-37
129. Stone P, Mooney-Kane C, Larson E, Horan T, Glance L, Zwanziger J, Dick A.W. Nurse Working Conditions and Patient Safety Outcomes. Medical Care.2007; 45(6): 571-578
130. Esquivel V, Pereyra F. Las condiciones laborales de las y los trabajadores del cuidado en Argentina. Reflexiones en base al análisis de tres ocupaciones seleccionadas. Trabajo y sociedad, Núm. 28, 2017
131. Dos Santos D, De Brito E. Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. Rev Gaúcha Enferm. 2016 jun;37(2):e58817
132. Lorenz VR, De Brito E. El ambiente de la práctica profesional y el síndrome de burnout en enfermeros en la atención básica. Rev. Latino-Am. Enfermagem.2014;22(6):926-33

133. Quintana MO, Paravic T. Calidad de vida en el trabajo del equipo de enfermería. Rev Bras Enferm. 2014; 67(2): 302-5.
134. Fischer F, Martinez MC. Individual features, working conditions and work injuries are associated with work ability among nursing professionals. Work.2013; 45: 509-517.
135. Vasconcelos S, Marqueze E, Gonçalves L, Lemos L, Araújo L, Fischer FM, Moreno CRC. Morbidity among nursing personnel and its association with working conditions and work organization. Work.2012; 41:3732-3737.
136. Portobella P, Pereira L, Demutti F, Rutz A, Buss M. Implicaciones del ambiente en el desarrollo del proceso de trabajo de enfermería: una revisión integradora. Enfermería Global. 2012; 27:379-387
137. García JC, Beltrán A, Daza M. Autoevaluación de condiciones de trabajo de enfermería en alta complejidad. Av.Enferm.2011;(2): 331-341
138. Cogollo Z, Gómez E. Condiciones laborales en enfermeras de Cartagena, Colombia. Av.Enferm.2010 (1): 31-38
139. De Souza J, Da Costa M, Nunes de Miranda F. Riscos ocupacionais no contexto hospitalar: desafío para a saúde do trabalhador. Rev. salud pública. 11 (6): 909-917, 2009
140. Herrera G, Manrique F. Condiciones laborales y grado de satisfacción de profesionales de enfermería. Aquichan. 2008; 8(2): 243-256
141. Elías MA, Navarro VLA. Relação Entre o Trabalho, a Saúde e as Condições de Vida: Negatividade e Positividade no Trabalho das Profissionais de Enfermagem de um Hospital Escola. Rev Latino-am Enfermagem. 2006; 14(4):517-25
142. Malvárez S. Recursos Humanos de Enfermería: Desafíos para la Próxima Década. Enfermería Universitaria. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, México.2005;. 2 (3)
143. Malvárez S. Castrillón M.C. Panorama de la Fuerza de Trabajo en Enfermería en América Latina. OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, No. 39.Washington, D.C: OPS, © 2005
144. Canales M,Valenzuela S, Paravic T.Condiciones de Trabajo de los profesionales de enfermería en Chile .Enfermería Universitaria . Volumen 13, Número 3, páginas 178-186
145. Seguel F, Valenzuela S, Sanhueza O. El Trabajo del Profesional de Enfermería: Revisión de la Literatura. Ciencia y Enfermeria XXI (2): 11-20, 2015

146. Ansoleaga E,Toro JP, Godoy L,Stecher A, Blanch J.M. Malestar psicofisiológico en profesionales de la salud pública de la Región Metropolitana. Rev Med Chile 2011; 139: 1185-1191
147. Andrades L, Valenzuela S. Factores Asociados a Calidad de Vida de Enfermeras Hospitalarias Chilenas. Rev Latino-am Enfermagem. 2007; 15(3)
148. Parra S, Paravic T. Satisfacción Laboral en Enfermeras/os que Trabajan en el Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU). Cienc. enferm.2002;8(2)
149. Elliott A. Identifying Professional Values in Nursing: An Integrative Review. Teaching and Learning in Nursing xxx (2017) xxx–xxx. Article in press.
150. Tanaka M, Taketomi K, Yonemitsu Y,Kawamoto R. Professional behaviours and factors contributing to nursing professionalism among nurse managers. Journal of Nursing Management.2016
151. Dikmen Y, Karataş H, Gürol Arslan G Ak B. The Level of Professionalism of Nurses Working in a Hospital in Turkey. Journal of Caring Sciences, 2016, 5(2), 95-102
152. Kim K, Han Y, Kim JS. Korean nurses' ethical dilemmas, professional values and professional quality of life. Nurs Ethics. 2015 Jun;22(4):467-78
153. Turner D, Fleming G, Winkler M, Lee J, Hamilton M, Hornik C, Petrillo-Albarano T, Mason K, Mink R. Professionalism and Communication Education in Pediatric Critical Care Medicine: The Learner Perspective. Academic Pediatrics. 2015;15:380–385
154. Konukbay D, Yildiz D, Fidanci BE, Yavuz S, Akyol M, Akbayrak N. Determination of Professional Behaviours of Nurses Working in an Educational and Research Hospital International Journal of Caring Sciences. 2014 May-August Vol 7 Issue 2
155. Kaby K, Smith ME, Gambescia S. Using a nursing student conduct committee to foster professionalism among nursing students. Journal of Professional Nursing. 2014;30 (6): 481–485
156. Ghadirian F, Salsali M, Cheraghi M. Nursing professionalism: An evolutionary concept analysis. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research.2014 ;19(1)
157. Tanaka M. Nursing professionalism: A national survey of professionalism among Japanese nurses. International Journal of Nursing Practice. 2014; 20: 579–587
158. Shapiro J , Whittemore A, Tsen LC . Instituting a culture of professionalism: the establishment of a center for professionalism and peer support. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2014 Apr;40(4):168-77.

159. Padgett S. Professional collegiality and peer monitoring among nursing staff: An ethnographic study. International Journal of Nursing Studies.2013;50: 1407–1415
160. Alidina K. Professionalism in post-licensure nurses in developed countries. Journal of Nursing Education and Practice. 2013; 3(5)
161. Bunkenborg G, Samuelson K, Akeson J, Poulsen I. Impact of professionalism in nursing on in-hospital bedside monitoring practice. Journal of Advanced Nursing.2013; 69(7): 1466–1477
162. Çelik S, Hisar F. The influence of the professionalism behaviour of nurses working in health institutions on job satisfaction. International Journal of Nursing Practice 2012; 18: 180–187
163. Kim-Godwin Y, Chong Baek H, Wynd C. Factors influencing professionalism in nursing among korean american registered nurses. J Prof Nurs. 2010; 26:242–249
164. Baumann A, Kolotylo C. The Professionalism and Environmental Factors in the Workplace Questionnaire: development and psychometric evaluation. Journal of Advanced Nursing.2009; 65(10): 2216–2228
165. Scott S. 'New professionalism' – Shifting relationships between nursing education and nursing practice. Nurse Education Today.2008; 28: 240–245
166. Karadag˘A, Hisar F, O¨zhan Elbas N. The Level of Professionalism Among Nurses in Turkey. Journal of Nursing Scholarship. 2007; 39:4:371–374
167. Hampton G, Hampton D. Relationship of professionalism, rewards, market orientation and job satisfaction among medical professionals the case of Certified Nurse–Midwives. Journal of Business Research.2004;57: 1042– 1053
168. Letelier M, Velandia A. Profesionalismo en enfermería, el hábito de la excelencia del cuidado. Av. Enferm.2010;2 :145-158
169. Gandarias A, Gandarias I. El desempeño de enfermería. Profesionalismo en el hospital universitario. República de Haití. Rev Cubana Enfermer. 2001;17(1):35-41
170. Luengo C , Paravic T, Burgos M. Profesionalismo en enfermería: una revisión de la literatura. Enfermería Universitaria. 2017;14(2):131-142
171. González L, González I. Actitud Profesional. Medwave .2003;3(5)
172. Wang X, Liu L, Zou F, Hao J, Wu H. Associations of Occupational Stressors, Perceived Organizational Support, and Psychological Capital with Work .Engagement among Chinese Female Nurses. 2017; 2017.
173. Estiri M, Nargesian A, Dastpish F,Mahdi Sharifi S. The impact of psychological capital on mental health among Iranian nurses: considering the mediating role of job burnout. SpringerPlus .2016; 5:1377

174. Liu C, Zhao Y, Tian X, Zou G, Li P. Negative life events and school adjustment among Chinese nursing students: The mediating role of psychological capital. Nurse Education Today.2015;35:754–759
175. Liu C, Wang L, Zhao Q. Factors related to health-related quality of life among Chinese psychiatrists: occupational stress and psychological capital. BMC Health Services Research .2015; 15:20
176. Ding Y, Yang Y, Yang X, Zhang T, Qiu X, He X, et al. The Mediating Role of Coping Style in the Relationship between Psychological Capital and Burnout among Chinese Nurses. PLoS ONE .2015;10(4): e0122128.
177. Boamah S, Laschinger H. Engaging new nurses: the role of psychological capital and workplace empowerment. Journal of Research in Nursing. 2015;20(4): 265–277
178. Viseu J, Neves de Jesus S., Rus C, Nunes H., Lobo P., Cara-Linda I. Capital Psicológico e sua avaliação com o PCQ-12. ECOS: Estudos Contemporâneos da Subjetividade.2012;2 (1)
179. Moreno B, Garrosa E., Corso S, Boada M, Rodríguez R. Personalidad resistente y Capital Psicológico: las variables personales positivas y los procesos de agotamiento y vigor. Psicothema. 2012; 24 (1): 79-86
180. Lee Mi-Young, Kim Kye-Ha. Influence of Head Nurses' Transformational Leadership on Staff Nurse's Psychological Well-being, Stress and Somatization - Focused on the Mediating Effect of Positive Psychological Capital . J Korean Acad Nurs Admin. 2012;18(2): 166-175
181. Sun T, Zhao XW, Yang LB, Fan LH. The impact of psychological capital on job embeddedness and job performance among nurses: a structural equation approach. Journal of Advanced Nursing.2012; 68(1): 69–79.
182. Spence H, Grau A. The influence of personal dispositional factors and organizational resources on workplace violence, burnout, and health outcomes in new graduate nurses: A cross-sectional study. International Journal of Nursing Studies.2012; 49:282–291
183. Luthans KW, Jensen S. The Linkage Between Psychological Capital and Commitment to Organizational Mission: A Study of Nurses. Journal of Nursing Administration.2005;35 (6):304–310
184. Bakker DJ, Lyons ST, Conlon PD. An Exploration of the Relationship between Psychological Capital and Depression among First-Year Doctor of Veterinary Medicine Students. J Vet Med Educ. 2017 ;44(1):50-62
185. Pu J, Hou H, Ma R, Sang J. The effect of psychological capital between the work-family conflict and the exhaustion of the work of Chinese university professors: Proofs for mediation and moderation. J Health Psychol. 2016; 29

186.Olaniyan OS , Hystad SW. Employees' Psychological Capital, Job Satisfaction, Insecurity, and Intentions to Quit: The Direct and Indirect Effects of Authentic Leadership. Journal of Work and Organizational Psychology.2016 ; 32: 163-171.
187.Ojedokun O, Balogun S. The Costs of Policing: Psychosocial Capital and Mental Health Outcomes in a Nigeria Police Sample. Span J Psychol.2015; 18
188.Kan D, Yu X. Occupational Stress, Work-Family Conflict and Depressive Symptoms among Chinese Bank Employees: The Role of Psychological Capital**.** Int J Environ Res Public Health.2016 ;13(1)
189.Delgado L, Castañeda D. Relación entre capital psicológico y la conducta de compartir conocimiento en el contexto del aprendizaje organizacional. Acta colombiana de Psicología.2011; 14 (1): 61-70
190.Wang Y, Liu L, Wang J, Wang L. Work-family Conflict and Burnout among Chinese Doctors: The Mediating Role of Psychological Capital. J Occup Health. 2012; 54: 232–240
191. Liu L, Chang Y, Fu J, Wang J, Wang L. The mediating role of psychological capital on the association between occupational stress and depressive symptoms among Chinese physicians: a cross-sectional study. BMC Public Health.2012;12:219
192.Çetin F. The Effects of the Organizational Psychological Capital on the attitudes of Commitment and Satisfaction: A Public Sample in Turkey. European Journal of Social Sciences .2011 ;21(3)
193.Luthans F, Avolio B, Avey J. Norman S. Positive psychological capital: measurement and relationship with performance and satisfaction. Personnel Psychology.2007;60: 541–572
194.Luthans F., Avolio B, Walumbwa F, Li W. The Psychological Capital of Chinese Workers: Exploring the Relationship with Performance. Management and Organization Review.2005; 1(2): 249–271
195. Kol E, Arıkan F, ˙Ilaslan E, Akıncı M.A, Kocak MC. A quality indicator for the evaluation of nursing care: determinationof patient satisfaction and related factors at a university hospital inthe Mediterranean Region in Turkey. Collegian (2017) Article in press.
196.Charalambous A, Adamakidou T, Cloconi C, Charalambous M, Tsitsi T, Vondrackova L, Buzgova R. The quality of oncology nursing care: A cross sectional survey in three countries in Europe. European Journal of Oncology Nursing.2017; 27: 45e52
197. Charalambous A ,Radwin L, Berg A, Sjovall K, Patiraki E, Lemonidou C, Katajisto J, Suhonen R. An international study of hospitalized cáncer patients

health status, nursing care quality, perceived individuality in care and trust in nurses: A path analysis. International Journal of Nursing Studies .2016 (61) : 176-186

198. Mrayyan MT. Jordanian nurses' job satisfaction, patients'satisfaction and quality of nursing care. International Council of nurses, International Nursing Review . 2016; 53: 224–230

199. Al Qahtani M. Al Dahi S. Satisfaction with nursing care from the inpatients' perspective in Prince Salman Armed Forced Hospital Tabuk, Saudi Arabia. Middle East Journal of Family Medicine.2015;7 (10)

200. Zuñiga F, Ausserhofer D, Hamers J, Engberg S, Simon M, Schwendimann R. The relationship of staffing and work environment with implicit rationing of nursing care in Swiss nursing homes. A cross sectional study. International Journal of Nursing Studies .2015 (52): 1463-1474

201. Ma CH, Olds DM, Dunton N. Nurse work environment and quality of care by unit types: A cross-sectional study. International Journal of Nursing Studies. 2015 (52): 1565-1572

202. Tang WM, Soong CY, Lim WC. Patient Satisfaction with Nursing Care: A Descriptive Study Using Interaction Model of Client Health Behavior. International Journal of Nursing Science. 2013; 3(2): 51-56

203. Rojas W, Barajas M. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de urgencias. Revista Enfermería y Cuidado.2012; 9 (1):13-23

204. Anzai E, Douglas C, Bonner A. Nursing practice environment, quality of care, and morale of hospital nurses in Japan. Nursing and Health Sciences.2014;16: 171–178

205. Brooks-Carthon JM, Kutney-Lee A, Sloane D, Cimiotti J, Aiken L, Quality of Care and Patient Satisfaction in Hospitals With High Concentrations of Black Patients. Journal of Nursing Scholarship. 2011; 43:3: 301–310.

206. Grøndahl V, Karlsson I, Hall-Lord ML, Appelgren J, Wilde-Larsson B. Quality of care from patients' perspective: impact of the combination of person-related and external objective care conditions. Journal of Clinical Nursing.2011; 20:2540–2551

207. Mufti S, Qadri G.J, Tabish SA, Riyaz R. Patient's Perception of Nursing Care at a Large Teaching Hospital in India. International Journal of Health Sciences.2008; 2 (2)

208. Flynn J. 2007, 'Nurses' perceptions of quality nursing care : a grounded theory study of overloading', PhD thesis, Southern Cross University, Lismore, NSW. On line citado en 24 mayo 2017. Dsiponible en: http://epubs.scu.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1234&context=theses

209. Sochalski J. Is More Better? The Relationship Between Nurse Staffing and the Quality of Nursing Care in Hospitals. Medical Care .2004; (42): 2
210. Duarte da Costa T, Pereira V, Ferreira M, Fortes A, de Oliveira P, Andrade K. Evaluation procedures in health: Perspective of nursing care in patient safety. Applied Nursing Research 35 (2017) 71–76
211. Torrres CC, Paéz AN, Rincón L, Rosas D, Mendoza EP. Reproducibilidad del cuestionario: calidad de cuidados de enfermería en pacientes hospitalizados. Rev Cuid. 2016; 7(2):1338-44.
212. Lenis C, Manrique F. Calidad del Cuidado de Enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una clínica privada de Barranquilla. Aquichan. 2015 (3): 413-425.
213. Borré Y, Vega Y. Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. Ciencia y Enfermería.2014;20 (3): 81-94
214. Santana de Freitas J, Bauer de Camargo A, Minamisava R,Queiroz A. Gomes de Sousa M. Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014;22(3):454-60
215. Morando D, Pérez M, Pantoja Y, Corcho O, Hernández R. Calidad de la atención de enfermería a pacientes ingresadas en un Servicio de Cirugía Ginecológica. Medisan. 2013; 17(4): 634
216. Barragán J, Pedraza Y, Rincón M. Calidad percibida de la atención de enfermería por usuarios hospitalizados, Tunja, 2011. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2013; 31(2): 187-193.
217. Torres C, Buitrago M. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados. Cuidarte.2011;2 (1):138-148
218. García ML, Hernández Y, Arana B, García A. Calidad Del Cuidado De Enfermería en Pacientes Hospitalizados con Dolor. Revista Horizontes. 2011; (13). Citado en: 24 mayo 2017. Disponible en: http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol3/CALIDAD_DEL_CUIDADO_DE_ENFERMERIA.pdf
219. Puebla D, Pichardo P, Ramírez A, Moreno M. Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2009; 17 (2): 97-102
220. Bautista LM. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. Aquichán. 2008; 8 (1):74-84
221. Lourenço M, Martinez Y. Qualidade da assistência de enfermagem: a opinião do paciente internado em hospital universitário público. Cienc Cuid Saude. 2008;7(1):45-52

222.Orrego S, Ortiz A. Calidad del Cuidado de Enfermería.Investigación y Educación en Enfermería.2001;19(2):78-83
223.Luengo C, Paravic T, Burgos, M Calidad del cuidado del profesional de Enfermería y condiciones ambientales y psicosociales de trabajo. Revista Enfermería del Trabajo. 2016; 6:4 (117-125)
224.Muthén LK, Muthén BO. How to use a Monte Carlo study to decide on sample size and determine power. Structural Equation Modeling. 2002;4:599–620
225.Wolf E, Harrington K, Clark S y Miller M. Sample Size Requirements for Structural Equations Models: An Evaluation of Power, Bias, and Solution Propriety.Educ Psychol Meas.2013;76(6): 913-934
226.Lloret-Segura, Susana; Ferreres-Traver, Adoración; Hernández-Baeza, Ana; Tomás-Marco, Inés El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada Anales de Psicología, vol. 30, núm. 3, septiembre-diciembre, 2014, pp. 1151-116.
227.De la Garza J., Morales B.N. y González B.A.(2013). Análisis Estadístico-Multivariado: Un enfoque teórico y práctico. Monterrey, México: McGraw-Hill.
228.Hair, J.F, Anderson, R. E., Tatham, R. L. y Black, W. C. (1999). Análisis Multivariante, 5a. Edición. Madrid: Prentice-Hall
229.Kitson A. A Theoretical Framework for Quality Assurance A Patient Centred Approach. London: Royal College of Nursing,1987. In Andersson I. Lindgren M. The Karen instruments for measuring quality of nursing care: construct validity and internal consistency. International Journal for Quality in Health Care. 2011; 23(3): 292–301
230.Emanuel E, Wendler D, Grady C. What make clinical research ethical?.JAMA. 2000; 283(20): 2701-1.
231.Declaración de Helsinki. 2015 .Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/
232.Luengo C, Astudillo A, Contreras S. Relación Entre los Cambios del Ambiente Laboral Ocasionados Postevento Sísmico del 27 Febrero 2010 en el Profesional de Enfermería. Cienc Trab. [Internet]. 2014 Abr [citado 2017 Mayo 24] ; 16 (49): 1-8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492014000100002&lng=es.
233.Ceballos-Vásquez P, Rolo-González G, Hernández-Fernaud E, Díaz-Cabrera D, Paravic-Klijn T, Burgos-Moreno M. Factores psicosociales y Carga mental

de trabajo: una realidad percibida por enfermeras/os en Unidades Críticas. Rev. Latino-Am. Enfermagem mar.-abr. 2015;23(2):22.
234. Hernández L, Zequeira DM, Miranda A. La Percepción del Cuidado en Profesionales de Enfermería. Revista Cubana de Enfermería. 2010:26(1)30-41
235. Hanrahan N, Aiken L, McClaine L, Hanlon A. Relationship between Psychiatric Nurse Work Environments and Nurse Burnout in Acute Care General Hospitals. Issues Ment Health Nurs. 2010 ; 31(3): 198–207.
236. Choi SP, Cheung K, Pang SM. Attributes of nursing work environment as predictors of registered nurses' job satisfaction and intention to leave. J Nurs Manag. 2013 ;21(3):429-39.
237. Luengo C, Salazar A. Barreras en la Implementación de los Hallazgos de la Investigación. Ciencia y Enfermeria. 2017 xx-xxx in press
238. Luengo C, Paravic T. Autonomía Profesional: Factor clave para el ejercicio de la enfermería basada en la evidencia. Index Enferm [Internet]. 2016 Jun [citado 2017 Mayo 24] ; 25(1-2): 42-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100010&lng=es.
239. Luengo C, Sanhueza O. Formación del licenciado en Enfermería en América Latina. Aquichan. 2016; 16(2): 240-255.
240. Aldrete MG, Navarro C, Gónzalez R, León S, Hidalgo G. Estrés y salud en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención. Revista Cubana de Salud y Trabajo. 2017;18(1):35-43
241. Da Silva E., Pimenta A. Stress, Coping (Enfrentamiento) y Salud General de los Enfermeros que actúan en Unidades de Terapia Intensiva y Problemas Renales. Enfermería Global. 2004; 4: 1-10
242. Griep R, Rotenberg L, Landsbergis P, Vasconcellos PR. Estresse no trabalho e a saúde auto-referida. Rev Saude Publica. 2011;45(1):145-52
243. de Marchi Barcellos Dalri Rita de Cássia, do Carmo Cruz Robazzi Maria Lúcia, Almeida da Silva Luiz. Riscos Ocupacionais E Alterações De Saúde Entre Trabalhadores De Enfermagem Brasileiros De Unidades Deurgência E Emergência. Cienc. enferm. [Internet]. 2010 Ago [citado 2017 Mayo 24] ; 16(2): 69-81. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000200008&lng=es
244. Zacché L, Iglesias A, Fernandes P. Sofrimento psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia. Psicol Estud. 2007; 12(3): 475-81.
245. Magela G, Cunha V, Reis G. The nursing professional in an intensive therapy unit. Acta paul. enferm. 2008; 21(2): 294-9.
246. Nuviala A,Grao A, Fernández A, Alda O, Burges JA, Pons A. Autopercepción de la salud, estilo de vida y actividad física organizada. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte.2009 ; 9 (36) : 414-

430. Citada 26 mayo 2017. Disponible en: Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista36/artsalud121.htm
247. Gobierno de Chile. Jornada laboral. Documento de trabajo. Citado: 26 mayo 2017.Disponible en: http://www.dt.gob.cl/documentacion/1612/articles-101347_recurso_6.pdf
248. Scott L, Hwang WT, Rogers A, Nysse T, Dean G, Dinges D. The relationship between nurse work schedules, sleep duration, and drowsy driving. Sleep. 2007; 30(12): 1801–1807.
249. Nogareda C, Nogareda S. NTP 455: Trabajo a turnos y nocturno: aspectos organizativos. Ministerio del trabajo y asuntos sociales España.Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Citado 27 mayo 2017. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_455.pdf
250. Bezerra F, Da Silva T, Ramos V. Occupational stress of nurses in emergency care: review of the literatura. Acta Paul Enferm. 2012; 25(2): 151-6.
251. Barcellos R, Cruz M, Almeida L. Riscos ocupacionais e alterações de saúde entre trabalhadores de enfermagem brasileiros de unidades de urgência e emergência. Cienc enferm. 2010; XVI(2): 69-81.
252. Mercer. Estudio Costo de la vida Internacional. 2015 . Citado :27 mayo 2017. Disponible en: https://www.latam.mercer.com/newsroom/21-edicion-costo-de-vida-internacional-mercer.html
253. Luengo C, Sanhueza O. Condiciones de Trabajo y su relación con la Calidad del Cuidado y Salud del profesional de enfermería. Med Segur Trab (Internet) 2016; 62 (245) 368-380
254. Buchan J, Sochalski J. The migration of nurses: trends and policies. Bull World Health Organ. 2004 ;82(8):587-94.
255. Gómez V. Factores psicosociales del trabajo y su relación con la salud percibida y la tensión arterial: un estudio con maestros escolares en Bogotá, Colombia. Ciencia y trabajo. 2008; 10(3): 132 – 36.
256. Organización Mundial de la Salud (2013) *Nursing and Midwifery Progress Report 2008– 2012*. Ginebra: OMS. Disponible en: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/NursingMidwiferyProgressReport.pdf?ua=1
257. Clarke SP. Hospital work environments, nurse characteristics, and sharps injuries. Am J Infect Control. 2007;35(5):302-9.
258. Alves D, Guirardello E. Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico**.** Rev. Gaúcha Enferm. [online]. 2016;.37:(2)
259. Nayeri ND, Salehi T, Noghabi AA. Quality of work life and productivity among Iranian nurses. Contemp Nurse. 2011;39(1):106-18.
260. Baykal U. Seren S., Sokmen S. A description of oncology nurses' working conditions in Turkey. European Journal of Oncology Nursing.2009; 13(5): 368–375

261. Pico ME, Escobar A. Nuevas condiciones laborales para el profesional de enfermería. Hacia la promoción de la salud . 2002; 7, 67-75.
262. Álvares L, Prieto B. Prevalece of burnout síndrome in nursing staff of a third level hospital Boyacá, Colombia. Enfermería Global. 2013; 29:73 – 88.
263. Feitosa Beleza Cinara Maria, Teles de Oliveira Gouveia Márcia, Do Carmo Cruz Robazzi Maria Lúcia, Dias Torres Cynthia Roberta, Viana De Azevedo Gláucia Antônia. Riscos Ocupacionais E Problemas De Saúde Percebidos Por Trabalhadores De Enfermagem Em Unidade Hospitalar. Cienc. enferm. [Internet]. 2013 [citado 2017 Mayo 25]; 19(3): 63-71. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000300008&lng=es.
264. Gomis D, Kordi S. Condiciones y Medio de Trabajo. 1ª edición. Buenos Aires. Arentina:Libreria Akadia editorial;2011.
265. Gil F. Tratado de Medicina del Trabajo. Introducción a la Salud laboral. Aspectos jurídicos y técnicos. Vol. I, 2ª edición. España: Elsevier;2012.
266. Astudillo P, Alarcón A, Lema M. Protectores De Estrés Laboral: Percepción del Personal de Enfermería y Médicos, Temuco, Chile. Ciencia y Enfermería.2009; XV (3): 111-122
267. Aiken L, Patrician P. Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index. Nursing Research. Philadelphia. 2000; 49 (3):146-153.
268. McHugh, MD, Kutney-Lee A, Cimiotti JP, Sloane DM, Aiken LH. Nurses' Widespread Job Dissatisfaction, Burnout, And Frustration With Health Benefits Signal Problems For Patient Care. Health Affairs.2011; 30(2): 202-210.
269. Prochnow A, de Souza T, de Souza J, Colomé C, Soares de Lima S, Toscani P. Capacidad para el trabajo en enfermería: relación con demandas psicológicas y control sobre el trabajo. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013;21(6):1298-305
270. Vasconcelos S, Fischer F, Advincula A, de Castro C. Fatores associados à capacidade para o trabalho e percepção de fadiga em trabalhadores de enfermagem da Amazônia Ocidental. Rev Bras Epidemiol 2011; 14(4): 688-97
271. Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Schwengber AI, Silva CRA. Processo de trabalho em enfermagem/saúde no Sistema Único de Saúde. Enfermagem em Foco 2010; 1(2):73-76
272. Magnago TSBS, Lisboa MTL, Griep RH, Kirchhof ALC, Guido LA.. Aspectos psicosociales del trabajo y disturbio músculo-esquelético en trabajadores de enfermería. Rev.Latino-Am.Enfermagen.mai.-jun.2010;18(3): 143-150
273. Montalvo AA, Cortés YM, Rojas MC. Riesgo ergonómico asociado a sintomatología musculoesquelética en personal de enfermería. Hacia promoc. salud. 2015; 20(2): 132-146
274. Carvallo B.Riesgos laborales del Ejercicio Profesional: Una Responsabilidad Compartida.Actual. Enferm. 2003; 6(3): 25-30

275. Kirchhof ALC, Magnago TSBS, Camponogara S, Griep RH, Tavares JP, Prestes FC, Paes LG. Condições De Trabalho E Características Sóciodemográficas Relacionadas À Presença De Distúrbios Psíquicos Menores Em Trabalhadores De Enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2009; 18(2): 215-23.
276. Valecillo M, Quevedo A, Lubo A, Dos Santos A, Montiel M, Camejo M, Sánchez M. Síntomas musculoesqueléticos y estrés laboral en el personal de enfermería de un hospital militar. Salud de los Trabajadores [revista en Internet] 2009. [acceso 29 de abril de 2015]; 17(2): 85-95. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-
277. González L, Moreno I, García M, Vélez M. La relación entre profesionales de enfermería y medicina: Una posible explicación de los resultados. Med.Unab. 2010; 13 (1).
278. Guillen M. Habilidades de comunicación en la relación médico-enfermera en la Atención Primaria de Salud. Rev. Cubana Enfermer.2011;27(3) on line. Citado 29 mayo 2017. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000300006
279. Lifshitz A. Relación del médico con el personal de salud. Cirujano General.2011; 33 (2). On line. Citado en: 29 mayo 2017. Disponible en: http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDPUBLICACION=3286
280. Flores JA. El desarrollo de la relación "Enfermería-Médico-Paciente". En: González L, Moreno I, García M, Vélez M. La relación entre profesionales de enfermería y medicina: Una posible explicación de los resultados. Med.Unab. 2010; 13 (1).
281. Vilchez V. Sanhueza O.Enfermería una Disiciplina Social. Enfermería En Costa Rica. 2011, 32 (2).
282. Vitolo F. Relación Médico-Enfermera. Esencial para la seguridad de los pacientes.Biblioteca virtual Noble.2012.documento on line. Citado:29 mayo 2017. Disponible en: http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/74.pdf
283. Baernholdt M, Mark B. The nurse work environment, job satisfaction and turnover rates in rural and urban nursing units. J Nurs Manag. 2009; 17(8): 994- 1001.
284. Costa L, De Brito E. Nurses' attention demands in the work setting. Rev Lat Am Enfermagem. 2010; 15(1): 27-33
285. Bernardo M. Ações de enfermagem no cenário do cotidiano de uma instituição psiquiátrica. Rev Lat Am Enfermagem. 2003; 11(5): 678-84.
286. Negeliskii C, Lautert L. Occupational stress and work capacity of nurses of a hospital group. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2011 June [cited 2017 May 29] ; 19(3): 606-613. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000300021&lng=en

287.Kanai-Pak M, Aiken Lh, Sloane Dm, Poghosyan L. Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in japanese hospitals. J Clin Nurs. 2008; 17(24): 3324-9
288.Manzur G, Morales R. Equipo De Salud: Comunicación y Conflicto. Medicina UACH. Documento on line. Citado en: 29 mayo 2017. Disponible en: http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Valdivia%202002/Comunicacion_y_conflicto.pdf
289.Sixma H, Kerssens J, Van Campen C, Peters L. Quality of care from the patient's perspective. Health Expectations. 1998; 1: 82-95
290.Larsson BW, Larsson G. Development of a short form of the Quality from the Patient's Perspective (QPP) questionnaire. Journal of Clinical Nursing 2002; 11: 681–687
291.Atree M. Patients′ and relatives' experiences and perspectives of ′good′ and ′not so good′ quality care. Journal of Advanced Nursing. 2001; 22: 316–332
292.Jha AK, Orav E.J, Zheng J, Epstein AM. Patients' perception of hospital care in the United States. The New England Journal of Medicine . 2008; 359: 1921–1931.
293.Basset C. Nurses perceptions of care and caring. International Journal of Nursing Practice. 2002; 8: 8–15.
294.Currie V, Harvey G, West E, McKenna H, Keeney S. Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix and nurse autonomy: literature review. Journal of Advanced Nursing. 2005; 51: 73–82.
295.Calman L. Patients views of nurses competence. Nurse Education Today . 2006; 26,: 719–725.
296.Wysong PR, Driver E. Patients perceptions of nurse skill. Critical Care Nurse. 2009; 29: 24–37.
297.CIE. Consejo Internacional de Enfermería. Las enfermeras, una fuerza para el cambio: eficaces en cuidados, eficientes en costos. Día Internacional de la Enfermera. [Internet]. Ginebra Suiza. 2015. [citado 13 Abr 2016]. Disponible en: http://www.icn.ch/es/publications/2015- nurses-a-force-for-change-care-effective-costeffective/2015-las-enfermeras-una-fuerza-para-el-cambio - eficaces-en-cuidados-eficientes-en-costos-1728.html
298.Colegio de Enfermeras de Chile. Misión. [Internet]. [citado 13 Abr 2016]. Disponible en: http://www.colegiodeenfermeras.cl/
299.Ruzafa M, Madrigal M, Velandrino A, López L. Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses. Gac Sanit [Internet]. 2008 Oct [citado 2017 Mayo 31] ; 22(5): 434-442. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500007&lng=es.
300. González L, Guevara E, Morales G, Segura P, Luengo C. Relación de la Satisfacción Laboral con Estilos de Liderazgo en Enfermeros de Hospitales Públicos, Santiago, Chile. Cienc. enferm. [Internet]. 2013 [citado 2017 Mayo 31] ; 19(1): 11-21. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-

95532013000100002&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000100002.
301. Lapeña YR, Cibanal L, Pedraz A, Macía ML. As Relações Interpessoais Dos Enfermeiros Na Assistência Hospitalar E O Uso Das Capacidades Comunicativas. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2014 Jul-Set; 23(3): 555-62.
302. Garlet ER, Dias da Silva MA, Guedes JL, Quintana G. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergencia. Texto Contexto Enferm. 2009; 18(2):266-72
303. Rickard G, Lenthall S, Dollard M, Opie T, Knight S, Dunn S, et al. Organizational intervention to reduce occupational stress and turnover in hospital nurses in the Northern Territory, Australia. Collegian. 2012 Jul; 19(4):211-21.
304. Orrego C. Comunicación efectiva y trabajo en equipo.Instituto Universitario Avedis Donabedian. [Internet]. citado 13 Abr 2017]. Disponible en: https://www.cuidando.es/colaboracion-entre-profesionales-y-comunicacion-efectiva-aspectos-claves-en-la-seguridad-del-paciente
305. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. The Joint Commission guide to improving staff communication. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources; 2005. [Internet]. citado 13 Abr 2017]. Disponible en: http://www.jcrinc.com/assets/1/14/GISC09_Sample_Pages1.pdf
306. Ching I Teng, Yu Tzu Dai, Yea Ing Lotus, May Kuen Wong, Tsung Lan Chu, Ying Huang Tsai. Professional commitment, patient safety, and patient perceived care Quality. Journal of Nursing Scholarship. 2009; 41:3, 301–309
307. Kuei-Yun Lu, Pi-Li Lin, Chiung-Man Wu, Ya-Lung Hsieh, Yong-Yuan Chang. The relationships among turnover intentions, professional commitment, and job satisfaction of hospital nurses. Journal of Professional Nursing. 2002; 18(4): 214-219
308. Kuei Yun Lu, Liang Chih Chang, Hong Lang Wu. Relationships Between Professional Commitment, Job Satisfaction, and Work Stress in Public Health Nurses in Taiwan. Journal of Professional Nursing.2007; 23 (2): 110–116
309. Hospital Regional de Talca . [Internet]. citado 6 jun 2017]. Disponible http://www.hospitaldetalca.cl
310. Hospital Clínico Herminda Martin de Chillá. Historia. [Internet]. citado 10 jun 2017].Disponible: http://hospitaldechillan.cl/web/quienes/historia/
311. Jacondino M, Martins C, Thofehrn M, Garcia B, Fernandes H, Joner L. Vínculos profesionales en el trabajo de enfermería: elemento importante para el cuidado. Enferm. glob. [Internet]. 2014 Abr [citado 2017 Jun 10] ; 13(34): 148-159. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200007&lng=es.

312.Souza SS, Costa R, Shiroma LMB, Maliska ICA, Aamadigi FR, Pires DEP, Ramos FRS. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. Rev. Eletrônica de Enfermagem.2010: 449 .
313.Zoboli ELCP, Schveitzer MC. Valores de la enfermería como práctica social: una metasíntesis cualitativa. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013;21(3):[09 pantallas].
314.Fernandez A, Cuairán M, Curbelo R. Calidad de vida profesional de enfermería en urgencias de un hospital de referencia . Enferm. Glob. 2016; 15 (2): 376-385
315.Monteverde S. The importance of time in ethical decision making. Nurs Ethics. 2009; 16(5): 613-624
316.Mosqueda A, Mendoza S, Jofré V. Aporte de enfermería a la toma de decisiones en salud. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2014 June [cited 2016 May 10]; 67(3): 462- 467. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347167201400030 0462&lng=en
317.Puello Y, Quintero N, Canova C. Camargo Y, Amaya L. Calidad de vida percibida por el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos de una clínica privada de la ciudad de Santa Marta. Investig Enferm. Imagen Desarr. 2014;16(1): 87-99.
318.Garriga D. Calidad de vida Profesional de las enferemras dentro del equipo multidisciplinar.Ágora de Enfermería 2008; 12(4)
319.Kramer M, Schmalenberg C, Maguire P. Aspectos Esenciales del Trabajo Enfermero en lo Hospitales Magnéticos parte III. Nursing. 2005, Volumen 23, Número 5
320. OIT. Los Jóvenes y su Sociabilización Laboral. On line. Citado 10 jun 2017. Disponible en: http://www.ilo.org/global/docs/WCMS_236483/lang--es/index.htm.
321.García C. Una Aproximación al Concepto de Cultura Organizacional. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia). 2006; 5 (1): 163-174
322.Monrroy G. La Cultura de las Organizaciones y el Desempeño de las Personas. Psicológia y Organización Rev. Universidad Verdad. 2008; 48 on line. Citado 10 jun 2017. Disponible en: https://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2016/03/Articulo-Cristian-Castillo.pdf
323.Maas L, Raile M. Quality nursing care in the words of nurses. J Adv Nurs. 2010;66:1689-97
324. Ellis A, Hartley M. En Neves E. Texto de curso: El compromiso Social de Enfermería como Disciplina Científica. Universidad de Concepción, Chile. 1988 En: Burgos M., Paravic T. Enfermería como Profesión. Revista cubana de enfermería.2009 ; 25 (1-2)
325.Burgos M, Paravic T. Enfermería como Profesión. Revista cubana de enfermería.2009 ; 25 (1-2)
326.Errasti B, Arantzamendi M, Canga N.La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2012 Ago [citado

2017 Jul 12] ; 35(2): 269-283. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272012000200009&lng=es.
327. González E, Arras AM, Moriel B. La profesionalización en enfermería: hacia una estrategia de cambio. Tecnociencia Chihuahua. 2012; 6(1): 1-8
328. Cardenas L. La profesionalización de la enfermería en México: un análisis desde la sociología de las profesiones. 1ª edición. Barcelona. España: ediciones Pomares. En: González E., Arras AM., Moriel B. La profesionalización en enfermería: hacia una estrategia de cambio. Tecnociencia Chihuahua. 2012; 6(1): 1-8
329. Joel LA. Kelly's Dimension of Professional Nursing. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 1995. p. 192-232.
330. Oweiss AI. Bringing the professional challenges for nursing in Jordan to light. Int J Nurs Prac. 2005;11:244-9
331. Tapp D, Stansfield K. Stewart J. La autonomía en la práctica de enfermería. Aquichan. 2005;5:114-27.
332. Milos H, Bórquez B; Larraín S. La "Gestión del Cuidado" en la legislación chilena: interpretación y alcance. Cienc. enferm. 2010; 16(1): 17-29.
333. Subsecretaria de Redes Asistenciales, Norma General Administrativa nº 19, "Gestión del Cuidado de Enfermería para la atención Cerrada", Exenta 1127; 2007.
334. Nava M G. Profesionalización, Vocación y Ética de Enfermería. Enf. Neurol (Mex).2012; 11(2)
335. Buitrago MT. Razones para estudiar enfermería y dudas sobre la profesión. Los valores de los/as estudiantes. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo.2008; 10 (1): 21-38
336. Sampedro de la Torre Rosa María. Enfermería y vocación. Index Enferm [Internet]. 2004 [citado 2017 Jul 12] ; 13(47): 69-69. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300016&lng=es.
337. Rojas AM. Motivación de jóvenes para elegir como opción profesional la carrera de enfermería en la Universidad Mayor de Temuco, cohorte 2010. Aletheia Mayor. Revista Científica de Educación. 2015; 2: 139-141
338. Juarez P, Garcia M. La importancia del cuidado de enfermería. Revista electrónica :Enferm Inst Mex Soc. 2009. 2 (17): 114 -125.
339. Ordáz E, Ronda E. Salud y Condiciones de Trabajo en Trabajadores Mayores. Med Segur Trab (Internet) 2015; 61 (240) 314-324
340. Lara E, Martínez C, Pandolfi MP, Penroz K, Perfetti R, Pino G. Adulto joven. Seminario estudiantes de Psicología de la Universidad de Concepción [citado 17 julio 2017].Disponible en: http://www.apsique.cl/book/export/html/154
341. Gracia FJ, Martín P, Rodriguez J., Peiró JM. Cambios en los componentes del significado del trabajo durante los primeros años de empleo: Un análisis longitudinal. Anales de psicología. 2001; (17);2

342. Veira J, Muñoz C. La difusión de los valores expresivos en el trabajo. Configurações [En línea].2010 (7). Disponible en: http://configuracoes.revues.org/168
343. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Reflexiones para una propuesta de Especialidad de Enfermería en Cuidados Críticos, Urgencias y Emergencias. [En línea]. Disponible en: http://www.enfermeriadeurgencias.com/images/archivos/Doc_interes-_especialidad.pdf
344. Gonzales R. Desarrollo de las especialidades de enfermería a 20 años de su lanzamiento por la Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Rev enferm Herediana. 2015;8(1):41-49.
345. Dotson M, Dave D, Cazier J, Spaulding T. An Empirical Analysis of Nurse Retention. What Keeps RNs in Nursing? JONA 2014; 44(2): 111-116
346. Cabieses B., Urrutia Mª T., Muñoz M., Pizarro P. Motivaciones Y Expectativas Para Participar En Una Asociación De Ex-Alumnos De Enfermería. Cienc. enferm. [Internet]. 2004 Dic [citado 2017 Ago 01] ; 10(2): 67-74. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532004000200008&lng=es.
347. Escobedo MT, Hernández J, Estebané V, Martínez G. Modelos de ecuaciones estructurales: Características, fases, construcción, aplicación y resultados. Cienc Trab. [Internet]. 2016 [citado 2017 Jul 25] ; 18(55): 16-22. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492016000100004&lng=es
348. Blanch JM. Calidad de Vida Laboral en Hospitalizados y Universidades Mercantilizados. Papeles del Psicólogo. 2014; 35(1): 40-47
349. Bustillo M, Rojas J, Sanchez A, Sanchez L, Montalvo A, Rojas M. Riesgo psicosocial en el personal de enfermería. Servicio de urgencias en Hospital Universitario de Cartagena. Duazary. 2015 jun; 12 (1): 32 -40
350. Peralta MC, Santofimio AM, Segura V.El compromiso laboral: discursos en la organización. Psicología desde el Caribe 2007 81-109. Disponible en:http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21301905. Fecha de consulta: 25 de julio de 2017.
351. Carrasco P. Importancia de la enfermería basada en la evidencia en la elaboración de protocolos y guías clínicas. Medwave. 2004;4(5):e2750
352. Najera R, Castrillón M. La Enfermería en América Latina situación actual, áreas críticas y lineamientos para un plan de desarrollo. Aladefe. Disponible en: http://www.aladefe.org/articulos/la_enfermeria_en_america_latina.pdf. Consultado: 25 julio 2017
353. Contreras F, Juárez F. Efecto del capital psicológico sobre las prácticas de liderazgo en PYMES colombianas. Revista Venezolana de Gerencia .2013;18 (62):247-264. Disponible

en:http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29026923007. Fecha de consulta: 25 de julio de 2017
354. Juarez P, García M. La Importancia del Cuidado de Enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2009; 17 (2): 109-111
355. Zarate R. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index Enferm [Internet]. 2004 [citado 2017 Jul 18] ; 13(44-45): 42-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es
356. Frías D, Pascual M. Prácticas del Análisis Factorial Exploratorio (Afe) En La Investigación Sobre Conducta Del Consumidor y Marketing. Suma Psicológica.2012; 19 (1): 45-58.
357. Lloret S, Ferreres A, Hernández A y Tomás I. El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. Anales de Psicología.2014; 30(3):1151-1169
358. Levy JP, Varela J. Modelización con estructuras de covarianza en Ciencias Sociales. Netbiblo. España. Capítulo 2.pp 21-22.
359. Ruiz M, Pardo A y San Martín R. Modelos de Ecuaciones Estructurales. Papeles del Psicólogo.2010; 31(1):34-45
360. Hooper D, Coughlan J y Mullen M. Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. Electronic Journal of Business Methods. 2008; 6(1): 53-60.
361. Schreiber JB, Nora A, Stage FK, Barlow EA y King J. Generación de informes de modelos de ecuaciones estructurales y análisis de factores confirmatorios Resultados Una revisión .Journal of Educational Research.2006; 99: 323-338.

ANEXOS

***Anexo A* : Definición nominal y operacional de las variables**

Variable dependiente:

Variable	Nominal	Operacional
Percepción de la Calidad del Cuidado	Es la Percepción de un proceso de atención cualificado, seguro, de alta calidad, holístico, ético, colaborativo, personalizado, interpersonal y diseñado en base a la mejor evidencia disponible, que resulta en egresos positivos de los pacientes, optimización de la salud, paliación de síntomas, o una muerte en paz (92).	Esta variable se mide a través del Cuestionario Karen Personal mediante ítems de las dimensiones: *relaciones psicosociales, compromiso, satisfacción con el trabajo, apertura / cercanía, desarrollo de competencias, seguridad / inseguridad* **Anexo C**

Variables independientes:

Variable	Nominal	Operacional
Sexo	Son las características anatomorfológicas, que diferencian al hombre y la mujer.	Se categorizará en: - Femenino - Masculino
Edad	Tiempo transcurrido, en años, desde el nacimiento del profesional de enfermería hasta el momento de la aplicación la encuesta.	Estará determinada por la pregunta abierta respecto a la edad en años que tiene el profesional de enfermería
Grado académico/postitulo	Es una distinción otorgada por alguna universidad generalmente después de la	Se categorizará en:

	terminación exitosa de algún programa de estudios.	-Grado Licenciado -Grado Magíster -Grado Doctor - Especialidad
Pertenencia a Organización(es) Profesional(es)	Es la declaración del profesional de enfermería de participación en una asociación profesional, o una organización profesional u organismo profesional, que es generalmente una organización sin ánimo de lucro establecida con el objetivo de hacer progresar una determinada profesión	Se categorizará en: - Ninguna - Colegio de Enfermeras - ASENF: Asociación de enfermeras y enfermeros - FENASENF: Federación nacional de asociaciones de enfermeras y enfermeros de Chile - FENPRUSS: Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud - SENFERDIALT: Sociedad chilena de enfermería en diálisis y transplante - FENAT: Federación Nacional de Trabajadores de la Salud - Otra (s)
Condición de Salud	Es la estimación subjetiva que refiere el profesional de enfermería sobre su estado de salud actual.	Se categorizará la respuestas en: - Muy mala - Mala - Regular

		- Buena - Muy buena
Sistema de Turno	Modelo que ordena las horas de trabajo contratadas en forma semanal, según el Estatuto Administrativos de Servicios Públicos, para satisfacer las necesidades de sistema.	Las categorías serán: - Diurno - Cuarto turno - 24 horas
Remuneración	Cantidad de dinero que percibe el profesional de enfermería en el servicio hospitalario en el que labora.	- Menos de 500.000 - 500.001- 1.000.000 - 1.000.001- 1.600.000 -1600.001- 2.000.000 - Más de 2.000.000
Antigúedad Laboral en el puesto	Se refiere a la sumatoria de años de ejercicio profesional desempeñados en el servicio o Centro de Responsabilidad donde trabaja actualmente.	Esta estará determinada por una pregunta abierta respecto a la antigüedad laboral en su actual puesto de trabajo en años y/o meses.
Antigúedad Laboral Total	Se refiere al tiempo total que tiene un profesional de enfermería prestando sus servicios, en el mismo o en distintos establecimientos	Esta estará determinada por una pregunta abierta respecto a la antigüedad laboral total en años y/o meses
Tipo de contrato	Relación legal y contractual establecida por el empleador y el o la trabajador/a, desde el momento en que la persona se incorpora como trabajador en la institución de salud.	De acuerdo a lo declarado por el profesional de enfermería se categorizarán en: - Contrato indefinido/TitularContrata o contrato a plazo fijo - Honorarios - Reemplazante (a plazo fijo)

Condiciones ambientales de trabajo	Es la estimación subjetiva referida por el profesional de enfermería en relación al ambiente físico de trabajo, tales como, temperatura, iluminación, ruido y espacio. Los diversos aspectos se medirán por medio de una escala de Likert .	Se categoriza en: - Muy inadecuada :1. - Inadecuada:2 - Intermedia:3 - Adecuada:4 - Muy adecuada:5
Tiempo necesario para realizar el trabajo	Se refiere a la percepción del profesional, de tener o no tener el tiempo necesario para hacer bien todo su trabajo en su actual jornada laboral.	Se categoriza en el continuo Me falta tiempo 1 2 3 4 5 6 7 Me sobra tiempo
Demanda física y/o mental	Se refiere a la (s) actividad (es) que el profesional de enfermería identifica como de mayor demanda física y/o mental durante trabajo.	Esta variable se mide a través de una pregunta respecto a la (s)actividad(es) de mayor demanda física y/o mental en su trabajo.
Estrategia(s) de Enfrentamiento	Se refiere a la (s) estrategia(s) que el profesional de enfermería propone para enfrentar la (s) actividad(es) de mayor demanda física y/o mental durante su trabajo.	Esta variable se mide a través una pregunta abierta respecto a la(s) estrategia(s) que propone para enfrentar la mayor demanda física y/o mental.
Condiciones de Trabajo Subjetivas	Se entiende por Condiciones de trabajo subjetivas, a un amplio y heterogéneo conjunto de factores y de circunstancias que de manera directa e indirecta se encuentran relacionados con el modo en que se llevan a cabo las actividades laborales, y que inciden de manera significativa tanto en la experiencia del trabajo como en la dinámica de las	Esta variable se mide a través del *Cuestionario de Condiciones de trabajo subjetivas* mediante ítems de las dimensiones: *Método de regulación, método de desarrollo, entorno material, entorno social, ajuste de la organización a la persona y adaptación de la persona a la organización*

	relaciones laborales	**Anexo D**
Profesionalismo	Corresponde a una dimensión construida por cinco conceptos o dimensiones relacionadas que forman el comportamiento del individuo en el lugar de trabajo y corresponden a los atributos actitudinales del modelo profesional.	Esta variable se mide a través del *Inventario de Profesionalismo de Hall* mediante ítems de las dimensiones:*Uso de una organización profesional como un referente mayor, creencia en el servicio público, creencia en la autorregulación, sentido de llamando a la profesión, autonomía profesional*. **Anexo E**
Capital Psicológico	Estado psicológico positivo caracterizado por confianza para llevar a cabo con éxito una tarea desafiante (autoeficacia), hacer una atribución positiva sobre el éxito actual y futuro (optimismo), fortalecerse en la adversidad (resiliencia), y perseverar en la búsqueda de los objetivos hacia el éxito (esperanza)	Esta variable se mide a través de la *Escala de Capital Psicológico* mediante ítems de las dimensiones:*Autoeficacia, optimismo, esperanza y resiliencia* **Anexo F**

***Anexo B*: Cuestionario de variables Biosociodemográficas, Condiciones de Salud, Condiciones Laborales objetivas y Condiciones Ambientales**

Presentación

Este cuestionario es el instrumento de un estudio para una tesis doctoral,cuyos objetivos generales son:

- Determinar la influencia de las condiciones de trabajo, el profesionalismo y el capital psicológico del profesional de enfermería sobre su percepción de la calidad del cuidado que entrega en hospitales de alta complejidad.

- Proponer un modelo que relacione las condiciones de trabajo, el profesionalismo y el capital psicológico y cada una de sus dimensiones con la percepción de la calidad del cuidado que entrega el profesional de enfermería.

No hay respuestas *buenas ni malas, correctas ni erróneas*, todos los puntos de vista expresados serán relevantes. La información recogida será procesada informáticamente y analizada globalmente, respetándose la confidencialidad de las respuestas y el anonimato tanto de las personas como de las unidades de trabajo participantes.
Le agradecemos de antemano su disposición a responder el cuestionario, el tiempo y la atención que le va a dedicar, y la valiosa información que nos va a proporcionar. **Por favor, procure responder todas las preguntas.**

A) Datos Personales

Nombre de la institución de salud en que trabaja	
Centro de Responsabilidad o servicio donde se desempeña	
Sexo	Femenino ____ Masculino ____
Edad	_____ Años.
Grado Academico/Postitulo	Grado Licenciado _____ Grado Magíster _____ Grado Doctor _____ Especialidad _____ Ninguno _____

Ud pertenece a alguna (s) organización(es) profesionales	Ninguna _____ Colegio de Enfermeras _____ ASENF _____ FENASENF _____ FENPRUSS _____ SENFERDIALT _____ FENAT _____

B) Aspectos relacionados con su Salud

Encierre en un circulo el número que más representa su condición de salud actual

Como evaluaría usted, su salud general	Muy Buena Buena Regular Mala Muy Mala 5----------4----------3----------2----------1

C) Condiciones de Trabajo Objetivas:

Marque con una x o responda según corresponda a su situación laboral

¿Cual es su sistema de turno?	Diurno ____ Cuarto turno____ 24 horas ____
¿Cuál es su remuneración bruta actual?	500.000- 1.000.000 ____ 1.000.001- 1.600.000 ____ 1600.001- 2.000.000 ____ Más de 2.000.000 ____
¿ Cual es la antigüedad en su actual puesto de trabajo?	_____ Años
	Contrato indefinido____ Contrata o contrato a plazo fijo____

¿ Que tipo de contrato tiene Ud?	Honorarios _____ Reemplazante (a plazo fijo) _____

D) Condiciones Ambientales del Trabajo

La Temperatúra en su puesto de trabajo es:	Muy Inadecuada Intermedia Adecuada Muy Inadecuada Adecuada 1----------2----------3----------4----------5
La iluminación en su puesto de trabajo es:	Muy Inadecuada Intermedia Adecuada Muy Inadecuada Adecuada 1----------2----------3----------4----------5
El ruido en su puesto de trabajo es:	Muy Inadecuada Intermedia Adecuada Muy Inadecuada Adecuada 1----------2----------3----------4----------5
El espacio para trabajar en su puesto de trabajo es:	Muy Inadecuada Intermedia Adecuada Muy Inadecuada Adecuada 1----------2----------3----------4----------5

E) Encierre en un circulo el número que más representa su situación

Para hacer bien todo mi trabajo, con mi actual jornada laboral, en general	Me falta tiempo 1 2 3 4 5 6 7 Me sobra tiempo

F) De su trabajo, señale…

La actividad(es) que durante su trabajo le implica(n) una mayor demanda fisica	
La actividad(es) que durante su trabajo le implica(n) una mayor demanda Mental	
Podría proponer estrategia(s) para afrontar lo que indico anteriormente	

Anexo C: Cuestionario Karen Personal para medir la Percepción de la Calidad del Cuidado de Enfermería (original)

Preguntas	Muy en desacuerdo	Descuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Somos capaces de hablar el uno al otro					
2. Todos nos llevamos bien juntos					
3. El profesional de enfermería colabora					
4. Hay un ambiente positivo					
5. No hay envidia					
6. El paciente recibe un trato individual					
7. El profesional de enfermería es amable, feliz, bueno					
8. El paciente llega a conocer al profesional de enfermería					
9. El profesional de enfermería no muestra interés					
10. El profesional de enfermería no muestra compromiso					
11. El profesional de enfermería no muestra consideración					
12.El profesional de enfermería tiene la habilidad de mostrar compasión					
13. El profesional de enfermería no esta disponible para motivar a los pacientes					
14. El trabajo me desarrolla como ser humano					
15. El trabajo me da mucho como ser humano					
16. Siento armonía en el trabajo					
17. El trabajo me da satisfacción					
18. Hay orden en este servicio					
19. Los profesionales de enfermería son capaces de averiguar lo que esta mal, hacer diagnosticos.					
20. No, nos consideramos unos a los otros					
21. El profesional de enfermería es calmado, seguro					
22.No podemos hablar de los problemas					
23. Nos escuchamos mutuamente					

Preguntas	Muy en desacuerdo	Descuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
24. Las reducciones de costos han afectado a los pacientes					
25. Nunca aprendemos nada nuevo					
26. El paciente no está involucrado en el tratamiento					
27. Nadie es responsable					
28. El paciente no tiene nada que decir					
29. Las tareas se realizan rutinariamente					
30. No estoy seguro en mi trabajo					
31. Hay demasiadas categorías de personal					
32. No siento compañerismo en el trabajo					
33.No tengo la fuerza para las labores de enfermería					
34. No hay contacto personal con los pacientes					
35. El profesional de enfermería no tranquiliza a los pacientes					

Interpretación:

El instrumento Karen Personal, está compuesto por 35 preguntas divididas en 6 dimensiones:

Las relaciones psico-sociales (1-8)

Compromiso (9-13)

Satisfacción con el trabajo (14-19)

Apertura / cercanía (20-24)

Desarrollo de competencias (25-29)

Seguridad / inseguridad (30-35)

Algunos ítems están registrados de manera inversa (9,10,11,13,22,25,26,27,28,30,32,33,34,35), porque son declaraciones negativas acerca de la Calidad del Cuidado, por lo que se debe reversar el puntaje.

Las variables se miden utilizando el sistema de gradación de 5 puntos de Likert (1 que indica desacuerdo a 5 que indica muy de acuerdo). Para la interpretación de los resultados las autoras consideraron una escala de rangos sumados, siendo el menor puntaje posible de 35 ptos y como máximo 175 ptos, no hay una baremación mediante clasificación en conceptos.Para efectos de la presente investigación, apelando a una mayor comprensión de los resultados, se consideró el promedio de los puntajes, luego el mayor promedio de la escala corresponde a 5 ptos. En tanto, una media más cercana a 5 es indicativa de una mayor Percepción de la Calidad del Cuidado y una media menor señala una Percepción de la Calidad del Cuidado deficiente.

Anexo C.1: Cuestionario Karen Personal para medir la Percepción de la Calidad del Cuidado de Enfermería (validado en muestra)

Preguntas	Muy en desacuerdo	Descuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Somos capaces de hablar el uno al otro					
2. Todos nos llevamos bien juntos					
3. Hay una ambiente positivo					
4. El profesional de enfermería no muestra interés					
5. El profesional de enfermería no muestra compromiso					
6. El profesional de enfermería no muestra consideración					
7. El profesional de enfermería no esta disponible para motivar a los pacientes					
8. El trabajo me desarrolla como ser humano					
9. El trabajo me da mucho como ser humano					
10. El trabajo me da satisfacción					
11. No siento compañerismo en el trabajo					
12.No tengo la fuerza para las labores de enfermería					
13. No hay contacto personal con los pacientes					
14. El profesional de enfermería no tranquiliza a los pacientes					

Anexo D: Escala de Condiciones de Trabajo Subjetivas (original)

Entorno físico, instalaciones y equipamientos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Recursos materiales y técnicos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Prevención de riesgos laborales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Servicios auxiliares (limpieza, seguridad, etc)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Compañerismo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Respeto en el grupo de trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Reconocimiento del propio trabajo por colegas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Reconocimiento del propio trabajo por personas usuarias	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tiempo de trabajo (horario, ritmos, descanso)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Organización general del trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Retribución económica	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Carga de trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Calidad del contrato laboral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Conciliación trabajo-vida privada y familiar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Autonomía en la toma de decisiones profesionales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Justicia en la contratación, remuneración y promoción	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Oportunidades para la formación continua	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vías de promoción laboral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Participación en las decisiones organizacionales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Relaciones con la dirección	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Evaluación del rendimiento profesional por la institución	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Apoyo recibido del personal directivo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

La actual ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO de mi Unidad …

Satisface mis intereses	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me exige según mis capacidades	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Responde a mis necesidades	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Encaja con mis expectativas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Se ajusta a mis aspiraciones	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Concuerda con mis valores	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Facilita que mis méritos sean valorados con justicia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estimula mi compromiso laboral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me permite trabajar a gusto	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me motiva a trabajar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me da sensación de libertad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me hace crecer personalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me permite desarrollar mis competencias profesionales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me proporciona identidad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me hace sentir útil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ante las DEMANDAS DE MI ORGANIZACIÓN…

Me adapto a la política de mi centro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Asumo los valores de la dirección	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acepto que me digan como debo Interiorizo fácilmente las normas establecidas en mi servicio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me identifico con el espíritu de los cambios propuestos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aplico el protocolo ante cualquier dilema de conciencia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me ajusto a los tiempos y ritmos de trabajo fijados	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Interpretación:

El instrumento de Condiciones de Trabajo Subjetivas , presenta la opción de respuesta tipo Likert de 0-10 puntos. La puntuación general de la escala se calcula tomando la media de todos los ítems del instrumento, las puntuaciones de las seis subescalas, se calculan también tomando la media de todos los elementos que componen dicha dimesión en la escala. Luego una media más alta es indicativa de mejores condiciones de trabajo subjetivas.

Dimensiones:

Entorno Material: ítems 1-4

Entorno Social: ítems 5-8

Método de regulación: ítems 9-14

Método de Desarrollo: ítems 15-22

Ajuste Organización Persona: ítems 23-37

Adaptación Persona –Organización: ítems 38-44

Anexo D.1: Escala de Condiciones de Trabajo Subjetivas (validada muestra)

Entorno físico, instalaciones y equipamientos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Recursos materiales y técnicos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Prevención de riesgos laborales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Compañerismo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Respeto en el grupo de trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Reconocimiento del propio trabajo por colegas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Participación en las decisiones organizacionales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Relaciones con la dirección	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Evaluación del rendimiento profesional por la institución	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Apoyo recibido del personal directivo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

La actual ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO de mi Unidad …

Se ajusta a mis aspiraciones	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estimula mi compromiso laboral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me permite trabajar a gusto	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me motiva a trabajar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me da sensación de libertad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me hace crecer personalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me proporciona identidad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ante las DEMANDAS DE MI ORGANIZACIÓN…

Me adapto a la política de mi centro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Asumo los valores de la dirección	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me ajusto a los tiempos y ritmos de trabajo fijados	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Anexo E: Inventario de Profesionalismo de Hall

Preguntas	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1.Sistemáticamente leo revistas académicas	1	2	3	4	5
2. En realidad, otras profesiones son más vitales para la sociedad que la mía	1	2	3	4	5
3. Tomo mis propias decisiones en cuanto a lo que hay que hacer en mi trabajo	1	2	3	4	5
4. Asisto regularmente a las reuniones profesionales en el ámbito local	1	2	3	4	5
5. Pienso que mi profesión, más que cualquier otra, es esencial para la sociedad	1	2	3	4	5
6. Mis colegas de profesión tienen una idea bastante clara sobre la competencia de cada uno	1	2	3	4	5
7. La gente en esta profesión tienen una verdadera "vocación" por su trabajo	1	2	3	4	5
8. La importancia de mi profesión es a veces estresante	1	2	3	4	5
9. La dedicación de las personas en esta profesión es más gratificante	1	2	3	4	5
10. No tengo mucha oportunidad de ejercer mi propio juicio	1	2	3	4	5
11. Creo que las organizaciones profesionales, deben ser apoyadas	1	2	3	4	5
12. Algunas otras profesiones son en realidad más importante para la sociedad que la mía	1	2	3	4	5
13. Un Problema en esta profesión es que nadie sabe realmente lo que sus colegas están haciendo	1	2	3	4	5
14. Es alentador ver el alto nivel de idealismo que se mantiene por las personas en este campo	1	2	3	4	5
15. La organización profesional realmente no hace demasiado para el miembro promedio.	1	2	3	4	5
16. Realmente no tenemos manera de juzgar la competencia de cada uno	1	2	3	4	5
17. A pesar de que me gustaría, realmente no leo las revistas académicas seguidamente	1	2	3	4	5
18. La mayoría de las personas se quedarían en la profesión, aunque se redujeran sus ingresos	1	2	3	4	5

Preguntas	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
19. Mis propias decisiones están sujetas a revisión de otros colegas /superiores	1	2	3	4	5
20. No hay mucha oportunidad para juzgar como otra persona hace su trabajo	1	2	3	4	5
21. Yo soy mi propio jefe en casi todas las situaciones relacionadas con el trabajo	1	2	3	4	5
22. Si existe una profesión indispensable es esta	1	2	3	4	5
23. Mis colegas saben bastante bien, lo bien que lo hacemos en nuestro trabajo	1	2	3	4	5
24. Hay muy pocas personas que realmente no creen en su trabajo	1	2	3	4	5
25. La mayoría de mis decisiones son revisadas por otras personas	1	2	3	4	5

Interpretación:

El inventario de Profesionalismo, está compuesto por 35 preguntas con respuesta es tipo Likert de 1 («Muy en desacuerdo») a 5 («Muy de acuerdo») divididas en 6 dimensiones:

Uso de la organización profesional como referente mayor (1, 4, 11, 15,17)

Creencia en el servicio público (2, 5, 8, 12, 22)

Creencia en la autorregulación (6, 13, 16, 20, 23)

El sentido del llamado a la profesión (7, 9, 14, 18, 24)

Autonomía (3, 10, 19, 21, 25)

Ocho ítems (2,10,12,13,15,16,17,20) están registrados de manera inversa porque son declaraciones negativas acerca de la profesionalidad, por lo que se debe reversar el puntaje. Las puntuaciones totales del Inventario de Profesionalismo van en un rango de 25 hasta 125, una puntuación más alta es indicativo de profesionalismo. Para una mayor comprensión de los resultados, se optó por considerar la media del puntaje, para el inventario total y cada subescala. Luego un promedio mayor es indicativo de mayor profesionalismo y viceversa.

Anexo F: Escala de Capital Psicológico (CaPsi) (original).

Preguntas	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de Acuerdo
1. Tengo confianza en mí mismo cuando analizo un problema de largo plazo para encontrar una solución	1	2	3	4	5	6
2. Tengo confianza en mí mismo cuando represento a mi área de trabajo en una reunión con los directivos	1	2	3	4	5	6
3. Tengo confianza en mí mismo cuando contribuyo en discusiones sobre la estrategia de mi organización	1	2	3	4	5	6
4. Tengo confianza en mí mismo cuando ayudo a fijar objetivos/metas en mi àrea de trabajo	1	2	3	4	5	6
5. Tengo confianza en mí mismo cuando me contacto con personas ajenas a mi organización (p. Ej. Proveedores, usarios, redes) para discutir problemas	1	2	3	4	5	6
6. Tengo confianza en mí mismo cuando presento información a un grupo de colegas	1	2	3	4	5	6
7. Si me encontrara bloqueado en el trabajo, se me podrían ocurrir varias maneras para superarlo	1	2	3	4	5	6
8. En este mmomento, estoy poniendo todas mis energías en alcanzar mis metas laborales	1	2	3	4	5	6
9.Hay muchas formas de resolver cualquier problema	1	2	3	4	5	6
10. En este momento, considero que estoy teniendo bastante éxito en mi trabajo	1	2	3	4	5	6
11. Se me ocurren muchas maneras de alcanzar mis actuales metas laborales	1	2	3	4	5	6
12. En este momento, estoy cumpliendo las metas laborales que me he fijado	1	2	3	4	5	6
13. Cuando tengo un percance en el trabajo, tengo problemas para superarlo, para seguir adelante	1	2	3	4	5	6
14. Suelo manejar los problemas de una u otra forma en el trabajo	1	2	3	4	5	6
15. Puedo “estar por mi cuenta” –por así decirlo- en el trabajo, si tengo que hacerlo	1	2	3	4	5	6
16. Suelo tomarme con calma las situaciones estresantes del trabajo	1	2	3	4	5	6
17.Puedo sobrellevar los momentos dificiles en el trabajo,por que ya he pasado por dificultades antes	1	2	3	4	5	6

Preguntas	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de Acuerdo
18. Siento que puedo gestionar muchas cosas a la vez en este trabajo	1	2	3	4	5	6
19. Cuando las cosas en el trabajo son inciertas para mí, suelo esperar lo mejor	1	2	3	4	5	6
20. Si algo me puede salir mal en el trabajo, seguro que así será	1	2	3	4	5	6
21.Siempre miro el lado amable de las cosas en relacion con mi trabajo	1	2	3	4	5	6
22. Soy optimista acerca de cómo será mi futuro en relación con el trabajo	1	2	3	4	5	6
23. En este trabajo, las cosas nunca resultan como yo lo deseo	1	2	3	4	5	6
24. Mi actitud hacia este trabajo es "despues de la tempestad viene la calma"	1	2	3	4	5	6

Interpretación:

La escala de respuesta es tipo Likert de 1 («Muy en desacuerdo») a 6 («Muy de acuerdo») con 24 preguntas divididas en 6 dimensiones:

Eficacia: items 1-3

Esperanza: items 4-7

Resistencia: ítems 8-10

Optimismo: ítems 11-12

La puntuación general de CaPsi se calcula tomando la media de todos los ítems del instrumento y cada una de las puntuaciones de las cuatro subescalas CaPsi, se calculan también considerando la media. De modo que una media mayor es indicativo de mayor Capital Psicológico. Tres ítems en la escala están invertidos (13,20,23), por lo que para estos ítems un "1" se anota como un "6" y un "6 es anotado como un" 1 ", un 2 es un 5 y un 5 es un 2; y 3 es un 4 y 4 es un 3.

Anexo F.1: Escala de Capital Psicológico (CaPsi) (validada muestra)

Preguntas	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de Acuerdo
1. Tengo confianza en mí mismo cuando analizo un problema de largo plazo para encontrar una solución	1	2	3	4	5	6
2. Tengo confianza en mí mismo cuando represento a mi área de trabajo en una reunión con los directivos	1	2	3	4	5	6
3. Tengo confianza en mí mismo cuando contribuyo en discusiones sobre la estrategia de mi organización	1	2	3	4	5	6
4. Tengo confianza en mí mismo cuando ayudo a fijar objetivos/metas en mi àrea de trabajo	1	2	3	4	5	6
5. Tengo confianza en mí mismo cuando me contacto con personas ajenas a mi organización (p. Ej. Proveedores, usarios, redes) para discutir problemas	1	2	3	4	5	6
6. Tengo confianza en mí mismo cuando presento información a un grupo de colegas	1	2	3	4	5	6
7. En este mmomento, estoy poniendo todas mis energías en alcanzar mis metas laborales	1	2	3	4	5	6
8.Hay muchas formas de resolver cualquier problema	1	2	3	4	5	6
9. En este momento, considero que estoy teniendo bastante éxito en mi trabajo	1	2	3	4	5	6
10. Se me ocurren muchas maneras de alcanzar mis actuales metas laborales	1	2	3	4	5	6
11. En este momento, estoy cumpliendo las metas laborales que me he fijado	1	2	3	4	5	6
12. Cuando las cosas en el trabajo son inciertas para mí, suelo esperar lo mejor	1	2	3	4	5	6
13.Siempre miro el lado amable de las cosas en relacion con mi trabajo	1	2	3	4	5	6
14. Soy optimista acerca de cómo será mi futuro en relación con el trabajo	1	2	3	4	5	6

Anexo G: Autorización de Uso Cuestionario Karen Personal

Gmail

Carolina Luengo <caroluengo@gmail.com>

\bout the Karen instruments
mensajes

largareta Lindgren <margareta.lindgren@liu.se> 20 de agosto de 2015, 10:12
ara: "caroluengo@gmail.com" <caroluengo@gmail.com>

Dear Carolina

Thank you for your kind letter. Due to illness it is not possible for me to answer your questions at the moment. However I can give you the paper and the scales translated to English. I hope this will help you and if some questions remain you can e-mail me again.

Yours sincerely
Margareta Lindgren
Universitetslektor, Docent

LINKÖPINGS UNIVERSITET

Institutionen för Medicin och Hälsa

Avdelning Omvårdnad
581 83 Linköping
Telefon: 013-28 68 23
Besöksadress: Hälsans Hus, ingång 14 plan 14
Besök oss gärna på: www.liu.se

2 archivos adjuntos

Andersson & Lindgren 2008 The Karen instrument for measuring quality....pdf
64K

The Karen instruments for measuring quality of nursing care.docx
24K

arolina Luengo <caroluengo@gmail.com> 27 de agosto de 2015, 11:57
ara: Margareta Lindgren <margareta.lindgren@liu.se>
c: "inger.andersson35@hotmai.se" <inger.andersson35@hotmai.se>, "inger.s.andersson@bredband.net" inger.s.andersson@bredband.net>

Karen Personnel Instrument

Subscale 1 Psychosocial Relations

Variable

1. We are able to talk to each other
2. We are all get on well together
3. The staff collaborates
4. There is a positive atmosphere
5. There is no enviousness
6. The patient receive an individual treatment
7. The staff is kind happy, good
8. The patient get to know the staff

Subscale 2 Commitment

Variable

9. The staff shows no interest
10. The staff shows no commitment
11. The staff shows no consideration
12. The staff has ability to show compassion
13. The staff is not able to motivate the patients

Subscale 3 Work satisfaction

Variable

14. The work develops me as a human being
15. The work gives me a lot as a human being
16. I feel harmony in the work
17. The work gives me satisfaction
18. There is orderliness on this ward
19. They are able to find out what is Wrong, to diagnose

Subscale 4 Openness/closeness

Variable

20. We do not consider each other
21. The staff is calmed, assured
22. We cannot talk about the problems
23. We do not listen to each other
24. Savings have affected the patient

Subscale 5 Competent development

Variable

25. We never learn anything new
26. The patient is not involved in the treatment
27. No one is responsible
28. The patient has no to say

29. The tasks are performed routinely

<u>Subscale 6 Security/Insecurity</u>
Variable
30. I do not secure in my work
31. So many staff categories
32. I fell no work fellowship
33. I do not have the strength for the nursing tasks
34. No personal contact with the patients
35. The staff does not make the patients calm

You are hereby permitted to use these instruments in your master thesis. I would be glad if you could send me a copy when you are finished.

Your sincerely
Margareta Lindgren

Anexo H: Autorización de uso Escala de Condiciones de Trabajo Subjetivas

Josep M Blanch

Catedrático de *Psicología Social Aplicada*
Facultad de Psicología. Edificio B. UAB
08193 Bellaterra (Barcelona). España
Teléfono: 34 93 5 81 1326 . Fax: 34 93 5 81 2125
E-mail: josepmaria.blanch@uab.cat

Universitat Autònoma de Barcelona

Barcelona, 01 de diciembre de 2015

Por el presente documento, **AUTORIZO:**

A mi colega **Carolina Luengo Martínez** a utilizar**,** con fines de investigación, nuestro instrumento de evaluación de *Condiciones de Trabajo**

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo la presente **Carta de AUTORIZACIÓN**.

Universitat Autònoma de Barcelona
Departament de Psicologia Social
Firmado: Josep m Blanch

* Blanch, J. M., Sahagún, M. y Cervantes, G. (2010). Estructura factorial de la Escala de Condiciones de Trabajo. Factor structure of Working Conditions Scale. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones. Journal of Work and Organizational Psychology*, 26 (3), 175-189.

ISSN 15765962. DOI:10.5093/tr2010v26n3a2

Anexo I: Autorización de uso Inventario de Profesionalismo de Hall

Gmail

Carolina Luengo <caroluengo@gmail.com>

FW: RE: Dr. Richard Hall's authorization
2 mensajes

Gonzalo A. Luengo O. <gonzaloanet@yahoo.es> 10 de junio de 2015, 22:13
Para: caroluengo@gmail.com

----Forwarded message----
From: pam.tolbert@cornell.edu
To: gonzaloanet@yahoo.es
Sent: Wed, Jun 10, 2015 9:52 PM ADT
Subject: RE: Dr. Richard Hall's authorization

Dear Gonzalo,

I believe the items in the scale are reported in Professor Snizek's 1972 article in the American Sociological Review. You (or your cousin) may wish to take a look at Professor Hall's 1969 book, Occupations and the Social Structure, published by Prentice Hall. His original set of items may also be found there.

Your cousin may use the scale in her research as long as she cites the source, giving recognition to Professor Hall as the originator. I hope this helps. Please let me know if you have questions.

Best,

Pamela S. Tolbert
Lois S. Gray Professor of Industrial Relations and Social Sciences
ILR Director of Graduate Studies
Cornell University
392 Ives Hall
607-255-9527

-----Original Message-----
From: Gonzalo A. Luengo O. [mailto:gonzaloanet@yahoo.es]
Sent: Wednesday, June 10, 2015 6:04 PM
To: Pamela S. Tolbert
Subject: Dr. Richard Hall's authorization

Dear Ms. Tolbert:

I am writing you because I need help in having an authorization to use Professor Richard Hall's scales. I need that authorization and a clear version to use his scale of professionalism and also the same scale that was summarized by Professor Snizek. Do you have those scales? As I wrote, they are for a cousin who is working on her PhD thesis in nursing and she wants to use that scale. She cannot write in English very well and I am trying to help her in her communications with you. She can help you from Chile in return. Or I can.

Regards from Chile,

Anexo J: Autorización de uso Escala de Capital Psicológico

Carolina Elena Luengo Martinez

mind garden

To whom it may concern,

This letter is to grant permission for Carolina Elena Luengo Martinez to use the following copyright material:

Instrument: ***Psychological Capital (PsyCap) Questionnaire (PCQ)***

Authors: ***Fred Luthans, Bruce J. Avolio & James B. Avey.***

Copyright: ***"Copyright © 2007 Psychological Capital (PsyCap) Questionnaire (PCQ) Fred L. Luthans, Bruce J. Avolio & James B. Avey. All rights reserved in all medium."***

for his/her thesis/dissertation research.

Three sample items from this instrument may be reproduced for inclusion in a proposal, thesis, or dissertation.

The entire instrument may not be included or reproduced at any time in any other published material.

Sincerely,

Mind Garden, Inc.
www.mindgarden.com

Anexo K: Autorización aplicación de Prueba Piloto Hospital de San Carlos

ACV/NDM

Ordinario 1G H2 Nº 0490 /

ANT : Solicitud de investigación científica Res. N° 009-16 de la Universidad de Concepción.

MAT : Autorización para realizar investigación científica.

SAN CARLOS, 24 FEB 2016

A : Carolina Luengo Martínez
Investigadora responsable

Me permito saludarle con toda atención, para comunicarle que se aprueba la solicitud para realizar el piloto de la muestra para la investigación denominada *"Influencia de las Condiciones de Trabajo, Profesionalismo y Capital Psicológico sobre la percepción de la Calidad del Cuidado que entrega el Profesional de Enfermería, en Hospitales de alta complejidad. Chile, 2016"* para optar al grado académico de doctorado en enfermería.

Lo anterior implica que la investigadora se compromete a entregar los resultados de la investigación al Hospital de San Carlos una vez finalizada, en el transcurso del año 2016.

Saluda cordialmente,

HOSPITAL SAN CARLOS
DIRECTORA
ALICIA CONTRERAS VIELMA
DIRECTORA
HOSPITAL DE SAN CARLOS
SERVICIO SALUD

- Distribución:
  La indicada
- C.C.:

- H2: 1A, 2A, 2B, 2D, 2E, 1G,

Hospital de San Carlos - Unidad de Control de Gestión y Coordinadora RAD,
Nidia Díaz Manríquez, nidia.diazm@redsalud.gov.cl
Fono: 042 -2586231 – Red Mineal 426231 – Gazmuri Nº 448 – San Carlos
www.hospitaldesancarlos.cl

Anexo L: Validación del Cuestionario para medir la percepción de la Calidad del Cuidado: Karen Personal

- *Análisis factorial exploratorio.*

Con los 35 reactivos de la escala que evalúa percepción de la Calidad del Cuidado se encontró un coeficiente de adecuación Kaiser-Meyer-Olkin=.88 y una prueba de esfericidad de Bartlett estadísticamente significativo (χ^2=4623.267, con 595 grados de libertad y p<.001). Respetando los seis constructos del instrumento original, la tabla 1 muestra la solución factorial exploratoria con los pesos factoriales que arrojan autovalores que explica con seis constructos el 45.8% de la varianza.

Tabla 1. Solución factorial exploratoria (máxima verosimilitud) de la escala Calidad del cuidado con los 35 reactivos en los seis constructos.

Reactivo	Factores						Unicidad	MSA*
	1	2	3	4	5	6		
Cuid_1	**.442**	.231			.315		.647	.92
Cuid_2	**.773**	.103			.171	.154	.337	.89
Cuid_3	**.485**	.190	.187	.165	.410		.498	.93
Cuid_4	**.767**			.110	.122	.132	.362	.89
Cuid_5	**.615**				.163	-.118	.578	.84
Cuid_6	.327	.126		.100	**.532**		.575	.90
Cuid_7	.411	.103	.206		**.566**		.453	.89
Cuid_8	.153		.156	.170	**.549**	.189	.585	.88
Cuid_9		.332	**.683**		.258		.335	.93
Cuid_10	.189	.246	**.891**	.105	.172		.063	.84
Cuid_11	.142	.246	**.851**		.181	.123	.143	.85
Cuid_12	.106	.226	.154	.144	**.357**		.766	.91
Cuid_13		.331	.458	.138	**.354**	.248	.471	.92
Cuid_14				**.806**	.171		.283	.79
Cuid_15		.135	.131	**.901**	.136		.129	.76
Cuid_16	**.522**			.317	.182		.592	.87
Cuid_17	.297	.176		**.553**		.103	.556	.88
Cuid_18	**.419**			.180	.190		.750	.88
Cuid_19	.271	.118	.184	.252	.280		.728	.93
Cuid_20	-.398	-.198	-.229				.741	.90
Cuid_21	**.374**		.188	.153	.109		.786	.85
Cuid_22	.268	.190	**.270**	.107			.806	.91
Cuid_23	**.512**			.138	.289		.626	.52
Cuid_24	-.163		-.110				.949	.84
Cuid_25	.109	**.408**	.245	.111	.103		.731	.82
Cuid_26		**.360**	.133				.837	.89
Cuid_27		**.745**	.161	.124	.118		.377	.89
Cuid_28	.104	**.729**	.181	.106	.110		.401	.89
Cuid_29	-.123	**-.342**				-.156	.839	.85
Cuid_30	.224	**.494**				.161	.678	.86
Cuid_31	**.310**	-.162	-.118			-.151	.834	.82
Cuid_32	**.629**	.262					.522	.90
Cuid_33		**.512**	.137	.161		.481	.456	.91
Cuid_34		.458	.145	.166	.164	**.684**	.244	.86
Cuid_35		.532	.238		.290	**.523**	.292	.88
Autovalor	4.256	3.270	2.833	2.275	2.108	1.286		
% varianza	.122	.093	.081	.065	.060	.037	→Σ=.458	
A	.775	.519	.807	.828	.730	.831		

Fuente: Elaboración Propia.

Con esta solución factorial, que muestra unicidades superiores a .50, se debió adecuar una matriz factorial con los reactivos que mejor representan los constructos que se logren formar, llegando a la mejor solución factorial exploratoria que contiene 14 reactivos agrupados en cuatro constructos (previo testeo de un análisis factorial luego de la eliminación de uno por uno). Por tanto, queda una solución factorial que presenta un KMO=.83 y prueba de esfericidad con χ^2=2246.068 (91 grados de libertad) p<.001 y que se presenta en la tabla 2.

Tabla 2. Solución factorial exploratoria (máxima verosimilitud) de la escala CT con 15 reactivos en cuatro constructos

Reactivo	**Factores**				**Unicidad**	**MSA***
	1	2	3	4		
Cuid_1	.125	**.489**	.182		.705	.89
Cuid_2		**.853**			.255	.77
Cuid_4		**.775**		.135	.373	.80
Cuid_9	**.742**	.122	.242	.123	.361	.91
Cuid_10	**.942**	.175	.159	.116	.044	.77
Cuid_11	**.877**	.134	.222		.158	.80
Cuid_13	**.516**	.106	.431	.171	.508	.94
Cuid_14	.122	.103	.143	**.821**	.280	.74
Cuid_15	.159		.123	**.914**	.123	.71
Cuid_17		.263	.166	**.557**	.590	.90
Cuid_32	.152	**.590**	.129		.606	.90
Cuid_33	.181	.136	**.656**	.160	.493	.90
Cuid_34	.189	.163	**.765**	.176	.322	.83
Cuid_35	.300	.164	**.789**		.251	.85
Autovalor	2.721	2.144	2.079	1.987		
% varianza	.194	.153	.149	.142	→Σ=.638	
A	.897	.789	.839	.828		

Fuente: Elaboración Propia.

Con esta nueva matriz factorial los 14 reactivos agrupados en cuatro constructos logran explicar el 63.8% de la varianza, con unicidades inferiores a .50, a excepción de los reactivos 1, 13, 17 y 32, pero tienen a su vez indicadores MSA de .89 y más. Por tanto, para testear si esta solución tiene un buen ajuste factorial, se resolvió con análisis factorial confirmatorio.

-Análisis factorial confirmatorio.

La tabla 3 muestra los valores de ajuste del modelo factorial original con 35 reactivos en 6 constructos, tal como lo plantea el autor de la escala, resultado en la muestra un pobre ajuste. Luego, con la nueva configuración dada por el análisis factorial en la muestra con todos los reactivos, resultó también un ajuste inadecuado, confirmando que hubo reactivos que debían ser eliminados, tal como se diagnosticó en la tabla 2. Con el modelo basado en 14 reactivos en cuatro constructos, se llegó a un buen ajuste factorial, según los indicadores que a continuación se muestran:

Tabla 3. Nivel de ajuste de las versiones diseñadas para la escala que mide Calidad del Cuidado.

MODELOS	**INDICADOR**					
	p-valor	CFI	TLI	AIC	RMSEA	SRMR
Valores esperados	*>.05*	*>.95*	*>.95*	*El menor*	*<.08*	*<.08*
Original*	1143.927 (595 gl), p<.001	.789	.769	22.659.904	.075	.098
Versión 1**	1208.488 (545 gl), p<.001	.844	.830	22.424.465	.065	.074
Modelo ***	157.793 (71 gl), p<.001	.961	.950	7.704.567.166	.065	.067

p-valor: prueba de ajuste

CFI: Índice de bondad de ajuste

TLI: Índice de ajuste no normalizado

AIC: Criterio de información de Akaike

RMSEA: Raíz del error cuadrático medio de aproximación

SRMR: Raíz del residuo cuadrático medio

*Escala original con los 35 reactivos agrupados en seis constructos

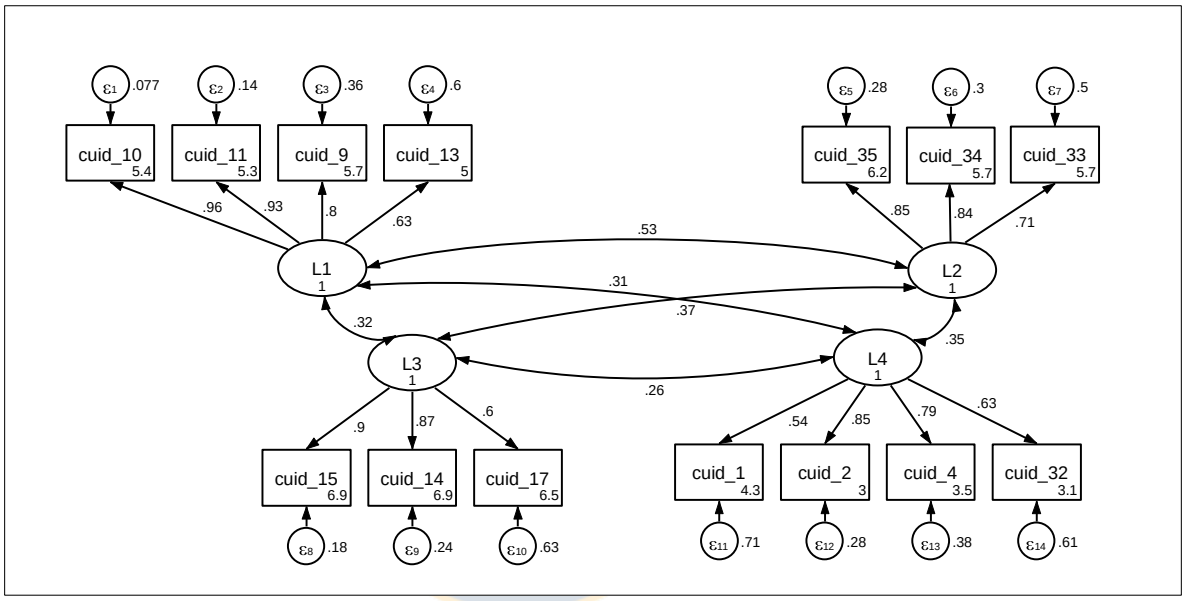
**Escala con 35 reactivos agrupados en seis constructos según análisis factorial con muestra local (tabla 1)

*** Escala con 14 reactivos agrupados en cuatro constructos según análisis factorial con muestra local (tabla 2): Constructo 1: cuid_10+cuid_11+cuid_9+cuid_13; Constructo 2: cuid_35+cuid_34+cuid_33; Constructo 3: cuid_15+cuid_14+cuid_17; Constructo 4: cuid_1+cuid_2+cuid_4+cuid_32

Fuente: Elaboración Propia

Por tanto, con ecuaciones estructurales de máxima verosimilutd se llegó a la solución factorial de Percepción de la Calidad del cuidado con 14 reactivos en cuatro constructos:

Figura 1. Solución factorial confirmatoria con 14 reactivos en 4 constructos de la Percepción de la Calidad del Cuidado, con el método de ecuaciones estructurales por máxima verosimilitud



Valores α L1=.897 // L2=.839 // L3=.828 // L4=.789

Fuente: Elaboración Propia.

Anexo M: Validación Escala de Condiciones de Trabajo Subjetivas

Validación primera parte escala Condiciones de Trabajo Subjetivas (ítems 1-22)

- *Análisis factorial exploratorio.*

Con los 22 reactivos de la escala CT se encontró un coeficiente de adecuación Kaiser-Meyer-Olkin=.92 y una prueba de esfericidad de Bartlett estadísticamente significativo (χ^2=4070.142, 231 grados de libertad y p<.001).

Tabla 1. Solución factorial exploratoria (máxima verosimilitud) de la escala CT con 22 reactivos en cuatro constructos

Reactivo	**Factores**				**Unicidad**	**MSA***
	1	2	3	4		
ct_1	.176	.258	**.817**	.139	.217	.91
ct_2	.122	.270	**.766**	.113	.313	.89
ct_3	.264	.273	**.632**	.251	.392	.94
ct_4	.238	.259	**.554**	.250	.507	.93
ct_5	.193	.164	.118	**.845**	.208	.87
ct_6	.212	.218	.262	**.787**	.220	.91
ct_7	.282	.198	.206	**.711**	.333	.94
ct_8	.195	**.412**	.295	.274	.631	.95
ct_9	.231	**.730**	.268	.118	.329	.94
ct_10	.240	**.581**	.357	.336	.364	.94
ct_11	.428	**.436**	.150	.189	.569	.95
ct_12	.187	**.613**	.198	.124	.535	.93
ct_13	.234	**.436**	.130		.733	.84
ct_14	.244	**.634**	.192	.111	.490	.91
ct_15	.298	**.564**	.237	.268	.465	.93
ct_16	**.519**	.404	.211	.205	.482	.92
ct_17	**.566**	.304	.245	.186	.493	.94
ct_18	**.685**	.221	.184		.446	.86
ct_19	**.807**	.251	.128	.166	.241	.93
ct_20	**.742**	.191		.252	.344	.93
ct_21	**.495**	.325	.231	.247	.535	.95
ct_22	**.753**	.209	.179	.235	.302	.91
Autovalor	3.978	3.462	2.789	2.624		
% varianza	.181	.157	.127	.119	→Σ=.584	
A	.899	.858	.870	.890		

Fuente: Elaboración Propia.

Ahora, de los 22 reactivos originales se eliminaron 12 (eliminación una a una previo testeo), por presentar unicidades superiores a .50, quedando 10 reactivos para una construcción factorial que presenta un KMO=.86 y prueba de esfericidad con χ^2=1811.322 (45 grados de libertad) p<.001. La solución factorial con los 10 reactivos se presenta a continuación:

Tabla 2. Solución factorial exploratoria (máxima verosimilitud) de la escala CT con 10 reactivos en cuatro constructos

Reactivo	**Factores**				**Unicidad**	**MSA***
	1	2	3	4		
ct_1	.161	.175	**.847**		.221	.81
ct_2	.107	.143	**.832**		.266	.80
ct_3	.252	.281	**.641**	.125	.431	.93
ct_5	.188	**.879**	.121		.172	.81
ct_6	.222	**.796**	.286		.228	.86
ct_7	.269	**.715**	.220	.145	.347	.91
ct_19	**.736**	.213	.206	.111	.358	.91
ct_20	**.822**	.240	.115	.120	.239	.87
ct_21	.449	.214	.241	**.831**	.005	.91
ct_22	**.794**	.214	.203	.282	.202	.84
Autovalor	2.307	2.243	2.121	.861		
% varianza	.231	.224	.212	.086	→Σ=.753	
A	.883	.890	.858	-		

Fuente: Elaboración Propia.

Con los 4 constructos propuestos en la escala original y 10 reactivos, la tabla 2 señala una solución que explica el 75.3% de la varianza y con valores de consistencia interna superiores a .85. Dado que el constructo cuarto se compone con un solo reactivo (ct_21), se decidió diseñar una solución factorial con tres constructos, cuyos resultados se muestran en la tabla 3, encontrándose una solución que satura el 70.2% de la varianza, unicidades inferiores a .50 y consistencias internas superiores a .85.

Tabla 3. Solución factorial exploratoria (máxima verosimilitud) de la escala CT con 10 reactivos en tres constructos

Reactivo	Factores			Unicidad	MSA*
	1	2	3		
ct_1	.189	.173	**.840**	.228	.81
ct_2	.139	.141	**.837**	.260	.81
ct_3	.287	.279	**.540**	.431	.93
ct_5	.209	**.878**	.120	.171	.81
ct_6	.248	**.793**	.284	.229	.86
ct_7	.309	**.712**	.222	.348	.92
ct_19	**.725**	.210	.191	.394	.86
ct_20	**.797**	.238	.104	.297	.89
ct_21	**.634**	.228	.277	.470	.90
ct_22	**.878**	.199	.192	.153	.86
Autovalor	2.671	2.227	2.122		
% varianza	.267	.223	.212	→Σ=.702	
α	.883	.890	.858		

Fuente: Elaboración Propia.

Análisis factorial confirmatorio.

Con el método de ecuaciones estructurales, se ajustó la solución factorial con 10 reactivos, no sin antes confirmar que el instrumento con los constructos originales ni la primera versión del análisis factorial satisfacían un buen ajuste (tabla 4).

Tabla 4. Nivel de ajuste de la versión original, estructura con 22 en cuatro constructos y 10 reactivos en tres constructos.

MODELOS	INDICADOR					
	p-valor	CFI	TLI	AIC	RMSEA	SRMR
Valores esperados	*>.05*	*>.95*	*>.95*	*El menor*	*<.08*	*<.08*
Original*	836.771 (203 gl), p<.001	.840	.818	25400.919	.104	.087
Versión 1**	715.428 (203 gl), p<.001	.871	.853	25279.575	.093	.068
Modelo **	85.463 (32 gl), p<.001	.970	.958	11315.166	.076	.059

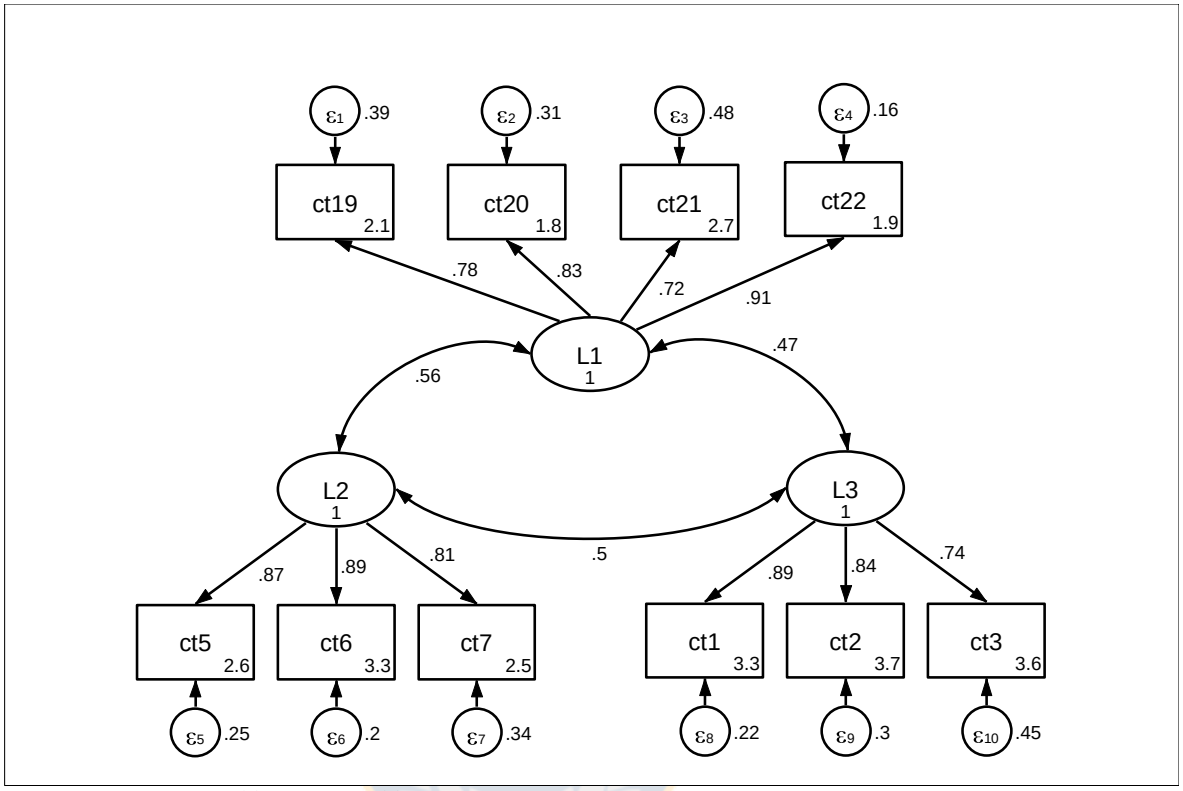
p-valor: prueba de ajuste
CFI: Índice de bondad de ajuste
TLI: Índice de ajuste no normalizado
AIC: Criterio de información de Akaike
RMSEA: Raíz del error cuadrático medio de aproximación
SRMR: Raíz del residuo cuadrático medio

*Escala original con los 22 reactivos agrupados en cuatro constructos

**Escala con 22 reactivos agrupados en cuatro constructos según análisis factorial con muestra local (tabla 1)

*** Escala con 10 reactivos agrupados en cuatro constructos según análisis factorial con muestra local (tabla 3): Constructo 1: ct22+ct20+ct19+ct21; Constructo 2: ct5+ct6+ct7; Constructo 3: ct1+ct2+ct3
Fuente: Elaboración Propia.

Figura 1. Solución factorial confirmatoria con 10 reactivos en 3 constructos del CT, con el método de ecuaciones estructurales



Valores α L1=.883 // L2=.890 //L3=.858
Fuente: Elaboración Propia.

*Validación segunda parte escala Condiciones de Trabajo Subjetivas (ítems 23-44***)**

- *Análisis factorial exploratorio.*

Desde el ítem 23 hasta el 44 de la escala CT se encontró un coeficiente de adecuación Kaiser-Meyer-Olkin=.96 y una prueba de esfericidad de Bartlett estadísticamente significativo (χ^2=7202.253, 231 grados de libertad y p<.001). La tabla 5 muestra la solución factorial considerando los dos constructos que indica el autor de la escala, encontrándose que ellos explican el 70.6% de la varianza y con consistencias internas superiores a .90 y coinciden la estructura de la escala original con la del análisis factorial aplicada a esta muestra. Ahora, el análisis factorial encontró unicidades superiores a .50,

lo que llevó a generar un modelo factorial abreviado luego de la eliminación sucesiva de ítems hasta llegar a la mejor solución exploratoria, que se muestra en la tabla 5.

Tabla 5. Solución factorial exploratoria (máxima verosimilitud) de la escala CT con 22 reactivos en dos constructos

Reactivo	Factores		Unicidad	MSA*
	1	2		
ct_23	**.752**	.272	.360	.96
ct_24	**.666**	.315	.457	.97
ct_25	**.803**	.254	.291	.96
ct_26	**.819**	.344	.211	.93
ct_27	**.811**	.307	.248	.93
ct_28	**.724**	.323	.371	.98
ct_29	**.764**	.245	.356	.97
ct_30	**.858**	.271	.191	.98
ct_31	**.873**	.284	.158	.97
ct_32	**.871**	.299	.152	.96
ct_33	**.806**	.238	.294	.97
ct_34	**.883**	.213	.175	.96
ct_35	**.790**	.256	.310	.95
ct_36	**.846**	.281	.205	.96
ct_37	**.756**	.254	.364	.97
ct_38	.245	**.814**	.278	.92
ct_39	.241	**.858**	.205	.92
ct_40	.251	**.764**	.354	.96
ct_41	.280	**.780**	.314	.96
ct_42	.450	**.709**	.294	.95
ct_43	.219	**.777**	.348	.94
ct_44	.170	**.672**	.520	.92
Autovalor	10.226	5.317		
% varianza	.465	.242	→ Σ=.706	
A	.975	.931		

*Measure of sampling adecquacy
Fuente: Elaboración Propia.

Esta solución factorial exploratoria (tabla 6) contiene 10 reactivos, cuyo coeficiente KMO=.93 y con χ^2=3054.919 (45 gl), p<.001. Siguiendo la propuesta del autor de la escala, con dos constructos logran explicar el 78.3% de la varianza, con consistencias internas superiores a .89 y unicidades inferiores a .46. Por tanto, con esta solución

factorial se testeará con ecuaciones estructurales el ajuste de los reactivos en dos constructos.

Tabla 6. Solución factorial exploratoria (máxima verosimilitud) de la escala CT con 10 reactivos en dos constructos

Reactivo	Factores		Unicidad	MSA*
	1	2		
ct_27	**.768**	.301	.320	.97
ct_30	**.879**	.241	.169	.95
ct_31	**.897**	.161	.127	.93
ct_32	**.906**	.264	.109	.93
ct_33	**.840**	.217	.248	.97
ct_34	**.882**	.202	.182	.93
ct_36	**.835**	.255	.238	.95
ct_38	.244	**.880**	.165	.81
ct_39	.245	**.891**	.146	.81
ct_43	.270	**.690**	.451	.94
Autovalor	5.359	2.483		
% varianza	.536	.248	→ Σ=.784	
α	.965	.892		

*Measure of sampling adecquacy
Fuente: Elaboración Propia.

- *Análisis factorial confirmatorio.*

Se encontró que la escala que propone el autor con dos constructos no satisfice un buen ajuste (tabla 7). Ahora, la escala abreviada con 10 reactivos logró valores con buen ajuste global al eliminar los reactivos que ya en la fase exploratoria se sugería.

Tabla 7. Nivel de ajuste de la versión original, estructura con 22 en cuatro constructos y 10 reactivos en tres constructos.

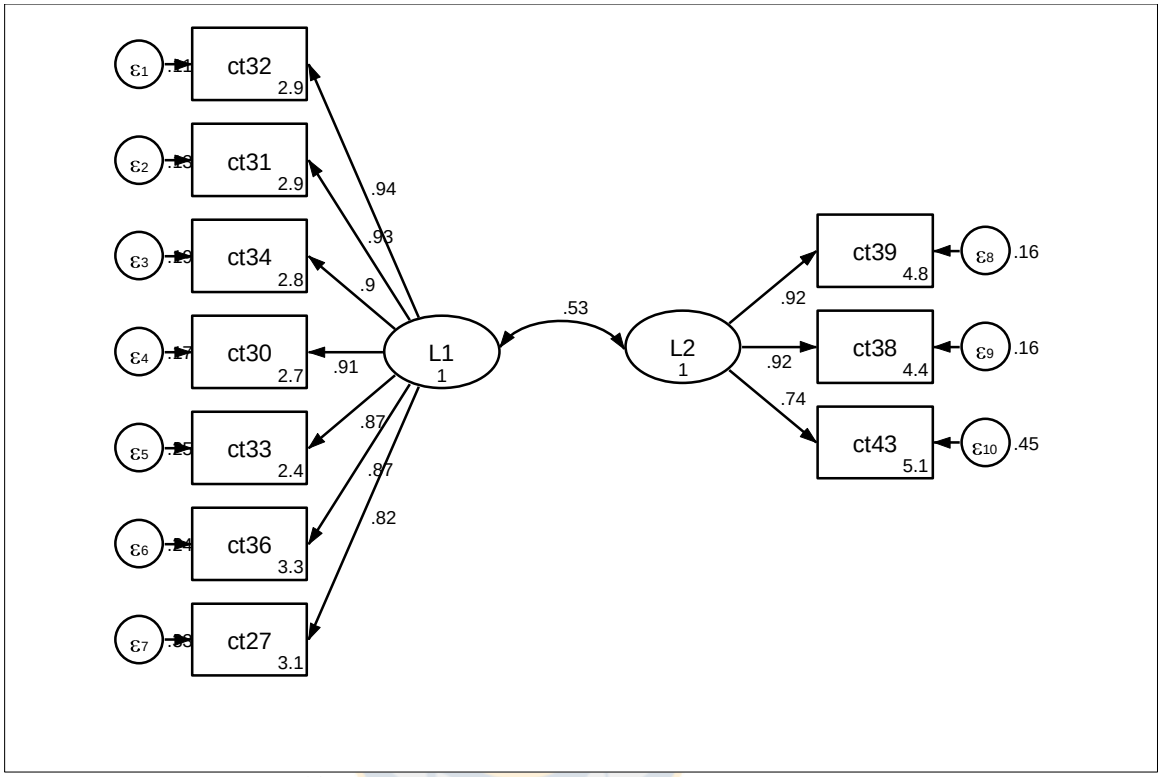
MODELOS	**INDICADOR**					
	p-valor	CFI	TLI	AIC	RMSEA	SRMR
Valores esperados	*>.05*	*>.95*	*>.95*	*El menor*	*<.08*	*<.08*
Original *	1157.068 (208 gl), p<.001	.868	.854	21263.952	.125	.051
Modelo ***	97.084 (34 gl), p<.001	.979	.973	9725.108	.080	.028

p-valor: prueba de ajuste
CFI: Índice de bondad de ajuste
TLI: Índice de ajuste no normalizado
AIC: Criterio de información de Akaike
RMSEA: Raíz del error cuadrático medio de aproximación
SRMR: Raíz del residuo cuadrático medio

*Escala original con los 22 reactivos agrupados en dos constructos. Coincide la misma distribución de los reactivos con la escala que resultó con análisis factorial exploratorio aplicada a la muestra (tabla 5).

** Escala con 10 reactivos agrupados en dos constructos según versión análisis factorial con muestra local (tabla 6): Constructo 1: ct27+ct30+ct31+ct_32+ct33+ct34+ct36; Constructo 2: ct38+ct39+ct43
Fuente: Elaboración Propia.

Figura 2. Solución factorial confirmatoria con 10 reactivos en 2 constructos del CT, con el método de ecuaciones estructurales



Valores α para L1=.965 // L2=.892

Fuente: Elaboración Propia.

Anexo N: Validación Inventario de Profesionalismo

- *Análisis factorial exploratorio.*

Con los 25 reactivos de la escala Profesionalismo se obtuvo un coeficiente de adecuación Kaiser-Meyer-Olkin=.68 y una prueba de esfericidad de Bartlett estadísticamente significativo (χ^2=1440.964, con 300 grados de libertad y p<.001).

Tabla 1. Solución factorial exploratoria (máxima verosimilitud) de la escala Profesionalismo con los 25 reactivos en los cinco constructos

Reactivo	**Factores**					**Unicidad**	**MSA***
	1	2	3	4	5		
prof_1			**.558**			.656	.56
prof_2					**.386**	.708	.57
prof_3						.861	.72
prof_4						.925	.722
prof_5	.316				.402	.718	.67
prof_6	**.651**					.532	.76
prof_7	**.580**					.628	.77
prof_8					**.334**	.825	.70
prof_9	**.396**					.782	.80
prof_10		**.432**				.788	.67
prof_11						.878	.54
prof_12		.418			**.550**	.431	.62
prof_13		**.443**				.783	.72
prof_14	**.424**					.790	.82
prof_15		**.556**				.622	.65
prof_16		**.678**				.533	.65
prof_17			**.979**			.001	.54
prof_18	**.369**					.863	.74
prof_19				**.765**		.363	.59
prof_20		**.537**				.687	.65
prof_21	**.329**					.870	.63
prof_22	**.452**				.328	.665	.72
prof_23	**.701**					.504	.73
prof_24	**.340**					.847	.71
prof_25				**.624**		.586	.57
Autovalor	2.63	1.89	1.39	1.17	1.08		
% varianza	10.50	7.55	5.56	4.70	4.31	Σ=32.61	
A	.73	.67	.70	.67	.43		

Fuente: Elaboración Propia.

Respetando los cinco constructos del instrumento original, la tabla 1 muestra la solución factorial exploratoria que en conjunto explica el 32.61%.

La solución muestra que 22 de los 25 reactivos presentaron unicidades superiores a .50 y con pesos factoriales en varios casos con valores lábiles y sumado a una varianza total de 32.61% con KMO <.70 son indicadores de una pobre solución factorial, por lo que no es posible generar un análisis factorial confirmatorio.

Anexo Ñ: Validación Escala Capital Psicológico (ítems 1-24)

-Análisis factorial exploratorio.

La escala que evalúa Capital Psicológico que contiene 24 ítems agrupados en 4 constructos fue sometido a análisis factorial exploratorio con la muestra local, encontrando un coeficiente de adecuación Kaiser-Meyer-Olkin=.92 y una prueba de esfericidad de Bartlett estadísticamente significativo (χ^2=3684.848, con 276 grados de libertad y p<.001). Respetando los constructos del instrumento original, la tabla 1 muestra la solución factorial exploratoria con todos los reactivos, encontrando que los autovalores de los cuatro constructos explican el 52.2% de la varianza.

Tabla 1. Solución factorial exploratoria (máxima verosimilitud) de la escala Capital Psicológico con los 24 reactivos agrupados en los seis constructos

Reactivo	Factores				Unicidad	MSA*
	1	2	3	4		
Cp1	.230	**.744**	.121		.378	.94
Cp2	.194	**.763**			.371	.92
Cp3	.218	**.807**	.108		.281	.94
Cp4	.267	**.781**	.130		.297	.94
Cp5	.328	**.726**			.355	.93
Cp6	.264	**.713**	.149	.121	.385	.93
Cp6	.394	**.466**	.279		.544	.96
Cp8	**.614**	.212			.573	.94
Cp9	**.611**	.292	.235		.486	.96
Cp10	**.676**	.196		.104	.486	.94
Cp11	**.686**	.359	.189		.357	.96
Cp12	**.711**	.239			.431	.93
Cp13				**.434**	.798	.53
Cp14	**.534**	.291	.327		.523	.97
Cp15	**.382**		.359	-.138	.759	.86
Cp16	.338	.218	**.819**		.164	.89
Cp17	.430	.279	**.638**		.330	.91
Cp18	.358	**.476**	.269		.571	.96
Cp19	**.495**	.217	.242		.648	.94
Cp20				**.695**	.504	.63
Cp21	**.598**	.231	.242	.149	.508	.91
Cp22	**.709**	.275	.126	.109	.394	.92
Cp23	.153			**.696**	.487	.64
Cp24	**.312**		.172	-.147	.844	.90
Autovalor	4.824	4.643	1.760	1.299		
% varianza	.201	.193	.073	.054	→Σ=.522	
α	.869	.907	.841	.601		

Fuente: Elaboración Propia.

Con esta solución factorial, que muestra unicidades superiores a .50 y con pocos reactivos en el factor cuatro y con el índice MSA inferior a .70 en tres reactivos, obliga a testear sucesivas matrices factorial hasta llegar a la mejor estructura exploratoria posible, encontrando una compuesta por tres constructos y 14 reactivos. Esta solución factorial tiene un KMO=.92 y prueba de esfericidad con χ^2=2280.066 (78 grados de libertad) p<.001 y que se presenta en la tabla 2.

Tabla 2. Solución factorial exploratoria (máxima verosimilitud) de la escala Capital psicológico con 14 reactivos en tres constructos

Reactivo	**Factores**			**Unicidad**	**MSA***
	1	2	3		
capsi_1	**,740**	,177	,195	0,384	.93
capsi_2	**,761**	,229		0,359	.92
capsi_3	**,814**	,187	,183	0,268	.92
capsi_4	**,784**	,241	,184	0,294	.94
capsi_5	**,713**	,232	,261	0,370	.90
capsi_6	**,702**	,190	,253	0,408	.92
capsi_9	,291	**,516**	,378	0,507	.95
capsi_10	,174	**,733**	,243	0,374	.91
capsi_11	,351	**,673**	,329	0,316	.93
capsi_12	,224	**,692**	,263	0,402	.92
capsi_19	,210	,304	**,496**	0,618	.93
capsi_21	,211	,262	**,767**	0,299	.89
capsi_22	,249	,392	**,709**	0,281	.89
Autovalor	3.886	2.726	1.906		
% varianza	.278	.195	.136	→Σ=.608	
α	.9155	.8537	.7998		

Fuente: Elaboración Propia.

Con esta nueva matriz factorial los tres constructos logran explicar el 60.8% de la varianza, con unicidades inferiores a .50, a excepción de los reactivos 9 y 19, pero tienen a su vez indicadores MSA mayores de .90. Por tanto, para testear si esta solución tiene un buen ajuste factorial, se resolvió con análisis factorial confirmatorio.

-*Análisis factorial confirmatorio.*

La tabla 3 muestra los valores de ajuste del instrumento original con 24 reactivos en cuatro constructos (planteo original de la escala), la versión que quedó luego de haberla

testeado con un análisis factorial exploratoria asumiendo los cuatro constructos y el modelo factorial abreviado con tres constructos. Se encontró que las dos primeras versiones no presentaron buen ajuste, mientras que la versión reducida a 14 fue la que mejores indicadores presentó, lo que justifica la reducción de reactivos y número de constructos vistos en la fase exploratoria.

Tabla 3. Nivel de ajuste de las versiones diseñadas para la escala que mide Capital Psicológico.

MODELOS	**INDICADOR**					
	p-valor	CFI	TLI	AIC	RMSEA	SRMR
Valores esperados	*>.05*	*>.95*	*>.95*	*El menor*	*<.08*	*<.08*
Original*	645.003 (246 gl), p<.001	.887	.873	15774.364	.075	.069
Versión 1**	531.366 (224 gl), p<.001	.909	.897	15024.494	.069	.057
Modelo ***	157.912 (74 gl), p<.001	.965	.957	7781.126	.063	.037

p-valor: prueba de ajuste
CFI: Índice de bondad de ajuste
TLI: Índice de ajuste no normalizado
AIC: Criterio de información de Akaike
RMSEA: Raíz del error cuadrático medio de aproximación
SRMR: Raíz del residuo cuadrático medio

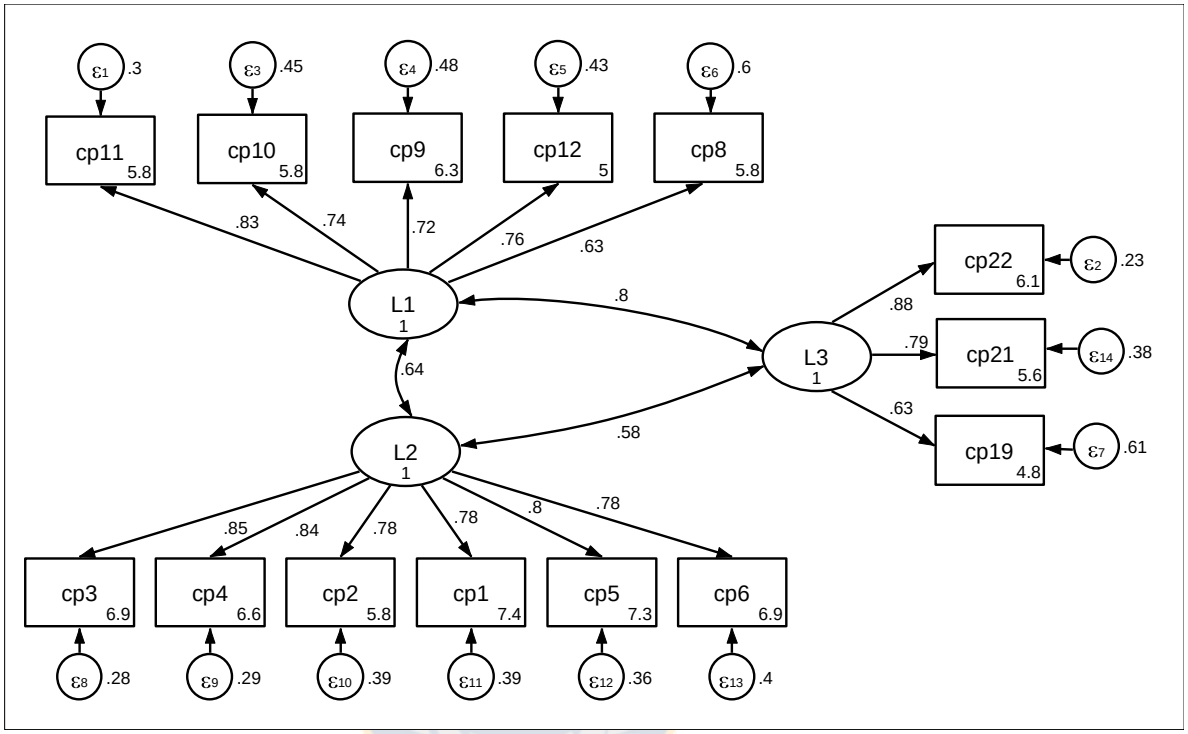
*Escala original con los 24 reactivos agrupados en cuatro constructos

**Escala con 24 reactivos agrupados en cuatro constructos según análisis factorial con muestra local (tabla 1)

*** Escala con 14 reactivos agrupados en tres constructos según análisis factorial con muestra local (tabla 2): Constructo 1: cp11+cp10+cp9+cp12+cp8; Constructo 2: cp3+cp4+cp2+cp1+cp5+cp6; Constructo 3: cp22+cp19+cp21
Fuente: Elaboración Propia.

Por tanto, con ecuaciones estructurales de máxima verosimiltud se llegó a la solución factorial de Capital Psicológico con 14 reactivos en tres constructos:

Figura 1. Solución factorial confirmatoria con 14 reactivos en 3 constructos del Capital Psicológico, con el método de ecuaciones estructurales por máxima verosimilitud



Valores α L1=.8537 // L2=.9155 // L3=.7998

Fuente: Elaboración Propia.

Anexo O: Declaración de Cumplimiento de las Buenas Practicas Clínicas

El investigador que suscribe declara que sus actuaciones están en pleno con la Declaración de Helsinki (1964 y sus modificaciones de 1975, 1983, 1989, 1996, 2000), con las Normas de la "Buena Práctica Clínica" (GCP) establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS,WHO) 1996, la ICH Harmonized Tripartite Guidelines for Good Clinical Practice (1996); por las Normas Éticas Internacionales para las Investigaciones Biomédicas con sujetos humanos (Organización Panamericana de la Salud y por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias médicas (CIOMS), 1996, las Operacional Guidelines for Ethics Committees that review Biomedical Research (WHO), 2000 y por las Regulaciones Nacionales (LEY N° 19628 sobre "Protección de la vida privada o protección de datos de carácter personal", Publicada en el Diario Oficial de 28 de agosto de 1999, Norma Técnica Número 57 del 4 de junio del 2001, del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile: "Regulación de la Ejecución de Ensayos Clínicos que utilizan Productos Farmacéuticos en Seres Humano"; Ley 20.120 y su Reglamento sobre " La investigación científica en el Ser Humano, su Genoma, y prohíbe la clonación Humana" y la Ley 20.584 de título "Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a sus atención de salud", y en vigencia desde el 01.10.2012 párrafo N° 7)

Carolina Luengo Martínez
Enfermera Mg Salud Pública
Académica Departamento Enfermería UBB
Chillán, Agosto de 2015.

Anexo P: Declaración de Singapur Sobre la Integridad en la Investigación

Preámbulo

El valor y los beneficios de la investigación dependen sustancialmente de la integridad con la que esta se lleva a cabo. Aunque existan diferencias entre países y entre disciplinas en el modo de organizar y llevar a cabo las investigaciones, existen también principios y responsabilidades profesionales que son fundamentales para la integridad en la investigación, donde sea que esta se realice.

Principios

Honestidad en todos los aspectos de la investigación

Responsabilidad en la ejecución de la investigación

Cortesía profesional e imparcialidad en las relaciones laborales

Buena gestión de la investigación en nombre de otros

Responsabilidades

1. Integridad: Los investigadores deberían hacerse responsables de la honradez de sus investigaciones.

2. Cumplimiento de las normas: Los investigadores deberían tener conocimiento de las normas y políticas relacionadas con la investigación y cumplirlas.

3. Métodos de investigación: Los investigadores deberían aplicar métodos adecuados, basar sus conclusiones en un análisis crítico de la evidencia e informar sus resultados e interpretaciones de manera completa y objetiva.

4. Documentación de la investigación: Los investigadores deberían mantener una documentación clara y precisa de toda la investigación, de manera que otros puedan verificar y reproducir sus trabajos.

5. Resultados de la investigación: Los investigadores deberían compartir datos y resultados de forma abierta y sin demora, apenas hayan establecido la prioridad sobre su uso y la propiedad sobre ellos.

6. Autoría: Los investigadores deberían asumir la responsabilidad por sus contribuciones a todas las publicaciones, solicitudes de financiamiento, informes y otras

formas de presentar su investigación. En las listas de autores deben figurar todos aquellos que cumplan con los criterios aplicables de autoría y solo ellos.

7. Reconocimientos en las publicaciones: Los investigadores deberían mencionaren las publicaciones los nombres y funciones de aquellas personas que hubieran hecho aportes significativos a la investigación, incluyendo redactores, patrocinadores y otros que no cumplan con los criterios de autoría.

8. Revisión por pares: Al evaluar el trabajo de otros, los investigadores deberían brindar evaluaciones imparciales, rápidas y rigurosas y respetar la confidencialidad.

9. Conflictos de intereses: Los investigadores deberían revelar cualquier conflicto de intereses, ya sea económico o de otra índole, que comprometiera la confiabilidad de su trabajo, en propuestas de investigación, publicaciones y comunicaciones públicas, así como en cualquier actividad de evaluación.

10. Comunicación pública: Al participar en debates públicos acerca de la aplicación e importancia de resultados de cierta investigación, los investigadores deberían limitar sus comentarios profesionales a las áreas de especialización en las que son reconocidos y hacer una clara distinción entre los comentarios profesionales y las opiniones basadas en visiones personales.

11. Denuncia de prácticas irresponsables en la investigación: Los investigadores deberían informar a las autoridades correspondientes acerca de cualquier sospecha de conducta inapropiada en la investigación, incluyendo la fabricación, falsificación, plagio u otras prácticas irresponsables que comprometan su confiabilidad, como la negligencia, el listado incorrecto de tutores, la falta de información acerca de datos contradictorios, o el uso de métodos analíticos engañosos.

12. Respuesta a prácticas irresponsables en la investigación: Las instituciones de investigación, las revistas, organizaciones y agencias profesionales que tengan compromisos con la investigación deberían contar con procedimientos para responder a acusaciones de falta de ética u otras prácticas irresponsables en la investigación así como para proteger a aquellos que de buena fe denuncien tal comportamiento. De confirmarse una conducta profesional inadecuada u otro tipo de práctica irresponsable en la

investigación, deberían tomarse las acciones apropiadas inmediatamente, incluyendo la corrección de la documentación de la investigación.

13. Ambiente para la investigación: Las instituciones de investigación deberían crear y mantener condiciones que promuevan la integridad a través de la educación, políticas claras y estándares razonables para el avance de la investigación, mientras fomentan un ambiente laboral que incluya la integridad.

14. Consideraciones sociales: Los investigadores y las instituciones de investigación deberían reconocer que tienen la obligación ética de sopesar los beneficios sociales respecto de los riesgos inherentes a su trabajo.

La Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación fue elaborada en el marco de la 2a Conferencia Mundial sobre Integridad en la Investigación, 21-24 de julio de 2010, en Singapur, como una guía global para la conducta responsable en la investigación.

Este no es un documento regulador ni representa las políticas oficiales de los países y organizaciones que financiaron y/o participaron en la Conferencia. Para acceder a las políticas, lineamientos y regulaciones oficiales relacionadas con la integridad en la investigación, debe consultarse a los órganos y organizaciones nacionales correspondientes.

Anexo Q: Aprobación Investigación Comité Ético- Científico de la Facultad de Enfermería de la UDEC

FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO

Concepción, Enero, 27, de 2016

Ref: Resolución N° 009-16

Sra.
Carolina Luengo Martínez
Investigadora Responsable
Facultad de Enfermería
Presente

De mi consideración,

Junto con saludarle, la presente es para informarle acerca de la evaluación de su Proyecto de Investigación, titulado "Influencia de las condiciones de trabajo, profesionalismo y capital psicológico sobre la percepción de la calidad del cuidado que entrega el profesional de Enfermería, en hospitales de alta complejidad, Chile, 2016", enviado al Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermeria de la Universidad de Concepción:

En relación al Protocolo de investigación:

Con respecto al título: la percepción que se estudiará es del profesional, por lo que allí debiera mencionarse como "en la percepción del profesional de Enfermería sobre la calidad del cuidado que entrega…"

En cuanto al protocolo en general:
Presenta un protocolo claro, detallado y completo.
En cuanto al valor de la Investigación: Justifica claramente su realización, es importante y aporta al conocimiento científico de la disciplina de Enfermeria. Considera la relación costo beneficio social del estudio.
En relación al diseño metodológico y la validez científica: La metodología propuesta es adecuada y garantiza la obtención de resultados válidos, así como garantiza que se cumplirán los objetivos planteados. Está bien definido el problema al que se quiere dar respuesta con el estudio.
Tiene un respaldo teórico consistente, actualizado y relacionado con los aspectos centrales del estudio. Cuenta con una revisión bibliográfica suficiente, actualizada, relacionada con el tema. Están claramente formulados los objetivos. La muestra es adecuada para asegurar resultados científicamente válidos. Se especifica la forma como se analizará la información.
En relación a los riesgos y beneficios potenciales, no expone a pacientes a riesgos, son más los beneficios que se pueden obtener de los resultados y se compromete a resguardar el anonimato y confidencialidad. Las personas seleccionadas se relacionan con la interrogante científica y no con grupos vulnerables. Describe de manera satisfactoria las razones de inclusión y/o exclusión. Describe satisfactoriamente los siete principios éticos de Ezequiel Emanuel.
El equipo investigador es idóneo.
Se menciona de qué forma se va a obtener el Consentimiento Informado, está integrado el Formato de Consentimiento Informado.

En cuanto al documento de Consentimiento Informado: Está redactado de manera clara, en un lenguaje de fácil comprensión, menciona la Institución que lo realiza, menciona el nombre del investigador a cargo del estudio, explica de manera clara el por qué se realiza el

Por el desarrollo libre del espíritu
CEC- Facultad de Enfermería · Fono (56-41) 2207065· Ciudad Universitaria · Concepción·
mail: agayoso@udec.cl

estudio, explicando claramente los objetivos del mismo. Explica de manera clara en que consiste la participación de los encuestados, explicando los beneficios directos para los participantes. Informa la duración del estudio, explicando de manera clara que la participación es voluntaria, mencionando que el /la participante ha dado su consentimiento voluntariamente y que puede retirarse del estudio cuando así lo desee, mencionando que la información obtenida solo será usada para el estudio indicado y no para otros estudios. Contiene los nombres, RUT y datos de contacto del investigador a cargo así como los datos de cómo y a quien contactar del Comité Ético Científico que lo aprobó.
Faltan los espacios para nombre, RUT, fecha y firma del sujeto de investigación y testigo.

En base a lo anterior, la conclusión de la evaluación de su Protocolo de Investigación es: ACEPTADO.

Dra. Olivia Sanhueza Alvarado
Presidenta Comité Ético Científico
Facultad de Enfermería
Universidad de Concepción

UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO FACULTAD DE ENFERMERÍA

cc: Dra. Alide Salazar .: Directora (s) Programa Doctorado en Enfermería
Archivo Comité Ético Científico Facultad Enfermería, 2016.

Anexo R: Aprobación Investigación Comité Ético- Científico Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán

Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

CEO/msi

ORD N° 115 29-02-16

ANT: Solicitud de Investigación N° 227

MAT: Respuesta del CEC.

CHILLAN,

A: CAROLINA LUENGO MARTINEZ
ACADÉMICO ESCUELA DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DEL BIO BIO

Me permito comunicarles a ustedes, que el Comité Ético Científico (CEC) del Hospital Clínico Herminda Martin, teniendo a la vista los antecedentes presentados para realizar la investigación: **"Influencia de las condiciones de trabajo, profesionalismo y capital psicológico sobre la percepción de la calidad del cuidado que entrega el profesional de enfermería, en Hospitales de alta complejidad, Chile, 2016"**, registrado internamente con el **N° 227** a concluido lo siguiente.

1. La recepción conforme de los cambios y complementos solicitados.
2. El aporte del estudio al conocimiento y a la investigación científica.
3. La aprobación del estudio propuesto por el Comité Ético Científico (CEC) del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán. Haciendo fe del buen uso de la información recopilada y resguardando la confidencialidad de los datos extraídos.

Por lo anterior, esta Dirección autoriza la iniciación de las actividades que competen a la investigación. Por su parte antes de aplicar las encuestas y el consentimiento informado están deberán estar foliados y recibir el timbre de validación en le secretaria del CEC. **Los resultados de la investigación deberán enviarse formalmente al Comité, así como también el informe final.**

Sin otro particular y deseando los mejores resultados en su trabajo, le saluda atentamente

HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTIN DIRECTOR CHILLAN

DR. RODRIGO AVENDAÑO BRANDEIS
DIRECTOR
HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTIN

Distribución
N° interno 11.- SDM, OCAD – CEC HCHM Of.de Partes.

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO http://hospitadechillan.cl/web/comite-etico-cientifico www.hospitaldechillan.cl
mirtha.soto@redsalud.gov.cl Fono 427431 Red Minsal 587431

Anexo S: Aprobación Investigación Comité Ético-científico Servicio Salud Maule

Servicio de Salud Maule
Comité Ético Científico

DOCUMENTO DE EVALUACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Con fecha10 de Marzo de 2016, el Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Maule, evaluó y aprobó el proyecto **"Influencia de las condiciones de trabajo, profesionalismo y capital psicológico sobre la percepción de la calidad del cuidado que entrega el profesional de enfermería, en hospitales de alta complejidad de Chile"** de la investigadora Carolina Luengo Martínez y que se realizará en hospitales de la región del Maule.

Se analizaron los siguientes documentos:

1. Protocolo del proyecto de investigación.
2. Consentimiento Informado.

Se tuvieron en cuenta los siguientes documentos:

1. Curriculum Vitae del investigador.
2. Documento del investigador en que certifica conocer y respetar la Ley 20.120 y Ley 20.584, la declaración de Helsinski y las pautas éticas internacionales para la investigación en seres humanos (CIOMS).

SERVICIO SALUD DEL MAULE - COMITE ETICA CIENTIFICO - DIRECCION SERVICIO SALUD

Dra. Bola Blanco
Presidente Comité Ética-Científico
Servicio de Salud Maule

Anexo T: Aprobación Investigación Comité Ético- Científico Servicio Salud Bío Bío

Comité Ético Científico
Servicio Salud Biobío

Nº: 3

Ref.: Respuesta Solicitud de Aprobación Protocolo ***"Influencia de las condiciones de trabajo, profesionalismo y capital psicológico sobre la percepción en la calidad del cuidado que entrega el profesional de enfermería en hospitales de alta complejidad de Chile 2016".***

LOS ANGELES, 19 de febrero de 2016.

A: Investigador Principal Sra. Carolina Luengo

PRESENTE.

Estimado Investigador:

El Comité Ético Científico del Servicio de Salud Biobío, en su Sesión Nº4 de 18.02.2016 ha analizado los antecedentes remitidos por usted en relación a solicitud de aprobación protocolo denominado: ***"Influencia de las condiciones de trabajo, profesionalismo y capital psicológico sobre la percepción en la calidad del cuidado que entrega el profesional de enfermería en hospitales de alta complejidad de Chile 2016"*** y resuelto lo siguiente:

1. **Valor del estudio**: ALTO, es importante ya que se lograría obtener información que contribuiría a un área poco abordada como es el estudio de la calidad del cuidado de enfermería.
2. **Validez científica**: el estudio está bien planteado con metodología adecuada a esta tipo de investigaciones.
3. **Discriminación arbitraria**: No existe, la selección de sujetos a encuestar se relaciona directamente con la temática de la investigación.
4. **Relación riesgo-beneficio:** No existe riesgo porque la participación de los sujetos de investigación en voluntaria y la respuesta de la encuesta beneficiará con aporte en materia de calidad del cuidado de enfermería.
5. **Consentimiento informado**: Se acepta documento por contener una explicación clara de los derechos del sujeto pasivo de la investigación.

EN CONSECUENCIA,

Teniendo presente lo relevante del estudio para nuestra realidad local, este Comité ha resuelto aprobar la realización del protocolo de investigación antes mencionado.

Sin otro particular les saluda muy atentamente

DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD BIO BIO
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
LOS ANGELES

MARIELA DIAZ SERRA
PRESIDENTA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

DISTRIBUCION:

-Interesado
-Archivo.

Anexo U: Consentimiento Informado Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán

Universidad de Concepción

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Influencia de las Condiciones de Trabajo, Profesionalismo y Capital Psicológico sobre la percepción de la Calidad del Cuidado que entrega el Profesional de Enfermería, en Hospitales de alta complejidad. Chile, 2016

Estimada/o Colega:

Mi nombre es Carolina Luengo Martínez, Enfermera Mg en Salud Pública y candidata a Doctor en Enfermería de la Universidad de Concepción.

Se está interesado, en medir la calidad del cuidado de enfermería desde otra perspectiva no sólo considerando indicadores numéricos sino aquellos aspectos más subjetivos del cuidado, conocer las condiciones de trabajo ambientales y psicosociales en que el profesional de enfermería desarrolla su quehacer diario, su sentido de profesionalismo y el capital psicológico, que representa los recursos personales necesarios para poder afrontar las demandas y exigencias de sus actividades, tomar decisiones ante las vicisitudes diarias y entregar un cuidado de calidad.

Es así como el propósito del estudio es determinar la influencia de las condiciones de trabajo, el profesionalismo y el capital psicológico del profesional de enfermería sobre su percepción de la calidad del cuidado que entrega en hospitales de alta complejidad.

Para este estudio se considerará a todo profesional de enfermería que trabaje en el CR de medicina, cirugía, urgencia y especialidades médicas y quirurgicas al cual se le aplicará las encuestas.

La participación es voluntaria y de la misma forma, puede retirarse de este estudio, al ser así se destruirá el cuestionario. Negarse a participar no afecta en nada su actividad laboral. Usted no tendrá que hacer ningún costo monetario. Sin embargo, no está contemplado ningún tipo de contribución monetaria para usted al participar en el estudio.

El tiempo estimado de la encuesta es de 25 minutos, la información que usted entregará será manejada sólo por la investigadora principal, bajo absoluta confidencialidad, antes, durante y después de aplicadas las encuestas. Los datos serán almacenados en archivos bajo llave y los registros electrónicos serán protegidos con contraseña, por un periodo indefinido.. Los datos sólo serán usados para efectos de la investigación .

Además de usted, en este estudio multicentrico nacional participarán alrededor de 260 profesionales de enfermería que se desempeñan en los CR antes mencionados.
No es necesario que escriba su nombre o algún dato de identificación en el **cuestionario** , el cual tendrá un código por lo que cada profesional de enfermería no podrá ser identificado o relacionado con los registros.

Los resultados de este estudio serán publicados en revistas de corriente principal, conservando el anonimato de las personas e instituciones que participen del estudio.

Su participación en la investigación es muy importante y se espera que los resultados, permitan la comprensión del fenómeno de estudio, el cual pretende ser un aporte para la salud pública, la disciplina y la práctica profesional de enfermería.
Si usted, desea recibir mayor información acerca del estudio, por favor contáctese al teléfono 977048761 o al correo: caroluengo@gmail.com
Ante alguna irregularidad de esta investigación puede dirigirse al Comité de Ética Científico del Hospital Clínico Herminda Martín y contactarse a:
Dr. Carlos Escudero, Pdte. Comité Etico Cientifico, Hospital Clínico Herminda Martin Ñuble, Teléfono: (+56 2) 2528138 | Anexo: 428138, Correo: carlos.escudero.o@redsalud.gob.cl

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación en este estudio, puede, si así lo desea firmar el consentimiento. Este documento se firma en dos ejemplares con el mismo tenor, uno para usted y otro para archivo del proyecto.

Yo, (escriba su nombre con letra clara) _____en mi propia voluntad (después de recibir la información necesaria y de aclarar todas mis dudas, acepto colaborar en el estudio

RUT: _____ FIRMA: _____FECHA: _____

Investigador Responsable FIRMA:_____FECHA:_____

Comité de Bioética FIRMA: _____FECHA:_____

Anexo V: Consentimiento Informado Hospital Regional de Talca Dr. Cesar Garavagno Burotto

Universidad de Concepción

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UNA INVESTIGACIÓN

Titulo del proyecto de investigación **:** *Influencia de las Condiciones de Trabajo, Profesionalismo y Capital Psicológico sobre la percepción de la Calidad del Cuidado que entrega el Profesional de Enfermería, en Hospitales de alta complejidad. Chile, 2016*

Investigador principal: CAROLINA ELENA LUENGO MARTINEZ , Enfermera, Mg en Salud Pública. Dra. © en Enfermería . Becaria CONICYT Rut: 13378989-8
Teléfono de contacto: 977048761 **Mail:** caroluengo@gmail.com

Instituciones participantes del estudio: Universidad de Concepción

Estimada/o colega, a usted se le esta invitando a participar en esta investigación en Enfermería. Antes de decidir si quiere participar en este estudio , debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados:

1. **Objetivos del estudio:** a usted se le esta invitando a participar en este proyecto de investigación el cual pertenece a una tesis, para obtener el grado de Doctor en Enfermería de la Universidad de Concepción y su objetivo es:
   - Determinar la influencia de las condiciones de trabajo, el profesionalismo y el capital psicológico del profesional de enfermería sobre su percepción de la calidad del cuidado que entrega en hospitales de alta complejidad en Chile.

2. **Beneficios del estudio:** los beneficios que se obtendrán de este estudio, es información nueva y relevante que se generara, al evaluar la calidad del cuidado de enfermería desde otra perspectiva no sólo considerando indicadores numéricos sino aquellos aspectos más subjetivos del cuidado, conocer las condiciones de trabajo ambientales y psicosociales en que el profesional de enfermería desarrolla su quehacer diario, su sentido de profesionalismo y el capital psicológico,

que representa los recursos personales necesarios para poder afrontar las demandas y exigencias de sus actividades, tomar decisiones ante las vicisitudes diarias y entregar un cuidado de calidad. La cual contribuirá a orientar , hacia estrategias de mejora , que beneficciarían al usuario y al propio profesional de enfermería.

3. **Procedimiento del estudio:** Posterior a su aceptacion a participar, se le entregara un cuestionario, el cual debe contestar completamente y cuyo tiempo de respuesta es aproximadamente 25 minutos. En el cual se le consultaran aspectos sobre usted, sobre su salud, sus condiciones de trabajo, profesionalismo , Capital Psicologico y Calidad del Cuidado de enfermería. Este proyecto cuenta con la aprobación del comité Ético Científico de la Universidad de Concepción y el comité Ético Científico de cada uno de los establecimientos participantes

4. **Riesgos asociados con la investigación:** Este estudio se plantea con un mínimo riesgo para sus participantes ya que no contempla mediciones invasivas, administración de medicamentos u otras intervenciones.

5. **Aclaraciones:**

- La participación es voluntaria y de la misma forma, puede retirarse de este estudio, al ser así se destruirá el cuestionario. Negarse a participar no afecta en nada su actividad laboral.
- Usted no tendrá que hacer ningún costo monetario. Sin embargo, no está contemplado ningún tipo de contribución monetaria para usted al participar en el estudio.
- Además de usted, en este estudio multicentrico nacional participarán alrededor de 260 profesionales de enfermería que se desempeñan en los Centros de Responsabilidad de medicina, cirugía, urgencia , especialidades medicas.
- La información que usted entregará será manejada sólo por la investigadora principal, bajo absoluta confidencialidad, antes, durante y después de aplicadas las encuestas.
- Los datos serán almacenados en archivos bajo llave y los registros electrónicos serán protegidos con contraseña, por un periodo indefinido.
- El investigador principal es el custodio de la información y la tendrá bajo reguardo con clave, por un período indefinido.
- Los resultados de este estudio serán publicados en revistas de corriente principal, conservando el anonimato de las personas e instituciones que participen del estudio
- Recibirá copia de este consentimiento informado.

- Su participación en la investigación es muy importante y se espera que los resultados, permitan la comprensión del fenómeno de estudio, el cual pretende ser un aporte para la salud pública, la disciplina y la práctica profesional de enfermería

- Si usted, desea recibir mayor información acerca del estudio, por favor contáctese al teléfono 977048761 o al correo: caroluengo@gmail.com. Ante alguna irregularidad de esta investigación puede dirigirse al Comité de Ética Científico del Servicio Salud Maule y contactarse con Dra Bella Blanco Pdte. Comité Etico Cientifico, SSMaule, Correo: eticacientifico@ssmaule.cl

Si considera que no hay dudas ni consultas, puede si así lo desea , firmar la Carta de Consentimiento informado que forma parte de este documento.

6. Carta de Consentimiento Informado:

Yo, (escriba su nombre con letra clara) _____ he leido y comprendido la información anterior y he aclararado todas mis dudas . He sido informado de todo los procesos que se realizarán en la presente investigación, a los cuales entregaré información fidedigna. He sido informado/a y comprendo que los datos pueden ser publicados y/o difundidos con fines científicos , manteniendo la confidencialidad de ellos. Por lo tanto y en mi propia voluntad

ACEPTO colaborar _____ RECHAZO colaborar_____

En el estudio: *Influencia de las Condiciones de Trabajo, Profesionalismo y Capital Psicológico sobre la percepción de la Calidad del Cuidado que entrega el Profesional de Enfermería, en Hospitales de alta complejidad. Chile, 2016*

RUT:_____FIRMA:_____FECHA: _____

Investigador Responsable: Carolina Luengo M. FIRMA:_____

FECHA:_____

Anexo W: Consentimiento Informado Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruíz Los Ángeles

Universidad de Concepción

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Influencia de las Condiciones de Trabajo, Profesionalismo y Capital Psicológico sobre la percepción de la Calidad del Cuidado que entrega el Profesional de Enfermería, en Hospitales de alta complejidad. Chile, 2016

Estimada/o Colega:

Mi nombre es Carolina Luengo Martínez, Enfermera Mg en Salud Pública y candidata a Doctor en Enfermería de la Universidad de Concepción.

Se está interesado, en medir la calidad del cuidado de enfermería desde otra perspectiva no sólo considerando indicadores numéricos sino aquellos aspectos más subjetivos del cuidado, conocer las condiciones de trabajo ambientales y psicosociales en que el profesional de enfermería desarrolla su quehacer diario, su sentido de profesionalismo y el capital psicológico, que representa los recursos personales necesarios para poder afrontar las demandas y exigencias de sus actividades, tomar decisiones ante las vicisitudes diarias y entregar un cuidado de calidad.

Es así como el propósito del estudio es determinar la influencia de las condiciones de trabajo, el profesionalismo y el capital psicológico del profesional de enfermería sobre su percepción de la calidad del cuidado que entrega en hospitales de alta complejidad.

Para este estudio se considerará a todo profesional de enfermería que trabaje en el CR de medicina, cirugía, urgencia , neurología y especialidad quirúrgica (traumatología, urología, neurocirugía, neurología) al cual se le aplicará las encuestas.

La participación es voluntaria y de la misma forma, puede retirarse de este estudio en cualquier momento, al ser así se destruirá el cuestionario. Negarse a participar no afecta en nada su actividad laboral. Usted no tendrá que hacer ningún costo monetario. Sin embargo, no está contemplado ningún tipo de contribución monetaria para usted al participar en el estudio.

El tiempo estimado de la encuesta es de 25 minutos, la información que usted entregará será manejada sólo por la investigadora principal, bajo absoluta confidencialidad, antes, durante y después de aplicadas las encuestas. Los datos serán almacenados en archivos bajo llave y los registros electrónicos serán protegidos con contraseña, por un periodo indefinido.. Los datos sólo serán usados para efectos de la investigación .

Además de usted, en este estudio multicentrico nacional participarán alrededor de 260 profesionales de enfermería que se desempeñan en los CR antes mencionados.
No es necesario que escriba su nombre o algún dato de identificación en el cuestionario, el cual tendrá un código por lo que cada profesional de enfermería no podrá ser identificado o relacionado con los registros.

Esta investigación esta patrocinada por el Departamento de Enfermería de la Universidad del Bío Bío, Facultad de Enfermería , Universidad de Concepción, CONICYT Doctorado Nacional.
Los resultados de este estudio serán publicados en revistas de corriente principal, conservando el anonimato de las personas e instituciones que participen del estudio.

Su participación en la investigación es muy importante y se espera que los resultados, permitan la comprensión del fenómeno de estudio, el cual pretende ser un aporte para la salud pública, la disciplina y la práctica profesional de enfermería.
Si usted, desea recibir mayor información acerca del estudio, por favor contáctese al teléfono 977048761 o al correo: caroluengo@gmail.com
Ante alguna irregularidad de esta investigación puede dirigirse al Comité de Ética Científico del Servicio Salud Bío Bío a: Sra Mariela Díaz Serra, Pdte. Comité Etico Cientifico, SSBB, Correo: cec@ssbiobio.cl
Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación en este estudio, puede, si así lo desea firmar el consentimiento. Este documento se firma en dos ejemplares con el mismo tenor, uno para usted y otro para archivo del proyecto.

Yo, (escriba su nombre con letra clara) _____en mi propia voluntad (después de recibir la información necesaria y de aclarar todas mis dudas, acepto colaborar en el estudio

RUT: _____ FIRMA: _____FECHA: _____

Investigador Responsable _____FIRMA:_____ FECHA:_____

Anexo X: Consentimiento Informado Hospital de San Carlos

Universidad de Concepción

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UNA INVESTIGACIÓN

Titulo del proyecto de investigación **:** *Influencia de las Condiciones de Trabajo, Profesionalismo y Capital Psicológico sobre la percepción de la Calidad del Cuidado que entrega el Profesional de Enfermería, en Hospitales de alta complejidad. Chile, 2016*

Investigador principal: CAROLINA ELENA LUENGO MARTINEZ , Enfermera, Mg en Salud Pública. Dra. © en Enfermería . Becaria CONICYT Rut: 13378989-8
Teléfono de contacto: 977048761 **Mail:** caroluengo@gmail.com

Instituciones participantes del estudio: Universidad de Concepción

Estimada/o colega, a usted se le esta invitando a participar en esta investigación en Enfermería. Antes de decidir si quiere participar en este estudio , debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados:

7. **Objetivos del estudio:** a usted se le esta invitando a participar en este proyecto de investigación el cual pertenece a una tesis, para obtener el grado de Doctor en Enfermería de la Universidad de Concepción y su objetivo es:
   - Determinar la influencia de las condiciones de trabajo, el profesionalismo y el capital psicológico del profesional de enfermería sobre su percepción de la calidad del cuidado que entrega en hospitales de alta complejidad en Chile.

8. **Beneficios del estudio:** los beneficios que se obtendrán de este estudio, es información nueva y relevante que se generara, al evaluar la calidad del cuidado de enfermería desde otra perspectiva no sólo considerando indicadores numéricos sino aquellos aspectos más subjetivos del cuidado, conocer las condiciones de trabajo ambientales y psicosociales en que el profesional de enfermería desarrolla su quehacer diario, su sentido de profesionalismo y el capital psicológico, que representa los recursos personales necesarios para poder afrontar

las demandas y exigencias de sus actividades, tomar decisiones ante las vicisitudes diarias y entregar un cuidado de calidad. La cual contribuirá a orientar , hacia estrategias de mejora , que beneficciarían al usuario y al propio profesional de enfermería.

9. **Procedimiento del estudio:** Posterior a su aceptacion a participar, se le entregara un cuestionario, el cual debe contestar completamente y cuyo tiempo de respuesta es aproximadamente 25 minutos. En el cual se le consultaran aspectos sobre usted, sobre su salud, sus condiciones de trabajo, profesionalismo , Capital Psicologico y Calidad del Cuidado de enfermería. Este proyecto cuenta con la aprobación del comité Ético Científico de la Universidad de Concepción y el comité Ético Científico de cada uno de los establecimientos participantes

10. **Riesgos asociados con la investigación:** Este estudio se plantea con un mínimo riesgo para sus participantes ya que no contempla mediciones invasivas, administración de medicamentos u otras intervenciones.

11. **Aclaraciones:**

- La participación es voluntaria y de la misma forma, puede retirarse de este estudio, al ser así se destruirá el cuestionario. Negarse a participar no afecta en nada su actividad laboral.
- Usted no tendrá que hacer ningún costo monetario. Sin embargo, no está contemplado ningún tipo de contribución monetaria para usted al participar en el estudio.
- Además de usted, en este estudio multicentrico nacional participarán alrededor de 260 profesionales de enfermería que se desempeñan en los Centros de Responsabilidad de medicina, cirugía, urgencia , especialidades medicas.
- La información que usted entregará será manejada sólo por la investigadora principal, bajo absoluta confidencialidad, antes, durante y después de aplicadas las encuestas.
- Los datos serán almacenados en archivos bajo llave y los registros electrónicos serán protegidos con contraseña, por un periodo indefinido.
- El investigador principal es el custodio de la información y la tendrá bajo reguardo con clave, por un período indefinido.
- Los resultados de este estudio serán publicados en revistas de corriente principal, conservando el anonimato de las personas e instituciones que participen del estudio
- Recibirá copia de este consentimiento informado.

- Su participación en la investigación es muy importante y se espera que los resultados, permitan la comprensión del fenómeno de estudio, el cual pretende ser un aporte para la salud pública, la disciplina y la práctica profesional de enfermería

- Si usted, desea recibir mayor información acerca del estudio, por favor contáctese al teléfono +56977048761 o al correo: caroluengo@gmail.com.

Si considera que no hay dudas ni consultas, puede si así lo desea , firmar la Carta de Consentimiento informado que forma parte de este documento.

12. Carta de Consentimiento Informado:

Yo, (escriba su nombre con letra clara) _____ he leido y comprendido la información anterior y he aclararado todas mis dudas . He sido informado de todo los procesos que se realizarán en la presente investigación, a los cuales entregaré información fidedigna. He sido informado/a y comprendo que los datos pueden ser publicados y/o difundidos con fines científicos , manteniendo la confidencialidad de ellos. Por lo tanto y en mi propia voluntad

ACEPTO colaborar _____ RECHAZO colaborar_____

En el estudio: *Influencia de las Condiciones de Trabajo, Profesionalismo y Capital Psicológico sobre la percepción de la Calidad del Cuidado que entrega el Profesional de Enfermería, en Hospitales de alta complejidad. Chile, 2016*

RUT:_____FIRMA:_____FECHA: _____

Investigador Responsable: Carolina Luengo M. FIRMA:_____

FECHA:_____

Anexo Y : Justificación del análisis estadístico.

Los datos generales de la muestra fueron descritos con media y desviación estándar para variables cuantitativas y frecuencias observadas con sus respectivos porcentajes en las de tipo cualitativas.

Se describió la conformación de los constructos del instrumento con análisis factorial exploratorio según el método de máxima verosimilitud y rotación varimax. Se evaluó la factibilidad de ejecutar el análisis factorial exploratorio con la prueba de esfericidad de Bartlet y el coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Los constructos extraídos obedecen a la aplicación de tres criterio: a) Autovalor superior a 1,00, b) método gráfico codo y c) varianza explicada (60% o más). La solución factorial debe incluir al menos tres ítems por constructo.

Luego de conocer la cantidad de constructos que contiene el instrumento, se aplicó Análisis Factorial Confirmatorio para evaluar si los ítems correlacionan adecuadamente los constructos, el nivel de relación entre dichos constructos, la magnitud de los errores de medida y el ajuste global del modelo especificado a los datos muestrales. Se empleó el modelo de ecuaciones estructurales (del inglés: Structural Equation Model, SEM), con el método de máxima verosimilitud. Todas las estimaciones se muestran como valores estandarizados. Máxima verosimilitud permite el cálculo de una amplia gama de índices sobre la bondad de ajuste del modelo, aunque, en contrapartida, exige que los datos cumplan la hipótesis de normalidad multivariante [(356)], supuesto poco realista en psicología, no obstante para minimizar el riesgo de contar con datos no normales, se recomienda usar este método si los reactivos tienen un número suficiente de categorías de respuesta (5 o más) [(357)], situación con que cuentan todas las escalas testeadas en este análisis. Ahora, el potencial hecho de que se incumpla este supuesto no impide que se puedan utilizar este método con la idea exclusiva de obtener el mejor ajuste [(358)].

Existe evidencia de validez por análisis factorial confirmatorio cuando se acepta la hipótesis nula que plantea que la diferencia entre la matriz de varianza-covarianza observada en la muestra y la estimada por el modelo estructural es igual a cero. El nivel

de significación de esta prueba en este estudio fue de 0,05. Dada que esta prueba de hipótesis se basa en el tamaño muestral, también son pruebas de validez confirmatoria los siguientes indicadores de validez: Índice de Bondad de Ajuste (GFI >0,95), Índice Ajustado de Bondad de ajuste (AGFI >0,95), Raíz del Residuo Cuadrático Medio (RMSR)<0,08), Raíz del Error Cuadrático Medio de Aproximación (RMRSEA)<0,08), Índice de Ajuste Normalizado (NFI>0,95), Índice de Ajuste No Normalizado (NNFI>0,95), Índice de Ajuste Comparativo (CFI>0,95), el Criterio de información de Akaike y el Criterio de información bayesiano, ambos con el valor más pequeño entre dos soluciones factoriales, es mejor [359, 360, 361] .

Los valores medios del puntaje de las dimensiones que quedaron validadas con los procedimientos anteriormente descritos se compararon en dos grupos independientes con la prueba U de Mann-Whitney, mientras que si se compararon entre tres o más grupos, se aplicó la prueba H de Kruskal-Wallus (se aplicaron estas pruebas porque todos los puntajes medios provienen de la suma de respuestas en escala ordinal tipo Likert, cuyos datos no siguen distribución normal, probado con el test de Kolmogorov-Smirnov, con adecuación de Lilliefors). Para estudiar la correlación entre variables cunatitativas, se recurrió al coeficiente de correlación rho de Spearman.

Con el objetivo de estudiar la asociación de variables independientes con la calidad del cuidado percibido, se aplicó regresión lineal múltiple con correlaciones parciales (el valor obtenido indica la correlación de la variable independiente con la dependiente eliminando el efecto del resto de las variables independientes) y ecuaciones estructurales.

Los datos fueron analizados con el software de programación R 3.2.2 y el programa estadístico Stata 13.0.