



UNIVERSIDAD
DE ATACAMA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.

**FACTORES PSICOSOCIALES E INTERFERENCIA
TRABAJO-FAMILIA EN ENFERMEROS Y TÉCNICOS EN
ENFERMERÍA DE NIVEL SUPERIOR DEL SISTEMA DE
SALUD CHILENO.**

Seminario para optar al grado académico de Licenciado en Enfermería.

Profesores guía:

Pablo Castro.

Aldo Vera.

Maria José Casabonne.

Catalina Rojas Morales.

Joshua Muñoz Zepeda.

Copiapó, Chile 2023.

Índice de contenido.

Capítulo I: Marco introductorio.	6
Capítulo II: Marco teórico.	8
1. Trabajo.	8
1.1 Definición conceptual.	8
2. El trabajo y los factores psicosociales.	8
2.1 Riesgos psicosociales.	8
3. Regulación, ley sobre riesgos psicosociales.	9
3.1 Regulaciones sobre condiciones psicosociales.	9
3.2 Procesos de trabajo y ámbitos de desempeño.	10
4. Trabajadores de salud: Enfermería y Técnicos en Enfermería de nivel superior. 10	
4.1 Trabajo, demandas y desafíos de los profesionales de enfermería y Técnicos en Enfermería de nivel superior.	10
4.2 Condiciones laborales propias de la naturaleza del trabajo de Enfermería y Técnicos en Enfermería de nivel superior.	11
5. Modelos que explican las condiciones psicosociales.	13
5.1 Modelo de Karasek sobre contenidos del puesto de trabajo (JCQ Test)	13
5.2 Modelo equilibrio esfuerzo recompensa (ERI Test).	14
5.3 C. ISTAS 21 Test.	15
6. Interferencia trabajo - familia.	17
6.1 Concepto y definición.	17
6.2 Instrumentos de medición de la interferencia trabajo- familia.	17
Capítulo III: Marco empírico.	19
Capítulo IV: Modelo de enfermería.	30
Modelo de adaptación de Callista Roy.	30
a. Definición.	30
b. Componentes.	31
c. Objetivo del modelo.	31
d. Uso del modelo de enfermería de Roy en la investigación.	32
Capítulo V: Pregunta de investigación.	33
Capítulo VI: Objetivos de la investigación.	34
1. Objetivo General:	34

2. Objetivos específicos:	34
Capítulo VII: Metodología.	35
1.Diseño del estudio.	35
2.Población y muestra.	35
3. Variables.....	36
4. Instrumentos de medición.....	43
4.1 JCQ (Job content questionnaire) (Karasek y Theorell, 1990).	43
4.2. Cuestionario de interferencia trabajo-familia (Riley y Small, 1990).	43
4.3. Cuestionario sociodemográfico.	43
5. Procedimiento de recolección de datos.....	44
6. Análisis estadístico.	44
7. Consideraciones éticas.....	45
Capítulo VIII: Resultados.	47
Características sociodemográficas según profesión:	47
Características interferencia trabajo familia según profesión:	50
Características de factores psicosociales según profesión:	51
Capítulo IX: Discusión.	53
Capítulo X: Conclusión.	56
Capítulo XI: Referencias bibliográficas.	58

Índice de Tablas.

Tabla 1: Variables Sociodemográficas.	36
Tabla 2: Variables Sociodemográficas (continuación).....	37
Tabla 3: Variables Interferencia trabajo / familia.....	38
Tabla 4: Variables Interferencia trabajo / familia (continuación).	39
Tabla 5: Variables Factores psicosociales.....	40
Tabla 6: Variables Factores psicosociales (continuación).	41
Tabla 7: Variables Factores psicosociales (continuación).	42
Tabla 8: Características sociodemográficas según profesión.	48
Tabla 9: Características sociodemográficas según profesión. (Continuación).	49
Tabla 10: Características interferencia trabajo familia según profesión.	50
Tabla 11: Características de factores psicosociales según profesión.....	52

Resumen.

Las/os enfermeras/os y técnicos en enfermería de Nivel Superior se encuentran expuestos a distintos riesgos psicosociales laborales. Existe evidencia a nivel internacional respecto a cómo la vida laboral afecta la vida familiar. En Chile aún es necesario el desarrollo de más investigación relacionada no solo con las/os enfermeras/os, sino que también con técnicos en enfermería de nivel superior.

Objetivo general: Establecer las diferencias de los factores psicosociales e interferencia trabajo/familia entre enfermeros y técnicos en enfermería de nivel superior del sistema de salud chileno en los años 2012-2013.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal. Participaron 463 enfermeras/os y técnicos en enfermería de nivel superior de la red asistencial. La muestra se seleccionó de modo no aleatorio desde distintos establecimientos. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico y otro de interferencia del trabajo en la vida familiar. Este evaluó la interferencia del trabajo en la relación de pareja, relación con los hijos, uso del tiempo libre y manejo del hogar. Se utilizó estadística descriptiva y la prueba t de Student para la comparación de muestras independientes. Los datos se procesaron en el software JASP14.0. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de la Universidad de Chile.

Resultados: La edad promedio para la muestra fue de $35,2 \pm 40,4$ años. El 90,1% fueron mujeres. Se encontró que las enfermeras/os comparadas/os con los técnicos en enfermería de nivel superior presentaron una mayor interferencia del trabajo en la vida familiar. Estas diferencias se apreciaron para las dimensiones relación con los hijos ($p=0.014$), uso del tiempo libre ($p < 0.001$), y manejo del hogar ($p < 0.001$). Para la dimensión relación de pareja no se encontró diferencias estadísticamente significativas.

Conclusión: Los resultados obtenidos permiten comprobar que las enfermeras presentan una mayor interferencia del trabajo en su vida familiar comparados con los técnicos en enfermería de nivel superior.

Abstract

Nurses and Senior Level Nursing Technicians are exposed to different psychosocial risks at work. There is international evidence on how work life affects family life. In Chile, it is still necessary to develop more research related not only to nurses, but also to Senior Level Nursing Technicians

General objective: To establish the differences in psychosocial factors and work/family interference between nurses and nursing technicians of higher level of the Chilean health system in the years 2012-2013.

Material and Method: A descriptive cross-sectional study was conducted. A total of 463 nurses and senior level nursing technicians of the health care network participated. The sample was selected non-randomly from different facilities. A sociodemographic questionnaire and a questionnaire on work interference in family life were applied. The latter evaluated the interference of work on the couple's relationship, relationship with children, use of free time and household management. Descriptive statistics descriptive statistics and Student's t-test were used for the comparison of independent samples. The data were processed in JASP14.0 software. The study was approved by the Scientific Committee of the Faculty of Medicine of the University of Chile.

Results: The mean age for the sample was 35.2 ± 40.4 years. The 90.1% were women. It was found that the nurses compared to the Senior Level Nursing Technicians presented a greater work interference with family life. These differences were observed for the following dimensions relationship with children ($p=0.014$), use of free time ($p< 0.001$), and home management ($p< 0.001$). No statistically significant differences were found for the relationship dimension.

Conclusion: The results obtained show that nurses have a greater interference of work in their family life compared to senior level nursing technicians.

PSYCHOSOCIAL FACTORS- WORK- FAMILY- NURSING

Capítulo I: Marco introductorio.

El trabajo ha evolucionado y formado parte de la historia de la humanidad y el desarrollo del hombre. Es un factor importante en toda persona y familia, debido a que permite un intercambio de bienes, y, por tanto, logra cubrir las necesidades humanas.

La enfermería comenzó a ser considerada como profesión y trabajo desde el año 1950. Siglos atrás sólo se vinculaba con una imagen caritativa y estrechamente ligada al mundo eclesiástico. Por lo tanto, ha ido evolucionando a través de la historia, llegando finalmente a una etapa profesional.

El trabajo que realiza enfermería a lo largo de la historia, ha sido de gran importancia para la gestión del cuidado de los pacientes y del correcto funcionamiento de cualquier centro de salud en todas sus complejidades.

A través del tiempo, el trabajo y cuidado directo con personas provoca que profesionales de enfermería se enfrenten al dolor, sufrimiento, desesperanza, muerte, desconsuelo, impotencia y angustia de las personas a quienes atienden. Generando así, una mayor demanda psicológica y emocional. Además, los enfermeros/as y técnicos en enfermería de nivel superior se encuentran expuestos a distintos riesgos psicosociales laborales debido a diferentes factores asociados a el ambiente laboral como las horas trabajadas, la tensión laboral, el apoyo social y demanda psicológicas/sobrecarga, entre otras.

Estos factores influyen en la gestión del tiempo de las personas, ya que, el trabajar largas horas, horarios extensos y con grandes sobrecargas debido a las acciones que se realizan como agentes de salud, el cuidado hacia otras personas y las diversas situaciones que pueden ocurrir en diferentes servicios, pueden quitar tiempo de la vida diaria como personas naturales, generando y creando conflictos con la vida personal.

Por esta razón, la relación con sus respectivas familias se puede ver afectada de forma exponencial dependiendo de cómo estos factores laborales y psicosociales pueden interferir.

Por lo tanto, debido a la necesidad de entender el fenómeno de la realidad de los profesionales de la salud mencionados nos surge la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las diferencias en factores psicosociales e interferencia trabajo/familia entre enfermeros/as y técnicos en enfermería de nivel superior del sistema de salud chileno en los años 2012-2013?

El propósito y objetivo de este estudio descriptivo de tipo transversal es investigar y entregar evidencia, estableciendo las diferencias de los factores psicosociales e interferencia trabajo/familia entre enfermeros y técnicos en enfermería de nivel superior, mediante la participación de una muestra no aleatoria de 463 enfermeros y técnicos en enfermería de nivel superior de establecimientos del sistema de salud chileno.

Capítulo II: Marco teórico.

1. Trabajo.

1.1 Definición conceptual.

El trabajo es lo que denominamos socialmente como actividades que realizamos con el fin de solucionar problemas, producir bienes y servicios, para atender o cubrir necesidades básicas, que de forma general causa un impacto positivo en la sociedad. La RAE define trabajo como una “acción u efecto que está asociada a una ocupación retribuida como resultado de la actividad humana” [1]. Comúnmente el término trabajo está asociado a una actividad remunerada de forma económica llamada empleo. Esto a su vez, está asociada a ciertas condiciones de trabajo como lo puede ser la cantidad de horas que se dedica y el tipo de horario. Dando énfasis en la carga emocional, física y psicológica que conlleva sus diferentes condiciones de trabajo puede llegar a desarrollar riesgos psicosociales.

2. El trabajo y los factores psicosociales.

2.1 Riesgos psicosociales.

2.1.1 Definición conceptual.

Según el protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales en el trabajo (MINSAL 2013) [2], los riesgos psicosociales se definen como: “situaciones y condiciones inherentes al trabajo y relacionadas al tipo de organización, al contenido del trabajo y la ejecución de la tarea [2], y que tienen la capacidad de afectar, en forma positiva o negativa, el bienestar y la salud (física, psíquica o social) del trabajador y sus condiciones de trabajo.” Por lo descrito, es importante distinguir el concepto de factores psicosociales con respecto al concepto de factores de riesgo psicosociales y/o riesgos psicosociales.

3. Regulación, ley sobre riesgos psicosociales.

El protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales en el trabajo es el encargado de legislar los riesgos psicosociales. En estricta norma se creó la ley 16.744, la cual se encarga de legislar y regular lo relativo a los accidentes del trabajo y en aquellas enfermedades profesionales con un carácter más fisiológico, otorgando una nueva mirada a las enfermedades causadas por estrés laboral, burnout y ansiedad, tomándolas en cuenta como causantes de accidentes dentro del trabajo. Así como también, considerando las enfermedades profesionales, centrando su mirada en las condiciones sanitarias, ambientales básicas o en el uso de implementos de seguridad. En la agenda y discusión pública de nuestro país se han instalado diversos agentes y factores de riesgo laboral. Sin embargo, en Chile aún falta mucho recorrido para realizar un buen control en lo que trata materia de seguridad y salud en el trabajo, no solo instaurando regulaciones y normas, sino también de la contribución del conjunto de personas las cuales se ven afectadas por estas, los mismos trabajadores, organizaciones gremiales, empleadores, autoridades laborales y sanitarias. [3]

3.1 Regulaciones sobre condiciones psicosociales.

Respecto a las regulaciones en nuestro país, la superintendencia de seguridad social oficializó el “Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales en el Trabajo” [2]. Dicho protocolo se encarga de regular situaciones y condiciones relacionadas al trabajo, al tipo de organización, al contenido del trabajo y la ejecución de la tarea. Las cuales, tienen la capacidad de afectar, en forma positiva o negativa, el bienestar y la salud (física, psíquica o social) del trabajador y sus condiciones de trabajo.

También, mediante la aplicación de la ley 16.744 [3][4] se establecen normas sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Además de un seguro social obligatorio contra riesgos de los mismos. Para calificar y evaluar los riesgos del trabajo y enfermedades profesionales se ha dispuesto y establecido el decreto 109.

Dentro de los riesgos de trabajo y enfermedades, se establece que el principal factor común es el estrés [5]. Un estrés continuo en el trabajador va a perjudicar de forma negativa su salud mental y física, generando una predisposición a la aparición de diversas enfermedades.

3.2 Procesos de trabajo y ámbitos de desempeño.

Las condiciones de trabajo van de la mano con los procesos de trabajo y los ámbitos de desempeño [6], ya que, las condiciones de trabajo como las largas horas de desempeñar el rol, diferentes jornadas laborales, las situaciones complejas que aportan estrés, el manejo de material cortopunzante, el manejo de material biológico, aportan en un desgaste psicosocial, que se puede evidenciar en la disminución de la satisfacción laboral, la disminución del desempeño laboral, el burnout, estrés, ansiedad, depresión e ideación suicida, entre otras.

4. Trabajadores de salud: Enfermeros y técnicos en Enfermería de nivel superior.

4.1 Trabajo, demandas y desafíos de los profesionales de enfermería y técnicos en enfermería de nivel superior.

A lo largo de los años, la enfermería ha sido una disciplina altamente indispensable en el cuidado de las personas. Abarca el cuidado autónomo y colaborativo de personas de todos los grupos etarios, familias y comunidades, enfermos o sanos y en todos los entornos [8].

Los profesionales de la salud, específicamente enfermeros y técnicos en enfermería de nivel superior están en la línea de acción en la prestación de servicios y desempeñan un papel importante en la atención centrada en la persona. En varios países, son líderes o actores clave en los equipos de salud multidisciplinarios e interdisciplinarios. Proporcionando una amplia gama de servicios de salud en todos los niveles del sistema de salud.

Según el consejo internacional de enfermeras [8], define que la enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermas o sanas, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas.

Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en las políticas de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación. [8]

En el entorno sanitario global, las enfermeras comparten con otros profesionales de la salud y de otros ámbitos de servicio público las funciones de planificación, implementación y evaluación para garantizar la idoneidad del sistema sanitario con el fin de promover la salud, prevenir la enfermedad y cuidar de las personas enfermas y discapacitadas.

Contextualizando, debido a las funciones mencionadas, enfermería se ha encontrado en un constante riesgo de tipo psicosocial, sobrecarga de trabajo, jornadas extensas, turnos rotatorios, trabajo nocturno, frecuentes cambios de servicios y carga psicológica por manejo de situaciones críticas. Por lo tanto, las demandas físicas y psicológicas son mayores en dicha profesión.

4.2 Condiciones laborales propias de la naturaleza del trabajo de enfermería y técnicos en enfermería de nivel superior.

Las condiciones laborales en enfermería y técnicos en enfermería suelen ser agotadoras y extensas debido a la cantidad de horas trabajadas y el tipo de rol que cada profesional desempeña en estas horas correspondientes.

El rol de cuidador y agente de salud que representan estos dos profesionales de la salud se ve representado en la carga laboral, en cómo los turnos de larga duración, como también en los horarios diurnos, vespertinos y nocturnos.[6]

La cantidad de horas trabajadas, el rol, los turnos, ocasionan una alta demanda biopsicosocial en ambos profesionales, estando presente en diferentes situaciones de estrés, en donde el manejo de las emociones es primordial, así como también lo es el manejo y la organización del tiempo, para lograr disminuir lo que es la interferencia y el conflicto dentro de la relación trabajo- familia.

Las/los enfermeras/os y técnicos en enfermería de nivel superior se desempeñan tanto en áreas intra hospitalarias, extrahospitalarias y comunitarias.

El personal de enfermería se desempeña en los ámbitos: asistencial, gestión, educación e investigación.

El cuidado de la persona con necesidades es la principal prioridad. Dicha profesión es catalogada como la cuarta profesión más estresante asociada, también, al bajo reconocimiento social.

Así como los técnicos en enfermería de nivel superior que colaboran con los profesionales del área en la ejecución de procedimientos básicos de enfermería y en la atención humanitaria del individuo, la familia y la comunidad.

Las funciones desempeñadas por ambos roles implican posición de trabajo de pie por largos periodos de tiempo y la alternancia de turnos. Además de riesgos biológicos, evidenciados en el contacto con pacientes que presentan enfermedades infecto-contagiosas o la manipulación de materiales contaminados, y riesgos psicológicos derivados del trabajo en turnos, la subordinación, la descalificación, el trabajo fragmentado, la repetición de las tareas y el género [6].

El ritmo de trabajo es acelerado debido a la constante exigencia de no cometer errores, negligencia o acciones que puedan perjudicar en la salud del usuario [9]. La desorganización institucional se evidencia en la falta de condiciones óptimas, falta de materiales, recursos humanos escasos y personal no entrenado, lo que trae como consecuencia la improvisación, sumado a ello, malas relaciones interpersonales, comunicación deficiente y escaso trabajo en equipo entre las/os enfermeras/os y los médicos, lo que provoca alto desgaste y pobre calidad de atención a los pacientes.

5. Modelos que explican las condiciones psicosociales.

5.1 Modelo de Karasek sobre contenidos del puesto de trabajo (JCQ Test) .

5.1.1 Definición conceptual.

Robert Karasek formuló el modelo *demanda – control*, que explica el estrés laboral en función del balance entre las demandas psicológicas del trabajo y el nivel de control del trabajador sobre éstas. [7].

Propone que las principales fuentes de estrés se encuentran en dos características esenciales del trabajo:

1. Las demandas psicológicas del trabajo.
2. El control que se tiene del mismo.

Aspectos fundamentales en el ámbito del trabajo:

Desencadenantes de estrés, la demanda y el control, conceptualiza el estrés relacionado con el trabajo como la combinación de altas demandas de índole psicológico y escaso control en la toma de decisiones.

Desde un punto de vista teórico, diferentes modelos de estrés laboral han intentado definir y explicar la compleja relación entre los factores psicosociales y enfermedad. Entre estos modelos, el propuesto por Karasek es uno de los más utilizados en salud pública para el estudio del estrés relacionado con el trabajo.

En su versión original, este modelo propuso dos características básicas del trabajo como las principales fuentes de estrés relacionado con el trabajo: el trabajo, demandas y control sobre ellas.

5.1.2 Componentes del modelo.

1. Demandas psicológicas: Son exigencias que el trabajo implica para la persona/trabajador. Hace referencia a cantidad o volumen de trabajo, presión de tiempo, nivel de atención, interrupciones imprevistas; por lo tanto, no se circunscriben al trabajo intelectual, sino a cualquier tipo de tarea.
2. Control: El control hace referencia a cómo se trabaja, y tiene dos componentes: la autonomía y el desarrollo de habilidades. La primera es la inmediata posibilidad que tiene la persona de influenciar decisiones relacionadas con su trabajo y de controlar sus propias actividades. El segundo hace referencia al grado en que el trabajo permite a la persona desarrollar sus propias capacidades: aprendizaje, creatividad, trabajo variado
3. Apoyo social: El apoyo social hace referencia al clima social en el lugar de trabajo en relación tanto con los compañeros, como con los superiores. Tiene dos componentes: relación emocional que el trabajo comporta y soporte instrumental.

5.2 Modelo equilibrio esfuerzo recompensa (ERI Test).

5.2.1 Definición conceptual.

El modelo de desequilibrio esfuerzo-recompensa (Effort-Reward Imbalance, ERI) de Siegrist (1996) [9] es uno de los modelos de estrés relacionados con el trabajo que más sólido apoyo empírico ha recibido dentro de la psicología de las organizaciones. De acuerdo con este modelo, el estrés laboral es el resultado del desequilibrio entre los esfuerzos que el profesional invierte en el desempeño de su trabajo y las recompensas que recibe (Siegrist, 2008). Por lo tanto, el estrés laboral crónico se debe a un desequilibrio prolongado entre la cantidad de esfuerzo (demandas de trabajo extrínsecas y motivación intrínseca para cumplir con las demandas requeridas) que las personas dedican a su trabajo y la recompensa (en términos de estima, estatus, salario y seguridad, oportunidades de carrera y, de hecho, dinero) que reciben.

5.2.2 Componentes Del modelo.

Bajo esta premisa Siegrist propone que: elevados esfuerzos en conjunto de bajas recompensas pueden provocar un aumento considerable de tensión en éste, en donde se pueden distinguir fuentes de esfuerzo: 1.- fuentes extrínsecas, que hacen referencia a las demandas propias del trabajo y 2.- fuentes intrínsecas, que hace referencia a la motivación de los trabajadores en relación a las demandas que implica realizar una labor. El modelo también refiere tres fuentes de recompensa: 1.- monetaria, salario óptimo; 2.- apoyo social, respeto y apoyo por parte de sus pares y superiores; 3.- seguridad, perspectivas de promoción y seguridad en el puesto de trabajo.

5.3 C. ISTAS 21 Test.

5.3.1 Definición conceptual.

El cuestionario SUSESO/ISTAS21 es un instrumento de medición que permite la evaluación y medición de los riesgos psicosociales en el trabajo.

Este cuestionario es recomendado por el Protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales en el trabajo del ministerio de salud, por lo que su uso debe cumplir con lo allí establecido. En Chile se encuentran validadas dos versiones (completa y breve).[5]

5.3.2 Componentes del modelo.

- a. Versión completa: Contiene un total 142 preguntas divididas en una sección general, con preguntas sobre salud, empleo, endeudamiento y ausentismo, y una sección específica con preguntas de riesgo psicosocial agrupadas en 19 subdimensiones y 5 dimensiones.

El cuestionario está diseñado para ser aplicado como herramienta de medición, prevención, intervención, vigilancia epidemiológica en riesgo psicosocial e investigación en salud ocupacional. Consta de 142 preguntas, de las cuales 53 son preguntas generales sobre salud, empleo, trabajo, salario, endeudamiento,

ausentismo y 89 preguntas específicas de riesgo psicosocial, agrupadas en 5 dimensiones.

- b. Versión breve: Contiene 20 preguntas agrupadas en las mismas 5 dimensiones del cuestionario completo, más las preguntas relativas a edad, sexo y aquellas que permiten identificar las unidades de análisis.

El cuestionario versión breve fue construido a partir de las preguntas de mayor relevancia estadística (explicaban la mayor proporción de la varianza) de cada una de las subdimensiones, su utilidad es ser aplicada como filtro inicial o tamizaje, permitiendo establecer una visión general de los niveles de RPSL y facilitar su seguimiento en el tiempo.

Por esta misma razón, en caso de detectar niveles de riesgo alto, se debe complementar con la aplicación de la versión completa, la que posee una especificidad mayor para caracterizar los RPSL. La versión breve también es posible utilizarla como instrumento de capacitación, para mostrar la estructura general del cuestionario y el tipo de preguntas.

6. Interferencia trabajo - familia.

6.1 Concepto y definición.

El conflicto trabajo-familia puede verse generado por una serie de situaciones estresantes en el trabajo, tales como las características del horario laboral, los estresores correspondientes de cada rol, el cargo dentro de la organización o las características de la tarea.

Si las fuentes del conflicto surgen en la familia (Interferencia trabajo/ familia), se ha encontrado que los estresores pueden ser los asociados a la evolución natural del ciclo familiar, como el nacimiento de un hijo, las tareas domésticas o la muerte de algún miembro de la familia. [11]

Respecto a los efectos negativos que puede producir la interferencia trabajo-familia, la mayoría de las investigaciones coinciden en señalar el conflicto/interferencia como fuente de estrés. Existen otros trabajos que pueden evidenciar cómo el conflicto se relaciona negativamente con el bienestar psicológico y, en concreto, influye en la salud mental. También se ha considerado el conflicto como fuente de insatisfacción laboral y de insatisfacción con la vida, la depresión o el burnout, ansiedad e ideación suicida. En este sentido, el objetivo de nuestro trabajo buscó investigar el papel de las atribuciones en la relación entre el conflicto y la salud.

6.2 Instrumentos de medición de la interferencia trabajo- familia.

Escala de conflicto trabajo- familia:

La escala de conflicto trabajo-familia es una medida multidimensional respecto a la interferencia e influencia entre los ámbitos de la vida familiar y laboral.

La dimensión Time-based work interference with family de tres ítems mide el conflicto que surge con el tiempo que se le debe dedicar a uno de los ámbitos dificulta la participación en el otro.

La dimensión Strain-based work interference with family de tres ítems mide el estrés experimentado en un rol que se entromete e interfiere con la participación en el otro, de forma que los comportamientos específicos requeridos entre ambos roles son incompatibles entre sí. [12]

Dos estudios [13] [14] midieron la interferencia trabajo-familia utilizando el Work-Family Escala de conflicto, la cual fue desarrollada por Carlson, Kacmar y Williams en el año 2000. La escala consta de 18 ítems con seis subescalas que se califican con una numeración del 1 al 5 (1 = totalmente en desacuerdo y 5 = totalmente de acuerdo).

La escala WFC mide las dimensiones múltiples del conflicto (basado en el tiempo, basado en tensión y comportamiento) y conflicto bidireccional (conflicto trabajo-familia y conflicto familia-trabajo).

Capítulo III: Marco empírico.

Se realizó una búsqueda sistemática de diversos estudios, los cuales fueron analizados según las necesidades que requiere nuestro estudio. La búsqueda y criterios de selección de los estudios fue a través de la utilización de términos DECS/MESH, con diversos filtros de búsqueda, con términos afines a los antecedentes necesarios para dar justificación y respuesta a nuestra pregunta de investigación, siendo así una guía universal respecto al WFC (work-family conflict /conflicto trabajo/familia). Los artículos recolectados y seleccionados dan a conocer como influyen los factores psicosociales frente a la relación trabajo familia en los profesionales de salud, personal de Enfermería y TENS en diferentes zonas del mundo.

1. Estudio realizado en Jordania (año 2017) [13]. sobre la relación e incidencia entre conflicto trabajo- familia y satisfacción laboral entre enfermeras de hospitales en Jordania. El estudio se realizó con una muestra de 333 enfermeras jordanas. La edad media de los participantes fue de 28 años (rango de 21 a 50 años) con una media de 6 años experiencia laboral de 1 a 30 años. Se incluyeron diversas variables como: estado civil, nivel educativo, experiencia, número de hijos, edad de los hijos, disponibilidad de cuidado infantil, instalaciones en el lugar de trabajo, lugar de residencia, tipo de turno trabajo, tipo de lugar de trabajo (sala/unidad) y tipo de transporte, y el trabajo del cónyuge (si es en el campo de la salud o no).

Se dio como resultado que: Los datos de Conflict Scale (instrumento utilizado) mostraron que los participantes percibieron que el conflicto trabajo-familia estaba presente con una media de 3,82 (DE = 0,61) en una escala de 1– 5 (la puntuación media más alta indica un nivel más alto de conflicto).

Por otro lado, el conflicto familia-trabajo se percibió que estaba presente con un nivel más bajo (M = 3,09, SD = 0,67) en una escala de 1 a 5.

El nivel de satisfacción y la edad de enfermería tenía una asociación negativa y significativa con el conflicto trabajo- familia ($\beta = -.367$, $p = 0.001$) y ($\beta = -.354$, $p = 0.009$), respectivamente. Eso significa que las enfermeras que son más jóvenes y

experimentaban baja satisfacción laboral nivel informan un mayor nivel de conflicto entre el trabajo y la familia.

Además, las enfermeras que son mujeres y tienen más número de hijos reportaron niveles más altos de trabajo-conflicto familiar ($\beta = .312$, $p = 0.012$), ($\beta = .293$, $p = 0.002$), respectivamente. Además, la ausencia de niños en los servicios de atención en el lugar de trabajo se correlacionó positivamente con el conflicto trabajo-familia ($\beta = .179$, $p = .009$).

2. Estudio realizado en Brunéi (año 2020) [14]. sobre la relación entre el conflicto trabajo-familia y el estado de salud y satisfacción laboral entre las enfermeras de hospital en Brunéi Darussalam. Utilizó una muestra de un tamaño de 426 encuestados donde se incluyeron enfermeras que trabajan en entornos de alta dependencia (servicios de urgencias y críticos), entornos de atención y entornos generales (salas médicas masculinas/femeninas, pabellones quirúrgicos masculinos/femeninos, pabellones de neurología y ortopedia, y no en excedencia o ausencia de larga duración). Como variables, fueron incluidas la edad, género, estado civil, número de años trabajando como enfermera, índice de masa corporal y tabaquismo.

Resultados descriptivos: El aumento de la edad y el estar casado se relacionaron significativamente a una mayor satisfacción laboral ($P < 0,001$). Además, aquellos que no fumaban informó una satisfacción laboral significativamente mayor ($P = 0,005$) y mejor salud ($P < 0,001$). Las enfermeras que trabajan en el entorno general informaron experimentar significativamente más alto conflicto trabajo-familia en comparación con las enfermeras que trabajan en ajustes de dependencia ($P < 0.001$). A pesar de esto, las enfermeras que trabajan en el entorno general informaron una satisfacción laboral significativamente mayor.

Resultados comparativos: Los resultados revelaron que había una relación negativa significativa entre trabajo-Conflicto familiar y satisfacción laboral. Se observó que mayor conflicto trabajo-familia se correspondió con una menor satisfacción laboral, aunque la fuerza de esta relación fue débil ($\rho = 0.12$).

Aunque no hubo significación estadística en el total entre el conflicto trabajo-familia y la salud auto percibida, hubo significado por configuración. Se observó que esta relación fue más fuerte en enfermeras de alta dependencia, donde el aumento del conflicto trabajo-

familia tuvo una reducción significativa en el estado de salud ($\rho=-0,47$). Además, había una relación positiva significativa entre la satisfacción laboral y la salud autoevaluada. Se observó que un mejor estado de salud correspondía a una mayor satisfacción laboral, y esta relación tuvo magnitud moderada ($\rho=0.55$).

3. Estudio realizado en Muscat, Omán [15]. Tuvo como objetivo identificar los predictores del conflicto trabajo-familia y su relación con los resultados laborales de las enfermeras filipinas y la calidad percibida de la atención.

Utilizó una muestra de 1.200 enfermeras registradas con más de tres meses de experiencia laboral en el hospital. Enfermeras con licencia asignadas a 80 unidades o salas de 8 hospitales gubernamentales y 7 privados en el centro de Filipinas fueron invitados a participar en el estudio.

Consideraron las variables de edad, años de experiencia en la profesión de enfermería, años de experiencia en la unidad actual, años de experiencia en la organización, estado civil, educación, rol laboral, estatus laboral y unidad de asignación, nivel del hospital, tipo, tamaño de la instalación y ubicación del hospital.

Los encuestados totalizaron 1.010 enfermeras, una tasa de respuesta del 84%.

La edad media fue de 30,19 años (DE: 5,0974). En promedio, las enfermeras ejercían la profesión desde hacía 7,003 años y habían sido empleados en su organización durante 4,650 años. La mayoría eran mujeres ($n = 618$, 61,2%), solteras ($n = 547$, 54,2%), y tenía un título de BSN ($n = 755$, 74,8%).

El personal completo, las características de la unidad y del hospital: La prueba independiente mostró una puntuación media de WFC más alta en las enfermeras que tenían un título de licenciatura en enfermería y las que estaban empleadas en hospitales de titularidad pública, así como los que trabajaban en hospitales de zonas rurales. Además, una prueba t reveló una significativa puntuación media de WFC más alta en el personal de enfermería en comparación con gestores de enfermería.

En general, la puntuación de escala media obtenida de la escala WFC (conflicto trabajo-familia) fue 3.169, lo que sugiere un nivel moderado de WFC. Para el trabajo, estrés y satisfacción laboral, las puntuaciones compuestas fueron 2.966 y 3.364, respectivamente. La puntuación media a escala de la calidad de medida de atención fue de 2.779, mientras

que la intención de rotación obtuvo una puntuación compuesta de 3.074. La ubicación predijo WFC negativa y significativamente. Mientras tanto, la educación y el tamaño de las instalaciones predijeron WFC. El modelo fue estadísticamente significativo ($F = 10, 127, P < 0.001$) y explicó el 13,1% de la varianza de la WFC.

Se realizaron análisis bivariados para identificar correlaciones entre las variables clave de estudio y el conflicto trabajo-familia. WFC tuvo una correlación significativa con las variables clave del estudio en una dirección esperada. WFC se correlacionó negativamente con el trabajo, satisfacción y calidad de la atención evaluada por enfermeras. Además, se observaron correlaciones significativas y positivas entre WFC y el estrés laboral, y la intención de rotación.

Después de controlar las características individuales, de la unidad y del hospital de las enfermeras, WFC predijo el estrés laboral, la satisfacción laboral, intención de rotación y calidad de la atención evaluada por enfermeras. En otras palabras, las enfermeras que experimentan niveles más altos de WFC informaron un mayor nivel de estrés laboral e intención de rotación, y una disminución del nivel de satisfacción laboral y calidad de la atención clasificación.

Por lo tanto, se concluyó que la edad de las enfermeras, años en la enfermería profesión y años en la organización actual están correlacionados negativa y significativamente con el conflicto trabajo-familia (WFC).

La edad de las enfermeras predijo significativamente WFC, con más jóvenes enfermeras que informaron un mayor nivel de WFC en comparación a las enfermeras mayores. Una posible explicación para esto es que las enfermeras más jóvenes tienen menos trabajo y experiencia de vida y teniendo menos habilidades para resolver problemas y tomar decisiones, lo que es esencial cuando se manejan asuntos relacionados con el trabajo y la familia. La familiaridad de las enfermeras mayores con la cultura organizacional y su flexibilidad para realizar su trabajo las hace menos vulnerables al estrés relacionado con el trabajo y por lo tanto son capaces de equilibrar estos dos roles.

4. Estudio realizado en Texas, USA. [16]. Tuvo como objetivo investigar la relación entre el apoyo social (de fuentes personales y del lugar de trabajo) y angustia psicológica (depresión, ansiedad y síntomas de estrés), así como examinar el papel mediador de la satisfacción con el equilibrio trabajo-familia entre las enfermeras de hospicio. El cual utilizó una muestra de 90, enfermeras de 22 a 70 años de centros de cuidados paliativos, hospitales, hogares de ancianos y otros centros de atención a largo plazo y atención médica domiciliaria en el sur de Estados Unidos.

Se demostró que el apoyo social en el lugar de trabajo tuvo un efecto total negativo sobre la depresión (camino c: $\beta = -0,34$, $p = 0,001$, 95 % IC $-0,54$, $-0,15$). El apoyo social en el lugar de trabajo tuvo un efecto positivo sobre la satisfacción con el equilibrio trabajo-familia (ruta a: $\beta = .41$, $p < .001$, 95% IC $.19$, $.63$). La satisfacción con el equilibrio trabajo-familia tuvo un efecto negativo en depresión (camino b: $\beta = -0,21$, $p = 0,042$, IC 95 % $-.43$, $-.004$).

El apoyo social en el lugar de trabajo tuvo un efecto directo positivo sobre la depresión (camino c': $\beta = -.27$, $p = 0,023$, IC 95 % $-0,51$, $-0,03$) y un indirecto negativo efecto a través de la satisfacción con el equilibrio trabajo-familia ($\beta = -0,09$, IC 95 % $-0,26$, $-0,0007$).

El apoyo social, el apoyo social es muy importante en el lugar de trabajo ya que se asoció a un menor malestar psicológico a diferencia de las enfermeras que no sienten apoyo social las personas con las que trabajan parecen experimentar niveles más bajos de malestar psicológico.

La exposición diaria de las enfermeras a la muerte y al morir podría ser difícil para su familia o amigos en otras profesiones empatizar a nivel personal. Por lo tanto, el apoyo de fuentes personales puede no tener los mismos efectos de activación como apoyo de otras enfermeras de cuidados paliativos o supervisores que comparten las mismas experiencias y estar más cerca de los factores estresantes encontrados en trabajar. Se esperaría que el apoyo social como factor psicosocial en el trabajo podría tener un mayor impacto en la psicología angustia en otras profesiones que no se ocupan de estresores tan grandes, por lo tanto, afectan la relación trabajo-familia.

Por lo tanto, como resultado se obtiene que enfermeras de hospicio con mayor lugar de trabajo el apoyo social puede tener mayores recursos para manejar los desafíos de brindar atención al final de la vida y “tomar hogar” menos angustia, aumentando su satisfacción con el equilibrio entre el trabajo y la familia en sus vidas, que a su vez puede reducir los síntomas depresivos.

5. Estudio realizado en North Carolina, USA [17]. Este estudio tiene como objetivo explorar las diferencias los comportamientos relacionados con WFI y WFC, del rol, especialidad y otros datos demográficos de los encuestados en un gran sistema de atención médica. Explorando así la relación de interferencia trabajo-familia en conjunto con el autocuidado. Se utilizó una población de 13,040 trabajadores del área de la salud cardiólogos, enfermeras, farmacéuticos, tecnólogos médicos, técnicos de enfermería, cirujanos, terapeutas, kinesiólogos, nutricionistas y dentistas a los que se les aplicó una encuesta en la que se les hizo una serie de preguntas relacionadas a conocer su nivel socio demográfico, si presentan burnout, indicios de cansancio emocional, su satisfacción laboral, el clima laboral, el conflicto trabajo familia y el rol de cada trabajador como también sus turnos y los años de especialidad en los cuales se han desenvuelto en el servicio.

Como resultado la consistencia interna del clima trabajo-vida fue de $\alpha=0,83$. Las correlaciones de Spearman entre los ocho ítems variaron de $r=0.21$ a $r=0.60$, $p<0.001$. La varianza para la escala de clima trabajo-vida y todos sus ítems fueron estadísticamente significativos tanto para los entornos entre el trabajo como para los entornos dentro del trabajo (todos $p<0,001$). El ICC de la configuración de trabajo para el clima general de la vida laboral y personal fue de 0,09, y los ICC de los ítems variaron de 0,045 a 0,107. La agrupación se reflejó en estos resultados, ya que el 9% de la variabilidad total en los puntajes de clima de la vida laboral y personal se debió a las diferencias entre los entornos de trabajo y el 4,5% al 10,7% de la variabilidad total en los ítems de WLI se debió a las diferencias de configuración entre trabajos. A nivel de entidad, la CCI fue inferior a 0,04. Univariados demostraron diferencias significativas en la escala climática trabajo-vida entre los roles de los trabajadores de la salud ($F(1, 17) = 25.36$, $p<0.001$) y los entornos

de trabajo ($F(1, 396) = 3.25, p < 0.001$). Demuestra el porcentaje que reporta un buen clima de vida laboral (realizando comportamientos específicos 2 días / semana o menos) por rol de trabajador de la salud, por los 396 entornos de trabajo, por años en la especialidad y por tipo de turno y duración. Según los años en la especialidad ($F(1, 6) = 8.05, p < 0.001$). Una prueba de Scheffé post hoc indicó que los individuos con menos de 6 meses en su respectiva especialidad ($M = 1.72, DE = 0.58$) tenían puntajes WLI significativamente mejores en comparación con todas las demás categorías de experiencia en especialidad ($p < 0.001$). Todas las demás categorías de años en la especialidad no difirieron significativamente (6-11 meses $M = 1.96, SD = 0.65$; 1-2 años $M = 1.92, SD = 0.67$; 3-4 años $M = 1.95, SD = 0.70$; 5-10 años $M = 1.96, SD = 0.70$; 11-20 años $M = 1.96, SD = 0.71$; 21 o más años $M = 1.95, SD = 0.70$). Según el turno ($F(1, 3) = 53.98, p < 0.001$). Una prueba de Scheffé post hoc indicó que los individuos que trabajaban en turnos diurnos ($M = 1.89, DE = 0.67$) tenían puntajes WLI significativamente mejores en comparación con todas las demás categorías de turnos ($p < 0.001$). Los trabajadores de la salud que identificaron su tipo de turno como "otro" informaron los puntajes WLI más pobres ($M = 2.16, DE = 0.74$). El turno de noche ($M = 2.00, SD = 0.73$) y el turno de oscilación ($M = 2.03, SD = 0.68$) no fueron estadísticamente diferentes entre sí.

6. Estudio realizado en Wuhan, China [18]. Este estudio tiene como objetivo describir la situación actual del WFC y exploramos sus factores relacionados entre las enfermeras de emergencia en China. Se realizó con una muestra de 17.582 enfermeras de emergencia de entre 25 a 34 correspondiente a 2.965 hospitales públicos- En este estudio se aplicó una encuesta realizada por la oficina de administración médica de la comisión nacional de salud de la república popular de China y The work family conflict scale desarrollado por netemeyer, en la que se cubrieron datos sociodemográficos, factores psicosociales y condiciones laborales

El coeficiente de contingencia estuvo por debajo del umbral máximo tradicional de 0,7, y el factor de inflación de varianza estuvo por debajo del valor de corte tradicional de 10, lo que indica que no se detectó colinealidad. Y los factores relacionados de WFC de las enfermeras en el servicio de urgencias se analizaron mediante regresión lineal

generalizada, ya que la puntuación WFC no se distribuyó normalmente. Todas las comparaciones fueron de dos colas, y el umbral de significancia fue $p < 0,05$.

Entre las 17.582 enfermeras de urgencias investigadas, el 10,25% eran hombres y el 89,75% mujeres. Casi el 80% de las enfermeras de emergencia eran menores de 35 años, y el 61,81% de los encuestados estaban casados. El nivel educativo fue principalmente de grado asociado, representando el 48,93%. Además, el 66,62% de los encuestados tenía el título profesional primario, y el ingreso mensual de las enfermeras de emergencia era principalmente de 2.500 a 4.000 RMB (43,13%). Y los años de servicio de ellos fueron principalmente de 1 a 5 años, lo que representa el 44,27%. Además, su frecuencia de turno nocturno fue principalmente de 6 a 10 días/mes (43,90%) y el 50,24% de los encuestados percibió que el número de enfermeras de emergencia no podía satisfacer las demandas laborales. En concreto, el 9,99% de los enfermeros de urgencias presentaron WFC bajo, el 47,30% presentaron WFC moderado y el 42,71% presentaron WFC alto. Además, el análisis univariado demostró que hubo diferencias significativas en WFC entre las enfermeras de emergencia en términos de edad, género, nivel educativo, estado civil, título profesional, ingresos mensuales, años de servicio, frecuencia del turno de noche y una escasez percibida de enfermeras.

7. Estudio realizado en Accra, Ghana [19]. Este estudio tiene como objetivo examinar las demandas laborales y familiares como predictores del conflicto trabajo familia y la relación entre el conflicto trabajo familia y el agotamiento entre las enfermeras registradas en Ghana. Se recolectó datos provenientes de una muestra de 134 enfermeras registradas selectas de cinco hospitales públicos en Accra, con un 85,8% mujeres. Los participantes respondieron a cuestionarios estructurados que evaluaron entre otros, las experiencias de conflicto entre el trabajo y la familia, nivel de estudios, situación sociodemográfica, turnos, años de servicio y horas trabajadas a la semana.

Como resultado era de esperar, las horas de trabajo, el trabajo de fin de semana y los horarios de trabajo irregulares se correlacionaron significativamente con WFC, mientras que el número de dependientes mayores se correlacionó con FWC. Tanto WFC como

FWC se correlacionaron significativamente con el agotamiento las largas horas de trabajo/sobrecarga laboral ($\beta = 0,17$, $p < 0,05$) y el trabajo los fines de semana ($\beta = 0,23$, $p < 0,05$) se asociaron con niveles más altos de WFC. Contrariamente a lo esperado, la carga de trabajo ($\beta = 0,02$, $p > 0,05$) no fue un predictor significativo de WFC. En conjunto, las demandas de trabajo representaron el 8% de la varianza explicada en WFC más allá de la edad, el género y el estado civil. Sin embargo, el número de niños ($\beta = -0,13$, $p > 0,05$) y el tiempo dedicado a tareas relacionadas con la familia/manejo del hogar ($\beta = 0,08$, $p > 0,05$) no predijeron significativamente la FWC. Juntos, WFC y FWC representaron el 20% de la varianza explicada en el agotamiento más allá de las variables de control. FWC ($\beta = 0,40$, $p < 0,01$) se relaciona positivamente con el agotamiento. Sin embargo, WFC no pudo predecir significativamente el agotamiento ($\beta = 0,13$, $p > 0,05$).

8. Estudio realizado en Estocolmo, Suecia [20]. El objetivo de este estudio es examinar si el entorno de práctica de enfermería está asociado con conflictos laborales a nivel hospitalario y familiares experimentados, y cómo impactan en el equilibrio entre el trabajo y la vida familiar. La muestra utilizada en este estudio son enfermeras registradas que trabajan en la atención quirúrgica y médica para pacientes hospitalizados y con una estructura multinivel con enfermeras anidadas dentro del mismo hospital. La recolección de información se hizo a través de la asociación sueca de profesionales de la salud, que cubren el 80% de todas las enfermeras que trabajan en departamentos médicos y quirúrgicos. Se realizó una encuesta a través de la administración de Statistics Sweden dando como resultado final un total de 8.948 enfermeras registradas de 369 departamentos de 53 hospitales, en donde se evaluaron variables sociodemográficas y la satisfacción laboral. El estudio fue aprobado por el comité de ética en investigación pertinente (Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm)

Como resultado el 14% de las enfermeras registradas experimentaron un alto / muy alto grado de conflicto trabajo-familia junto con un bajo / muy bajo grado de mejora entre el trabajo y la familia. La proporción de RN que experimentaron esta combinación de alto conflicto entre el trabajo y la familia y baja mejora dentro de cada departamento varió de 0% a 60%, lo que indica una gran variabilidad entre los departamentos. La edad media de los participantes fue de 41 años, con la muestra muy sesgada con respecto al sexo, ya que

solo el 7% de los enfermeros registrados eran hombres. El 6,1% de la varianza en el conflicto trabajo-familia se relaciona con las diferencias entre departamentos, y el 93,9% restante con la varianza en los niveles inferiores, que incluye las diferencias entre las percepciones de los RN individuales y el error aleatorio, así como los factores organizativos por debajo del nivel del departamento. Después de la inclusión de información sobre las características a nivel individual, la cantidad total de variación inexplicable disminuyó en cierta medida con una varianza inexplicable del 4,7% y el 85,6% a nivel de departamento e individual, respectivamente.

Es probable que las diferencias en el conflicto percibido entre el trabajo y la familia dependen en gran medida de factores individuales y circunstancias privadas, como la estructura familiar, las responsabilidades de cuidado y el tamaño y la calidad de la red social de una persona. Pero muchos factores relacionados con el trabajo también influyen obviamente en el impacto que un trabajo probablemente tendrá en la vida privada, por ejemplo, las horas de trabajo, las demandas físicas y mentales del trabajo, el nivel de responsabilidad y la disponibilidad de apoyo práctico y social, así como factores individuales como la educación, la experiencia laboral y el nivel de antigüedad.

9. Estudio realizado en Shenyang, Liaoning, China [21]. El objetivo de este estudio es examinar la relación entre el conflicto trabajo - familia y cómo este afecta al agotamiento en cierta medida a través del desgaste psicológico, demostrado a través del desempeño laboral presente, la satisfacción laboral y el burnout. Una muestra de 1.700 enfermeras fue reclutada en este estudio, pero finalmente 1.332 enfermeras hicieron la encuesta efectiva, solo enfermeras femeninas, ya que, los hombres sólo presentaban el 1%, correspondiente a 6 hospitales seleccionados.

Se utilizó el Maslach Burnout Inventory - General Survey (MBI - GS) para medir el agotamiento de las enfermeras. El MBI-GS consta de 15 ítems y tres dimensiones: agotamiento emocional, cinismo y eficacia profesional. Todos los ítems fueron calificados en una escala de Likert de 0(nunca) a 6 (todos los días).

También se utilizó la WIF scale y la FIW scale, Estas escalas miden correspondientemente la interferencia del trabajo familiar y por otra parte la interferencia de familia trabajo.

El agotamiento emocional, el cinismo y la eficacia profesional media difirieron entre los grupos de edad. La eficacia profesional media difirió entre los grupos de estado civil. El agotamiento emocional medio y el cinismo medio difirieron entre los grupos de ingresos. Y el agotamiento emocional medio difirió entre los grupos de horas de trabajo. Tanto WIF como FIW se correlacionaron significativamente con las dimensiones de agotamiento. WIF y FIW se relacionaron positivamente con el agotamiento emocional y el cinismo, respectivamente. Sin embargo, los efectos de WIF y FIW en la dimensión de eficacia profesional fueron diferentes. Si bien FIW tuvo un impacto perjudicial en la eficacia profesional, WIF describió una relación positiva con la eficacia profesional entre las enfermeras. WIF se asoció positivamente con el agotamiento emocional ($\beta = 0,467$, $P < 0,001$) mientras que PsyCap se asoció negativamente con él ($\beta = -0,205$, $P < 0,001$). PsyCap tuvo un efecto mediador parcial en la relación entre WIF y agotamiento emocional, ya que el coeficiente de regresión para WIF se redujo cuando se agregó PsyCap (de $\beta = 0,467$ a $\beta = 0,451$; Prueba de Sobel, $z = 3,50$, $P < 0,001$). FIW también se asoció positivamente con el agotamiento emocional ($\beta = 0,200$, $P < 0,001$) mientras que PsyCap se asoció negativamente con él ($\beta = -0,216$, $P < 0,001$). PsyCap tuvo un efecto parcialmente mediador en la relación entre FIW y agotamiento emocional, ya que el coeficiente de regresión para FIW disminuyó cuando se agregó PsyCap (de $\beta = 0,200$ a $\beta = 0,170$; Prueba de Sobel, $z = 4,91$, $P < 0,001$).

Capítulo IV: Modelo de enfermería.

Es importante tener en cuenta la visión de Enfermería, ya que ésta implica el desarrollo y representación de la realidad práctica desde la postura de teoristas que observan el metaparadigma enfermero: enfermería, persona, salud y entorno; entregando una visión crítica al actuar, debido a que el personal de enfermería es un agente de cambio con las capacidades de brindar las directrices en la atención

Modelo de adaptación de Callista Roy.

a. Definición.

El modelo de Callista Roy es determinado como una teoría de sistema con un análisis significativo de las interacciones [22].

El modelo define los sistemas como un conjunto de componentes organizados, relacionados para formar un todo. Son más que la suma de sus partes, reaccionan como un todo e interactúan con otros sistemas del entorno. Las personas son un sistema abierto y adaptativo, que aplica un ciclo de retroacción de entrada, procesamiento y salida.

Roy considera al humano como un ser bio-psico-social en relación constante con el entorno que considera cambiante. El hombre es un complejo sistema biológico que trata de adaptarse a los cuatro aspectos de la vida:

- La fisiología
- La autoimagen
- La del dominio del rol
- La de interdependencia.

b. Componentes.

El humano, según C. Roy, debe adaptarse a cuatro áreas, que son [22]:

1. Las necesidades fisiológicas básicas: Esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.
2. La autoimagen: El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.
3. El dominio de un rol o papel: Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado, etc. Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.
4. Interdependencia: La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

c. Objetivo del modelo.

Que el individuo llegue a un máximo nivel de adaptación y evolución. Roy indica en su modelo que:

- a) Un sistema es un conjunto de elementos relacionados de tal modo que forman un todo o la unidad.
- b) Un sistema es un todo que funciona como tal en virtud de la interdependencia de sus partes.
- c) Los sistemas tienen entradas y salidas, también tienen procesos de control y feed-back.
- d) La entrada o input, en su forma de criterio suele relacionarse con la noción de información.
- e) Los sistemas vivos son más complejos que los mecánicos, y tienen unos elementos de feed-back que organizan su funcionamiento general.

El ser humano, a su vez, se halla en un determinado punto de lo que denomina el «continuum» (o trayectoria) salud-enfermedad. Este punto puede estar más cercano a la salud o a la enfermedad en virtud de la capacidad de cada individuo para responder a los estímulos que recibe de su entorno. Si responde positivamente, adaptándose, se acercará al estado de salud, en caso contrario, enfermará.

La salud es un estado y un proceso de ser y llegar a ser integrado y global. Esta se puede ver modificada por los estímulos del medio, que para Callista son:

- Estímulos focales. Cambios precipitados a los que se ha de hacer frente.
- Estímulos contextuales. Todos aquellos que están presentes en el proceso.
- Estímulos residuales. Son los valores y creencias procedentes de experiencias pasadas, que pueden tener influencia en la situación presente. Por ejemplo, abrigo, tratamientos caseros.

d. Uso del modelo de enfermería de Roy en la investigación.

El modelo de Callista Roy se centra en la adaptación del humano, los conceptos de persona, salud, enfermería y entorno están relacionados en un todo global.

Por lo tanto, como se considera al humano un ser biopsicosocial este está en constante cambio y adaptación influido por un entorno y sistema cambiante.

Debido a esto, el modelo nos permitirá entender cómo los factores psicosociales del trabajo pueden interferir en la relación trabajo-familia de los profesionales de la salud, específicamente enfermeros y técnicos de enfermería de nivel superior del sistema de salud chileno ya que considera al entorno (trabajo) como medio influenciable en el ser humano.

Capítulo V: Pregunta de investigación.

A continuación, se muestra la pregunta planteada para esta investigación.

¿Cuáles son las diferencias en factores psicosociales e interferencia trabajo/familia entre Enfermeros/ as y Técnicos en Enfermería de nivel superior del sistema de salud chileno en los años 2012-2013?

Capítulo VI: Objetivos de la investigación.

1. Objetivo General:

Establecer las diferencias de los factores psicosociales e interferencia trabajo/familia entre Enfermeros y Técnicos en Enfermería de nivel superior del sistema de salud chileno en los años 2012-2013.

2. Objetivos específicos:

- Caracterizar socio demográficamente la muestra del estudio entre Enfermeros y Técnicos en Enfermería de nivel superior del sistema de salud chileno entre los años 2012 y 2013.
- Describir los factores psicosociales del trabajo entre Enfermeros y Técnicos en Enfermería de nivel superior del sistema de salud chileno entre los años 2012 y 2013.
- Describir interferencias trabajo-familia entre Enfermeros y Técnicos en Enfermería de nivel superior del sistema de salud chileno entre los años 2012 y 2013.
- Establecer las diferencias de factores psicosociales e interferencia trabajo-familia al comparar a Enfermeros y Técnicos en Enfermería de nivel superior del sistema de salud chileno entre los años 2012 y 2013.

Capítulo VII: Metodología.

1.Diseño del estudio.

Esta investigación corresponde a un estudio descriptivo de tipo transversal con carácter comparativo.

El carácter transversal del estudio nos permitió estudiar la comparación de ambos grupos de la muestra y variables en un solo punto en el tiempo.

Se evaluó la frecuencia de la interferencia en la relación trabajo-familia y asociativo con la comparación de 2 grupos: enfermeros/as y técnicos de Enfermería de nivel superior del sistema de salud chileno.

2.Población y muestra.

La población objetivo de la investigación correspondió a enfermeras/os y técnicos en Enfermería nivel superior del sistema de salud chileno, ya sea de hospitales públicos, centros de atención primaria en salud y centros de salud privados.

Dicha muestra fue seleccionada de modo no probabilístico, en la cual se utilizó una población de 463 trabajadores de establecimientos del sistema de salud chileno en los años 2012-2013.

3. Variables.

En las siguientes tablas se presentan las variables utilizadas en el estudio.

Tabla 1: Variables Sociodemográficas.

	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Opciones de respuesta.	instrumento de medición.
Sociodemográfico					
Profesión (Enfermeras/os y Técnicos de enfermería nivel superior)	Actividad laboral que requiere de preparación académica, para adquirir destrezas en el desempeño de dicha profesión.	Identificación de profesión en que hay como opción Enfermero/a o Tens	Cualitativo.	Enfermeros Tens	Cuestionario sociodemográfico
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen el sexo, hombre o mujer.	Identificación que hace el sujeto sobre su sexo marcando femenino o masculino	Cualitativa	Femenino Masculino	Cuestionario sociodemográfico
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Valor reportado en años	Cuantitativa	Edad: ____	Cuestionario sociodemográfico
Estado civil	condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	El estado civil reportado por los usuarios mediante el cuestionario.	Cualitativo	Soltero/a Casado/a Separado/a Viudo/a Conviviente	Cuestionario sociodemográfico

Tabla 2: Variables Sociodemográficas (continuación).

	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Opciones de respuesta.	Instrumento de medición.
Sociodemográfico					
Establecimiento de trabajo	Sitio en el cual se desempeña laboralmente el usuario	Lugar del trabajo reportado por el usuario mediante el cuestionario.	Cualitativo	Hospitales públicos. Centros de atención primaria en salud. Centros de salud privados.	Cuestionario sociodemográfico
Ingreso líquido mensual	Ingreso de dinero que recibe el usuario por parte de su empresa	Valor reportado en números por el usuario	Cuantitativo	Valor de ingreso.	Cuestionario sociodemográfico
Tipo de seguro	Tipo de seguro médico, estatal o privado.	Proporciona cobertura sanitaria, asistencia en caso de sufrir alguna dolencia o enfermedad	Cualitativo	Fonasa / Isapre	Cuestionario sociodemográfico

Tabla 3: Variables Interferencia trabajo / familia.

	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Opciones de respuesta	Instrumento de medición
Interferencia trabajo familia					
Relación de pareja (Interferencia del trabajo)	Relación en cuanto interfieren las actividades laborales en la dinámica de la relación de pareja.	Puntaje reportado por el individuo al aplicar el cuestionario Trabajo/familia respecto a la interferencia del trabajo en la relación de pareja.	Cuantitativa	1 = nunca a 5 = siempre	Cuestionario trabajo-familia
Tiempo libre.	Periodo en que no hay obligación de realizar ninguna actividad y se dedica al descanso o diversión.	Puntaje reportado por el individuo al aplicar el cuestionario trabajo familia respecto al tiempo de descanso o diversión.	Cuantitativa	1 = nunca a 5 = siempre	Cuestionario trabajo-familia
Manejo del hogar.	Actividad encargada del cuidado y manejo de las actividades del hogar	Puntaje reportado por el individuo al aplicar el cuestionario trabajo familia respecto a la actividad solicitante en el hogar	Cuantitativa	1 = nunca a 5 = siempre	Cuestionario trabajo-familia

Tabla 4: Variables Interferencia trabajo / familia (continuación).

	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Opciones de respuesta	Instrumento de medición
Interferencia trabajo familia					
Relación con los hijos.	Vínculo directo e inmediato que une a padres e hijos.	Puntaje reportado por el individuo al aplicar el cuestionario trabajo familia respecto al tipo de relación que tiene el individuo con sus hijos.	Cuantitativa	1 = nunca a 5 = siempre	Cuestionario trabajo-familia

Tabla 5: Variables Factores psicosociales.

	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Opciones de respuesta	Instrumento de medición
Factores psicosociales					
Tensión laboral	Conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento del trabajador a ciertos aspectos adversos o nocivos dentro del trabajo	Puntaje reportado por el individuo al aplicar el cuestionario JCQ respecto al subdimensión tensión laboral.	Cuantitativa.	1: totalmente en desacuerdo a 4: totalmente de acuerdo.	JCQ
Demandas psicológicas/sobrecarga	Saturación de sentimientos y/o emociones que causan un agotamiento mental	Puntaje reportado por el individuo al aplicar el cuestionario JCQ respecto al ítem de demanda psicológica.	Cuantitativa.	1: totalmente en desacuerdo a 4: totalmente de acuerdo.	JCQ

Tabla 6: Variables Factores psicosociales (continuación).

	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Opciones de respuesta	Instrumento de medición
Factores psicosociales					
Utilización de habilidades	Es la capacidad de uso de ciertas destrezas	Puntaje reportado por el individuo al aplicar el cuestionario JCQ respecto a la utilización de sus habilidades individuales dentro del ambiente laboral correspondiente al subdimensión de control laboral	Cuantitativa.	1: totalmente en desacuerdo a 4: totalmente de acuerdo	JCQ
Latitud de decisión	Autonomía que tiene el profesional de tomar decisiones.	Puntaje reportado por el individuo al aplicar el cuestionario JCQ respecto al subdimensión de control laboral, latitud de decisión.	Cuantitativa.	1: totalmente en desacuerdo a 4: totalmente de acuerdo.	JCQ

Tabla 7: Variables Factores psicosociales (continuación).

	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Opciones de respuesta	Instrumento de medición
Factores psicosociales					
Apoyo social de colegas.	Apoyo proveniente de otros individuos lo que hace sentirse estimado y valorado.	Puntaje reportado por el individuo al aplicar el cuestionario JCQ respecto al subdimensión de apoyo social.	Cuantitativa	1: totalmente en desacuerdo a 4: totalmente de acuerdo.	JCQ.
Apoyo social de jefatura.	Apoyo proveniente de la jefatura en el lugar de trabajo hacia individuos lo que hace sentirse estimado y valorado.	Puntaje reportado por el individuo al aplicar el cuestionario JCQ respecto al subdimensión de apoyo social.	Cuantitativa	1: totalmente en desacuerdo a 4: totalmente de acuerdo.	JCQ
Apoyo social total. (jefatura + colegas)	Apoyo proveniente de colegas y jefatura en el lugar de trabajo hacia individuos lo que hace sentirse estimado y valorado.	Puntaje reportado por el individuo al aplicar el cuestionario JCQ respecto al ítem de apoyo social.	Cuantitativo	1: totalmente en desacuerdo a 4: totalmente de acuerdo.	JCQ
Control laboral	Capacidad de controlar y tomar decisiones a las demandas del puesto de trabajo y su labor.	Puntaje reportado por el individuo al aplicar el cuestionario JCQ respecto a ítem de control laboral,	Cuantitativo	1: totalmente en desacuerdo a 4: totalmente de acuerdo.	JCQ

4. Instrumentos de medición.

4.1 JCQ (Job content questionnaire/ Cuestionario de contenido de trabajo) (Karasek y Theorell, 1990).

Es un cuestionario de estrés laboral derivado del modelo propuesto por Karasek en el año 1979, el cual plantea que la tensión laboral es predictora del incremento del riesgo de tensión psicológica y de enfermedad en los empleados. Este cuestionario se constituye de distintos ítems/dimensiones: Demanda psicológica (subdimensión: tensión laboral), control laboral (subdimensión: Utilización de habilidades y latitud de decisión), apoyo social total (subdimensiones: apoyo de colegas, apoyo de jefatura), inseguridad en el empleo evaluados con los mismos parámetros 1: totalmente en desacuerdo a 4: totalmente de acuerdo.

4.2. Cuestionario de interferencia trabajo-familia (Riley y Small, 1990).

Es un cuestionario que permite evaluar la interferencia en la relación de trabajo-familia, el cual fue adaptado para Chile en el 2008 (Vera, 2012), considera la interferencia del trabajo en la relación de pareja/matrimonio (2 ítems, correlación de Spearman = .43), la relación padre-hijo (4 ítems, = .89), el uso del tiempo libre (4 ítems, = .83) y el manejo del hogar (4 ítems, = .90). El rango de cada respuesta varió entre 1 = nunca y 5 = siempre.

4.3. Cuestionario sociodemográfico.

Se construyó un cuestionario que incluyó las siguientes variables: tipo de establecimiento donde trabajaba la persona participante (hospital público, CAPS y CSP), sexo, edad, estado civil (casado/a o conviviente, separado/a, divorciado/a, viudo/a, soltero/a), hijos (si- no), tipo de seguro de salud (público, privado), ingreso líquido mensual y profesión u oficio. Para esta última variable se generaron dos grupos: a) Enfermeras/os y, b) Técnicos de enfermería nivel superior.

5. Procedimiento de recolección de datos.

La aplicación de los instrumentos de medición de datos se realizó generando un cuestionario el cual fue entregado en formato presencial y vía online. Para la aplicación de formato presencial se entregó en papel a través de instructores entrenados y el formato online /electrónico se implementó a través de la página web del Colegio de Enfermeras de Chile-Asociación gremial el cual fue de auto aplicación.

Se generó un control de las respuestas entregadas mediante el número de identificación personal de los participantes, con un formato de respuesta de tipo Likert, que dependiendo de la cantidad de puntos (1 a 5 puntos) que tenga cada factor o variable se aplica un puntaje correspondiente al cuestionario en cuestión.

6. Análisis estadístico.

Para el análisis estadístico del estudio, se realizó un análisis estadístico descriptivo univariado y se utilizaron distribuciones porcentuales, medidas de tendencia central y de dispersión.

Para la evaluación y comparación de variables cuantitativas entre k muestras independientes se utilizó la prueba T student en variables que se distribuyeron normalmente/ paramétricas. En caso de no distribuirse normalmente/ no paramétricas, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney

En la asociación de dos variables se utilizó el chi-cuadrado de independencia tratándose de variables nominales y correlación de Spearman o de Pearson en el caso de dos variables ordinales o cuantitativas.

7. Consideraciones éticas.

Este estudio fue enviado al Comité Ético Científico de la Universidad de Chile donde fue aprobado. Los individuos que aceptaron participar en la investigación firmaron un consentimiento informado en el que se les explicó en qué consiste el estudio, su objetivo, los riesgos y el alcance del mismo. Los datos que son generados durante la investigación fueron manejados en base a una estricta confidencialidad. Estos datos fueron interpretados y no se darán a conocer los datos personales de los individuos participantes del estudio.

Los investigadores principales tomaron todas las medidas para resguardar la información de los participantes, esta información se guardó en un archivo reservado con acceso único para el equipo de investigación. Una vez obtenidos los resultados, se invitó a los participantes para que conozcan los hallazgos del estudio. Se elaboró un informe que quedará disponible para la comunidad científica y para la comunidad en general.

En nuestro estudio se utilizaron los criterios de Belmont:

Principios éticos básicos:

- a. Respeto por las personas: “El respeto a las personas incluye por lo menos dos convicciones éticas. La primera es que todos los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, y la segunda, que todas las personas cuya autonomía está disminuida tienen derecho a ser protegidas.” [23].. Una persona autónoma tiene la capacidad de decisión sobre sus deliberaciones y fines de carácter personal, respetando la autonomía del ser humano y abstenerse de crear obstáculos.

Lo anteriormente mencionado se resguardó, manteniendo la protección de los datos de los participantes.

- b. Beneficencia: Se dirige a resguardar el bienestar de las personas, respetando sus decisiones y protegiéndose del daño. Se formulan 2 reglas generales de este ~ 50 ~ principio ético las cuales son: no hacer daño y acrecentar al máximo los

beneficios además de disminuir los daños. Se deben explicar los beneficios y riesgos del estudio.

- c. Justicia: Este principio trata de afirmar que todos estamos en igualdad de condiciones, por lo que se debe tratar con igualdad. “¿Quién debe recibir los beneficios de la investigación y soportar su responsabilidad? Esto es una cuestión de justicia, en el sentido de «justicia en la distribución» o «lo que se merece».” Por esta razón de ambigüedad en justicia existe la distribución de cargas y beneficios, las cuales son 5:
1. A cada persona una parte igual.
 2. A cada persona según su necesidad individual.
 3. A cada persona según su propio esfuerzo.
 4. A cada persona según su contribución a la sociedad.
 5. A cada persona según su mérito.

b. Consentimiento informado:

El respeto a las personas exige que se dé a los sujetos, en la medida de sus capacidades, la oportunidad de escoger lo que les pueda ocurrir o no. Se ofrece esta oportunidad cuando se satisfacen los criterios adecuados a los que el consentimiento informado debe ajustarse.

Por lo tanto, al entregar el consentimiento informado a los participantes con posterior firma, se cumplen los principios básicos de Belmont en la presente investigación.

Capítulo VIII: Resultados.

Se elaboraron las siguientes tablas en las cuales se evidencian los resultados al comparar las características sociodemográficas, interferencia trabajo-familia y sociodemográficas entre ambas muestras (Enfermeros y Técnicos en Enfermería de nivel superior).

Características sociodemográficas según profesión:

Al observar los datos estadísticos significativos en Edad, se evidenció que el promedio de edad de la muestra total fue de (35 ± 10.4) . Donde los TENS demostraron un mayor promedio en lo que respecta a edad con (37.0 ± 11.5) y en el caso de las enfermeras/ros poseían un promedio de (34.2 ± 9.6) , teniendo así un valor estadístico significativo de $(-P = < 0.001)$.

A su vez, ésta quedó configurada con un 90% de personas con sexo femenino y un 52% presentan un estatus civil Separado(a) / Divorciado(a) / Viudo(a) / Soltero(a).

Un 38% no tiene hijos, donde los enfermeros/as demostraron un 48% y TENS 26 % $(-p 0.204)$

Respecto al tipo de seguro, un 60% pertenece a un seguro público (Fonasa) y un 40% a Seguro privado (Isapre) $(-p 0.528)$

En el caso de Ingreso líquido mensual promedio es de 705798.6 ± 365439.9 . donde se pudo observar que los Enfermeros/ras en promedio poseen un mayor ingreso líquido mensual (941166.0 ± 240919.5) y los TENS un menor ingreso líquido mensual (322988.5 ± 139218.4) , siendo así un valor estadístico significativo $(-P = < 0.001)$.

El 80% de la muestra trabaja en hospitales públicos. Donde los TENS demostraron un valor promedio de 100% y Enfermeros de 67% $(-p 0.369)$.

Tabla 8: Características sociodemográficas según profesión.

Variables		Profesión		
Sociodemográficas	Total (n=463)	Enfermeros/as	TENS	Valor -p
Edad, $\bar{x} \pm de.$	N= 35.2 $\pm$ 10.4	34.2 $\pm$ 9.6	37.0 $\pm$ 11.5	<0.001
Sexo n (%)				0.852
Femenino	N= 417 (90.1)	90%	90%	
Masculino	N= 46 (9.9)	10%	10%	
Estado civil n (%)				0.706
Casado/a o conviviente	N= 221 (48.2)	49%	47%	
Separado(a) / Divorciado(a) / Viudo(a) / Soltero(a)	N= 237 (51.7)	51%	53%	

Tabla 9: Características sociodemográficas según profesión. (Continuación).

Variables		Profesión		
Sociodemográficas	Total (n=463)	Enfermeros/as	TENS	Valor -p
Hijos n (%)				0.204
No	180 (38)	134 (47.8)	46 (25.9)	
Si	283 (61)	152 (53.1)	131 (74)	
Tipo de seguro (previsión) n (%)				0.528
Fonasa.	N= 274 (59.9)	36%	98.8%	
Isapre.	N= 183 (40.0)	63.9%	1.1%	
Ingreso líquido mensual, x_{de} ± de.	N= 705798.6 ± 365439.9	941166.0 ± 240919.5	322988.5 ± 139218.4	<0.001
Establecimiento de trabajo, n (%)				0.369
Hospitales públicos.	N= 369 (79.6)	67%	100%	
Centros de APS.	N= 29 (6.2)	10.1%	0%	
Centros de salud privados.	N= 65 (14.0)	22.7%	0%	

Características interferencia trabajo familia según profesión:

Al analizar los datos obtenidos en la tabla de características interferencia trabajo familia según profesión (tabla 2) Se puede observar que hay diferencias estadísticamente significativas en variable Relación con los hijos (-P= 0.014) se evidencia que el promedio de edad de la muestra total fue de (10.1 ± 3.8) , donde las enfermeras/ros demostraron una mayor relación con sus hijos en promedio (10.7 ± 3.8) , mientras que los TENS demostraron en comparación un promedio de (9.5 ± 3.7) . Respecto al Manejo del hogar (-P <0.001) se evidencia que el promedio de edad de la muestra total fue de (10.1 ± 3.9) , enfermeras/ros demostraron un promedio mayor respecto al manejo del hogar (10.8 ± 3.8) , mientras que los TENS demostraron un menor manejo del hogar (8.9 ± 3.7) , respecto a la variable Tiempo libre (-P <0.001) se evidencia que el promedio de edad de la muestra total fue de (10.6 ± 3.8) . Las/los enfermeras/ros demostraron en promedio un mayor tiempo libre (11.3 ± 3.8) a diferencia de los TENS quienes cuentan con un menor tiempo libre (9.5 ± 3.5)

Tabla 10: Características interferencia trabajo familia según profesión.

Variables		Profesión			
Interferencia familia	trabajo	Total (n=463)	Enfermeros/as	TENS	Valor -p
Relación de pareja, x±de.		5.4 ± 2.0	5.5 ± 2.1	5.2 ± 1.9	0.341
Relación con los hijos, x±de.		10.1 ± 3.8	10.7 ± 3.8	9.5 ± 3.7	0.014
Manejo del hogar, x±de		10.1 ± 3.9	10.8 ± 3.8	8.9 + 3.7	<0.001
Tiempo libre, x+d		10.6 + 3.8	11.3 + 3.8	9.5 + 3.5	<0.001

Características de factores psicosociales según profesión:

Al analizar los datos obtenidos en la tabla de factores psicosociales según profesión. Se puede observar que hubo diferencias significativas en Demandas psicológicas/sobrecarga (-P 0.003) donde se evidencio que el promedio total es de (28.7 ± 5.7) , mientras que por el lado de Enfermeras/ros hay un promedio mayor (29.5 ± 5.7) expresando así una mayor demanda psicológica con respecto a las demandas psicológicas con TENS (27.7 ± 5.6) Utilización de habilidades (-P 0.035) donde el promedio total fue de (38.5 ± 6.7) y en Enfermeras/ros la utilización de habilidades en promedio es mayor (39.0 ± 7.0) a diferencia con la utilización de habilidades de TENS (37.8 ± 6.2) , Latitud de decisión, $x \pm de$. (-P <0.001) con un promedio total de (33.7 ± 7.5) Enfermeras/ros poseían una mayor latitud de decisiones (35.5 ± 7.7) correspondiente al cargo que poseen como enfermeras/ros a cargo de los diferentes procedimientos a cargo, mientras que TENS poseía una menor latitud de decisiones (31.0 ± 6.4) ., Apoyo social de jefatura (-P <0.001) con un promedio total de (10.9 ± 3.1) donde los TENS demostraron un mayor apoyo social de la jefatura (11.5 ± 2.8) en comparación a las Enfermeras/ros (10.4 ± 3.2) , Control laboral (-P= <0.001) en donde el promedio total es de (72.3 ± 12.2) otro caso en el que se pudieron observar diferencias entre Enfermeras/ros los cuales demostraron un mayor control laboral (74.5 ± 12.8) a comparación de los TENS (69.1 ± 10.7) .

Tabla 11: Características de factores psicosociales según profesión.

Variables		Profesión			
Factores psicosociales	Total (n=463)	Enfermeros/as	TENS		Valor -p
Demandas psicológicas/sobrecarga, x±de.	28.7 ± 5.7	29.5 ± 5.7	27.7 ± 5.6		0.003
Control laboral, x±de.	72.3 ± 12.2	74.5 ± 12.8	69.1 ± 10.7		<0.001
Utilización de habilidades, x±de.	38.5 ± 6.7	39.0 ± 7.0	37.8 ± 6.2		0.035
Latitud de decisión, x±de.	33.7 ± 7.5	35.5 ± 7.7	31.0 ± 6.4		<0.001
Apoyo social de colegas, x±de.	12.0 ± 2.4	12.0 ± 2.4	12.0 ± 2.3		0.952
Apoyo social de jefatura, x±de.	10.9 ± 3.1	10.4 ± 3.2	11.5 ± 2.8		<0.001
Inseguridad laboral, x±de.	4.1 ± 1.3	4.1 ± 1.4	4.0 ± 1.1		0.546

Capítulo IX: Discusión.

En el siguiente apartado, se analizan y discuten los resultados obtenidos en la sección anterior. El objetivo de la presente tesis es diferenciar los factores psicosociales en lo que concierne a tensión laboral, demandas psicológicas/sobrecarga, utilización de habilidades, latitud de decisión, apoyo social de jefatura, colegas y total, control laboral y la interferencia en la relación trabajo - familia de los enfermeros y técnicos en enfermería de nivel superior del sistema de salud chileno en los años 2012 y 2013.

Para el análisis estadístico del estudio se realizó una revisión y extracción de información, encontrando como resultado diferentes datos estadísticos significativos al comparar a los enfermeros y técnicos en enfermería de nivel superior de Chile y otros países del mundo.

Durante la recolección de datos, encontramos que:

Características Sociodemográficas:

Estudio realizado en Jordania [13] establece la relación e incidencia con la satisfacción laboral y la interferencia trabajo-familia con la edad de los profesionales de enfermería. Demostrando que la satisfacción laboral y la edad de las enfermeras tienen una asociación negativa y significativa con la interferencia trabajo- familia ($P=0.001$) dando como resultado que las enfermeras más jóvenes experimentaban baja satisfacción laboral informando un mayor nivel de interferencia en la relación de trabajo -familia. Al comparar dicho resultado con nuestro estudio se concuerda que la edad es un factor influyente en desempeño laboral al interferir en la relación trabajo- familia (wfc) ($P= 0.001$)

Un estudio realizado en Brunéi, Darussalam [14] demuestra resultados en donde la edad no es un dato significativo para la interferencia trabajo -familia, con un valor ($P= 0.104$) y en lo que respecta a estado civil podemos ver que no es un dato relevante, con un valor de ($P=0.116$). Mientras que en nuestro estudio podemos concluir que, a diferencia del estudio revisado, observamos que efectivamente la edad es una característica sociodemográfica que influye en el desempeño laboral con un valor de ($P= 0.001$). Y al igual que el estudio

revisado, nuestros resultados apuntan a que el estado civil de la persona no influye en el desempeño laboral y no es un dato estadístico significativo, con un valor de ($P= 0.706$).

Estudio realizado en Muscat, Omán [15] se obtuvo como resultado dentro de las variables sociodemográficas que la edad de los profesionales de enfermería está correlacionada negativa y significativamente con la relación trabajo-familia con un valor de ($P=<0.001$) lo cual, además, se correlacionó negativamente con la satisfacción laboral y desempeño laboral. En nuestro estudio la característica sociodemográfica de edad influye en la satisfacción y desempeño laboral con un valor de ($P= <0.001$). Los profesionales de enfermería más jóvenes informaron un mayor nivel de interferencia trabajo-familia en comparación a los de mayor edad.

Factores psicosociales:

Estudio realizado en USA, Texas, Dallas [16] demostró que el apoyo social en el lugar de trabajo tuvo un efecto positivo sobre la satisfacción con el equilibrio trabajo-familia ($P= <0.001$).

El apoyo social es muy importante en el lugar de trabajo ya que se asocia a un menor malestar psicológico, a diferencia de las enfermeras que no sienten apoyo social de sus colegas parecen experimentar niveles más altos de malestar psicológico. Mientras que nuestros resultados sobre apoyo social se dividen en 2: Apoyo social de los colegas, el cual no es un dato estadístico significativo para el estudio con un valor ($P= 0.952$), por otro lado, tenemos el apoyo social de la jefatura, el cual si es un dato estadístico significativo con un valor ($P= <0.001$). Es importante contar con un apoyo interno en el ambiente laboral, para prevenir y disminuir factores psicológicos que se puedan expresar, como la depresión, ansiedad y/o burnout.

Interferencia trabajo familia:

Estudio realizado en Accra, Ghana [19]. Se demostró que el agotamiento y las largas horas de trabajo/sobrecarga se correlacionaron significativamente y asociaron con niveles más altos de interferencia trabajo-familia (wfc) ($P = < 0,05$). Sin embargo, el número de hijos y el tiempo en manejo del hogar dieron como resultado ($P = > 0,05$) por lo que no es un dato estadístico significativo.

En nuestro estudio podemos decir que el manejo del hogar si interfiere en la relación trabajo- familia obteniendo un valor estadístico de ($P = < 0.001$). Contrariamente, el número de hijos al igual que el estudio anteriormente nombrado, no es un dato estadístico significativo influyente en la interferencia trabajo-familia con un valor de ($P = 0.204$).

Capítulo X: Conclusión.

Esta investigación tuvo como objetivo estudiar los factores psicosociales y cómo estos interfieren en la relación trabajo / familia entre enfermeros y técnicos en enfermería de nivel superior del sistema de salud chileno.

Durante el desarrollo del estudio se ha demostrado que los factores psicosociales mencionados interfieren en la relación trabajo / familia. Además de obtener resultados con diferencias significativas entre enfermeros y técnicos de enfermería de nivel superior. Las cuales, son relacionadas tanto a las demandas que desempeña cada rol en su área de trabajo, en donde cada función posee mayor o menor dificultad para desempeñarse. Si hablamos de los resultados obtenidos en interferencia trabajo / familia, los enfermeros poseen un mayor promedio en comparación a los técnicos en enfermería de nivel superior. Demostrando así, que los enfermeros poseen un mayor índice de interferencia trabajo / familia a causa de sus largas horas de trabajo, como también el exhaustivo rol que deben cumplir, tareas, desgaste emocional generado al trabajar con pacientes, dejando de lado el enfoque personal, su tiempo libre, manejo del hogar, la relación con los hijos y la relación de pareja. En relación a las características de factores psicosociales según la profesión, nuevamente los enfermeros poseen un mayor promedio, con excepción en la variable apoyo social de la jefatura.

Los resultados cambian en cada país por diversos factores, como desarrollo, implementación de leyes y protocolos como la ley 16.744 o el protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales en el trabajo implementada en Chile [2][3], el cual regula situaciones y condiciones inherentes al trabajo y relacionadas al tipo de organización, al contenido del trabajo y la ejecución de la tarea. Teniendo la capacidad de afectar en forma positiva o negativa, el bienestar y salud (física, psíquica o social) del trabajador. Esto depende de las implementaciones y las vías de desarrollo enfocadas a los riesgos psicosociales. Así como también los factores culturales sociales de cada país.

La presente tesis contribuye a visibilizar y diferenciar los roles entre los profesionales de enfermería y técnicos en enfermería de nivel superior en el sistema de salud chileno.

Donde se evidencia que el cargo del profesional de enfermería tiene una mayor demanda psicológica, interfiriendo en la relación trabajo / familia de los mismos, en comparación con los técnicos de enfermería. Conllevando así a un mayor riesgo para la salud.

Este enfoque resultará útil para ampliar nuestra comprensión del impacto de los factores psicosociales sobre la enfermería y su labor. Lo cual, ayudará a mejorar las predicciones del impacto en la interferencia de la relación trabajo / familia. Demostrando la importancia de un cuidado físico, psicológico y social de los profesionales en el trabajo y ejecución de sus tareas de tal forma que se logre evitar un efecto negativo en la relación trabajo/familia.

El modelo de Callista Roy define que el humano es un ser biopsicosocial en relación a su entorno, el cual considera cambiante, intentando adaptarse a los aspectos de la vida, principalmente, fisiológico, autoimagen, dominio del rol y la interdependencia. Callista Roy habla de sistemas y adaptabilidad del ser humano, de cómo el humano se adecua a estos factores ya nombrados. En este caso, en enfermeros/as y técnicos en enfermería de nivel superior, podemos relacionar los sistemas mencionados por Callista Roy como el entorno laboral y el entorno familiar, y en cómo ambos sistemas poseen diferentes factores psicosociales a los cuales se deben adaptar. En el caso del dominio del rol, tanto enfermeros como técnicos de enfermería de nivel superior deben asumir un rol dentro de su sistema laboral y a la vez otro rol dentro de su sistema familiar. Estos sistemas poseen puertas de entrada y de salida proporcionando feedback, ayudándonos a entender los factores psicosociales del trabajo que pueden interferir con la relación trabajo familia.

En base al análisis realizado, se demostró que la hipótesis de la investigación se confirma. Dejando en evidencia que existen diferencias en factores psicosociales entre enfermeros y técnicos en enfermería de nivel superior. Interfiriendo, además, en la relación trabajo / familia.

Capítulo XI: Referencias bibliográficas.

1. Rae.es. [citado el 13 de junio de 2022]. <https://dle.rae.es/trabajo>
2. Suceso.cl. [citado el 1 de septiembre de 2022].
https://www.suseso.cl/606/articles-19640_archivo_09.pdf
3. Biblioteca del Congreso Nacional. Biblioteca del Congreso Nacional [Internet].
www.bcn.cl/leychile. [citado el 1 de septiembre de 2022].
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=28650>
4. Biblioteca del Congreso Nacional. Biblioteca del Congreso Nacional [Internet].
www.bcn.cl/leychile. [citado el 1 de septiembre de 2022].
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=9391>
5. SUSESO ISTAS 21: Superintendencia publica nueva regulación sobre medición de Riesgos PsicoLaborales [Internet]. SUSESO: Prensa. [citado el 13 de junio de 2022]. <https://www.suseso.cl/605/w3-article-633.html>
6. Canales-Vergara M, Valenzuela-Suazo S, Paravic-Klijn T. Condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería en Chile. Enferm univ [Internet]. 2016;13(3):178–86.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300215>
7. Del Prado J. Modelo demanda – control - apoyo social de Karasek [Internet]. Blog de PRL - IMF Smart Education. IMF International Business School; 2013 [citado el 5 de enero de 2023]. Disponible en: <https://blogs.imf-formacion.com/blog/prevencion-riesgos-laborales/actualidad-laboral/modelo-demanda-control-apoyo-social-de-karasek/>

8. Definiciones [Internet]. ICN - International Council of Nurses. [citado el 13 de junio de 2022].: <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones> (cap IV)
9. Següel Palma F, Valenzuela Süazo S, Sanhueza Alvarado O. El Trabajo Del profesional DE enfermería: Revisión DE la literatura. Cienc enferm (Impresa) [Internet]. 2015 [citado el 13 de junio de 2022];21(2):11–20.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000200002
10. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo E, Siegrist J. El trabajo y sus repercusiones en la salud. El modelo “Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa- DER”. Rev Calid Asist [Internet]. 2005;20(3):165–70.
[http://dx.doi.org/10.1016/s1134-282x\(08\)74743-2](http://dx.doi.org/10.1016/s1134-282x(08)74743-2)
11. Burke M, Colella A. Org.co. [citado el 13 de junio de 2022].
<http://www.scielo.org.co/pdf/cadm/v20n34/v20n34a07.pdf>
12. REMCO - Conflicto Trabajo-Familia [Internet]. Unegocios.cl. [citado el 13 de junio de 2022]. <https://escalas.unegocios.cl/escala-fulldetalle.php?cat=321>
13. AlAzzam M, AbuAlRub RF, Nazzal AH. The relationship between work-family conflict and job satisfaction among hospital nurses. Nurs Forum [Internet]. 2017;52(4):278–88. <http://dx.doi.org/10.1111/nuf.12199>
14. Haji Matarsat HM, Rahman HA, Abdul-Mumin K. Work-family conflict, health status and job satisfaction among nurses. Br J Nurs [Internet]. 2021;30(1):54–8.
<http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2021.30.1.54>

15. Labrague LJ, Ballad CA, Fronda DC. Predictors and outcomes of work-family conflict among nurses. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2021 [citado el 19 de junio de 2022];68(3):349–57. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33165960/>
16. Barnett MD, Martin KJ, Garza CJ. Satisfaction with work-family balance mediates the relationship between workplace social support and depression among hospice nurses. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2019;51(2):187–94.: <http://dx.doi.org/10.1111/jnu.12451>
17. Schwartz SP, Adair KC, Bae J, Rehder KJ, Shanafelt TD, Profit J, et al. Work-life balance behaviours cluster in work settings and relate to burnout and safety culture: a cross-sectional survey analysis. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2019 [citado el 22 de junio de 2022];28(2):142–50. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2018-007933>
18. Wu Y, Zhou X, Gong Y, Jiang N, Tian M, Zhang J, et al. Work-family conflict of emergency nurses and its related factors: A national cross-sectional survey in China. *Front Public Health* [Internet]. 2021 [citado el 22 de junio de 2022];9:736625. <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2021.736625>
19. Asiedu EEA, Annor F, Amponsah-Tawiah K, Dartey-Baah K. Juggling family and professional caring: Role demands, work-family conflict and burnout among registered nurses in Ghana. *Nurs Open* [Internet]. 2018 [citado el 23 de junio de 2022];5(4):611–20. <http://dx.doi.org/10.1002/nop2.178>
20. Leineweber C, Chungkham HS, Westerlund H, Tishelman C, Lindqvist R. Hospital organizational factors influence work-family conflict in registered nurses: Multilevel modeling of a nation-wide cross-sectional survey in Sweden. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2014;51(5):744–51. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002074891300271X>

21. Wang Y, Chang Y, Fu J, Wang L. Work-family conflict and burnout among Chinese female nurses: the mediating effect of psychological capital. BMC Public Health [Internet]. 2012 [citado el 23 de junio de 2022];12(1):915.
<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-91>
22. Bonfill Accensi E, Lleixa Fortuño M, Sáez Vay F, Romaguera Genís S. Estrés en los cuidados: una mirada desde el modelo de Roy. Index Enferm [Internet]. 2010 [citado el 5 de enero de 2023];19(4):279–82. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300010
23. El informe de Belmont. [Online].; 1979. Available from:
<http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>.