

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA

**Satisfacción laboral, Situación contractual, Formación y Capacitación en
Enfermería**

Por: Vanesa Erica Blanco

Director: Lic. Ruth Castillo

Docente Asesor: Lic. Natalí Córdoba

Rosario, Febrero 2020

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina

Resumen

La Formación y Capacitación permanente en Enfermería son mencionadas en la actualidad, como un aspecto de fundamental importancia, especialmente las vinculadas a áreas específicas, que requieren además, contar con personal que pueda desempeñarse en un clima laboral que permita explotar sus potencialidades y desarrollar nuevas habilidades. El objetivo general de este proyecto de investigación será analizar la relación entre el nivel de Satisfacción Laboral, la Situación Contractual, el nivel de Formación y la capacitación en el personal de Enfermería del servicio de Neonatología, que se desempeña en un Hospital Público de la localidad de Granadero Baigorria durante el año 2020.

El abordaje metodológico será cuantitativo, con un diseño de tipo observacional analítico. Según la ocurrencia del fenómeno a investigar el estudio será de tipo Prospectivo. Y por el período y secuencia, será de corte Transversal. Se utilizará como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario elaborado y validado por Aranaz, para medir los niveles de Satisfacción Laboral con una escala tipo Likert y se diseñará otro para las variables “Situación Contractual”, “Nivel de formación” y “Capacitación en el área”. Se realizará un análisis de estadística descriptiva de la distribución de los datos y se obtendrán los porcentajes para cada variable. Serán presentados a través de un histograma y de tablas de doble entrada.

Palabras clave: Satisfacción laboral, enfermería neonatal, situación contractual, capacitación neonatal, formación de enfermería, educación de enfermería, salud.

INDICE GENERAL

| | Pág. |
|--|-----------|
| Resumen y Palabras Clave | 2 |
| Índice General | 3 |
| Introducción | |
| Estado del Arte | 4 |
| Planteamiento del problema en estudio | 8 |
| Hipótesis y objetivos | 8 |
| Marco Teórico | 10 |
| Material y Métodos | |
| Tipo de estudio | 35 |
| Sitio y contexto de la investigación | 35 |
| Población y Muestra | 36 |
| Técnicas e instrumentos para la recolección de datos | 36 |
| Operacionalización de Variables | 38 |
| Plan de análisis | 44 |
| Plan de trabajo y cronograma | 45 |
| Anexos | 46 |
| I. Guía de estudio de convalidación de sitio | 47 |
| II Instrumento de recolección de datos | 48 |
| Consentimiento Informado | 55 |
| III Resultados del estudio exploratorio | 57 |
| IV Resultados de la prueba piloto del instrumento | 59 |
| Bibliografía | 60 |

Introducción y Estado del Arte

Los términos “capacitación” y “formación Profesional”, generalmente hacen referencia a la naturaleza de la ocupación, del empleo y a la forma de ejercerlo que tiene esa persona. En lo que respecta a Enfermería como profesión, más allá del debate o de la reivindicación pendiente en nuestro país, acerca del “reconocimiento” profesional, sabemos que la educación, la capacitación y la formación es (o debería ser) permanente. Principalmente si de lo que se trata es de llevar adelante un cambio de paradigma, como el que propone el Programa de “Maternidad segura y centrada en la familia”, al cual adhiere el Hospital que se seleccionó para llevar adelante este proyecto de investigación.

A medida que avanzan las investigaciones, los conocimientos y descubrimientos en cuanto a tratamientos, terapéuticas, modos de gestionar, que se perfeccionan o inventan nuevos aparatos, técnicas, dispositivos, la formación, en general, y la especialización profesional en un área determinada, en particular, cobra mayor importancia. Es por ello que la capacitación permanente se establece, dentro del Programa de Maternidad Segura y Centrada en la Familia, como una condición necesaria (junto a otros requisitos) para que una maternidad sea considerada “segura”. De esta manera se señala: “Es un cambio de la cultura organizacional centrado en la mujer, en la familia y en el recién nacido; enfocado en la seguridad y en la prevención del error; orientado a las buenas prácticas y las intervenciones basadas en la evidencia científica; apoyado en el desarrollo de habilidades técnicas y en la capacitación continua; y afirmado en la responsabilidad, compromiso, comunicación y valores del equipo de salud.” (MSCF, 2012)

Por esta razón tanto los Hospitales públicos como las instituciones privadas buscan capacitar a sus enfermeros o promueven la asistencia a congresos, cursos, seminarios, etc., que no sólo favorecen una especialización en un campo determinado sino que facilita y genera un crecimiento personal del individuo. Ese crecimiento personal va a estar mediado también por otros factores, algunos que pueden depender directamente de la persona, otros que no dependen directamente de ella, como la forma de contratación de la institución, que puede brindarle (o no) facilidades para ese desarrollo y crecimiento personal como profesional. Y otros en los cuales puede haber una combinación de factores como por ejemplo en lo que respecta a la satisfacción laboral o a la motivación.

En este proyecto de investigación se abordará la relación entre las variables “Nivel de Satisfacción Laboral”, “Situación Contractual” y “Nivel de formación y Capacitación en el área”.

El interés por el tema en estudio surge de la relevancia que adquieren estas variables, en un servicio de neonatología que por sus características específicas y grado de complejidad, requiere de la actualización de conocimientos, de la adquisición de habilidades prácticas y por ello de una continuidad laboral y de permanencia en el sector para poder desenvolver todas las tareas que presentan grandes exigencias, y que no se desarrolla en forma equitativa en todo el personal que actualmente se desempeña en el servicio.

La importancia que adquieren estas variables se ven reflejadas dentro de los lineamientos del Programa de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF), pero también en los antecedentes de algunos conceptos desarrollados por E. Merhy, quien señalaba, ya para el año 2006, que : “La Educación Permanente para la OPS es una estrategia para la construcción de procesos más eficaces para el "desarrollo del personal de salud", que parten de la realidad concreta y son más participativos” (Merhy, 2006)

“El proceso de trabajo en salud es tomado, entonces, como objeto de reflexión con la participación activa de los trabajadores de salud. Los procesos educativos se construyen a partir de la realidad de los trabajadores, de sus concepciones y de sus relaciones de trabajo.” (Merhy, 2006)

De igual forma, el estudio de estas variables, continua teniendo una enorme actualidad, ya que, como señala la Dra., en Enfermería Liliana Ponti, “La situación económica y laboral, en el ámbito asistencial, nos muestra la realidad. Las mismas actividades son realizadas por enfermeros que sólo han cursado nueve meses de estudios formados para propiciar la higiene y el confort del sujeto de la atención, como por aquellos que han cursado de dos años y medio a cuatro. Investigaciones actuales (Wairmenan, 1998) muestran la descalificación que sufre enfermería, no sólo en el ámbito económico sino también ante la diversidad de planes de formación (Auxiliar, Enfermería Profesional y Licenciatura en Enfermería)” (Ponti L. , 2016)

Es por ello que el tema seleccionado se considera de gran importancia para el servicio y para el área materno infantil de la región y por lo tanto para la Salud Pública en la Provincia. Puesto que abordará variables que podrían ayudar a establecer el contexto -con sus fortalezas y debilidades- en el cual se recibe el ingreso y transcurre la internación de Recién Nacidos con patologías médico-quirúrgicas con compromiso vital, con Síndromes de Distres Respiratorio Grave, y que su calidad de vida posterior dependerá en gran parte, de las situaciones por las que atraviesen en este periodo tan complejo y delicado del crecimiento y del desarrollo.

Distintos estudios e investigaciones, que se mencionarán más adelante, vinculadas a las variables seleccionadas, ponen de relieve los problemas del déficit de personal, la planificación del recurso

humano en función de su formación y las condiciones de trabajo o clima organizacional, las dificultades que se presentan en el proceso de formación de las enfermeras, los factores vinculados a la satisfacción laboral y a la motivación, las desventajas de la situación laboral, los determinantes políticos e institucionales en las condiciones de trabajo y el ambiente laboral, entre otros.

Como antecedente del tema en Argentina podemos mencionar que ya para el año 2010 como parte de las conclusiones del Encuentro Nacional de Neonatología realizado en la Maternidad Ramón Sarda, se planteaban problemas vinculados al déficit de formación de enfermeros licenciados, a la falta de oportunidades para la especialización, debido a la mala remuneración, contratos transitorios, sobrecarga de trabajo, no reconocimiento como profesionales y falta de incentivos por mayor capacitación. (Larguia, 2010)

Por tal motivo, en un reciente estudio publicado en una revista cubana de divulgación científica, pero realizado en la ciudad de Rosario, se investigó con qué frecuencia se aplican los procesos de cuidados, qué se conoce y qué dificultades se presentan en las diferentes etapas de su aplicación (Ponti L. , 2017).

De dicho estudio se desprende como conclusión, que las etapas que llevan a las enfermeras a elaborar los procesos de atención, se ven interrumpidos debido a la sobrecarga laboral. Y a que el proceso de atención es más utilizado durante la etapa de formación del profesional, durante la etapa de estudiante, que cuando la persona ya se encuentra trabajando. “El mayor porcentaje de los encuestados se encuentran en la sala de neonatología 40%, le sigue en un 26% el servicio de clínica, en un 13% el instituto de cardiología, en proporciones similares las áreas críticas y la cantidad de estudiantes en práctica pre profesional. En los datos relacionados a la frecuencia de realización del PAE, se advierte que el servicio de neonatología es el que más lo ejecuta en su actividad diaria, seguido en frecuencia de la sala de clínica y el instituto cardiológico. Los estudiantes lo realizan en casi la totalidad de la población encuestada. Se infiere que el casi 65% de los encuestados realizan el PAE siempre en su actividad diaria y el 24% casi siempre”. (Ponti L. , 2017)

Otro estudio reciente, realizado en la Ciudad de BsAs, en el año 2017, parte de considerar la gran faltante de enfermeras en el país (80.000) y se planteó como objetivo, analizar la percepción que las enfermeras y enfermeros tienen acerca de la profesión y su relación con la práctica laboral, su formación, y su salud en relación con su nivel de formación. Los resultados arrojados expresan diferencias en la forma de percibir el déficit de enfermeros, la educación, la salud, la satisfacción laboral y género. Y destaca que la falta de reconocimiento profesional y los bajos salarios son problemas relacionados con ese déficit. (Dushkin, 2014)

De la misma manera, la Prof. Lic. Rose Mari Soria, Especialista en Enfermería Neonatal (Universidad Austral. Fundasamin) describe como la falta de enfermeras en Neonatología se ve exacerbada debido a la creciente complejidad del área y al tipo de paciente que requiere de profesionales con una alta capacitación. Confirmando o dando cuenta, de que la formación especialmente en neonatología, es una necesidad impostergable para las características de estos servicios. (Soria, 2014)

Otras investigaciones han estudiado la relación entre el género y los factores de riesgo en enfermería. Poniendo de relieve la doble explotación que se presenta al ser una profesión con presencia mayoritariamente femenina, sumando además la sobrecarga laboral, el doble empleo, los bajos salarios, denominadores comunes en enfermería, que aumentan los riesgos psicosociales. Concluyendo que el Estado, los empresarios y los sindicatos son actores fundamentales para revertir las condiciones de vulnerabilidad de las mujeres en el ámbito laboral. (Ortega, 2019)

Desde un abordaje más amplio, nos encontramos con una investigación que analiza las diferentes políticas en Argentina, aplicadas al Recurso Humano en Salud, donde se vincula el desempeño, tanto con el interés por participar en una construcción colectiva (colegios, sindicatos) como también con el nivel de sus salarios, la estructura de sus contratos y los horizontes de crecimiento profesional en el mediano plazo. Se abordaron los problemas del salario y el doble empleo, desde una perspectiva nacional, tomando para el análisis cinco provincias: Neuquén (Patagonia), Salta (Noroeste), Chaco (Noreste), La Rioja (Cuyo) y Metropolitana (CABA), donde se estudiaron normativas y realidades socioeconómicas diferentes. Concluyendo que los bajos salarios y el doble empleo son emergentes de una serie de factores encadenados que requieren ser abordados nacionalmente para poder brindar una visión de conjunto. (Maceira, 2015)

Otro estudio exploratorio sobre las condiciones de trabajo de las enfermeras en Argentina, describe las diversas formas de agremiación, que estaría diluyendo la fuerza para imponer las demandas específicas del sector. Y como esto se traduce en la configuración de salarios bajos, múltiples empleos, etc. que inciden en las condiciones laborales. (Aspiazu, 2017)

Desde el punto de vista de las condiciones de trabajo, la mayoría de los autores y artículos consultados, coinciden en que la enfermera desempeña sus actividades en diferentes contextos laborales ubicados dentro de una organización o estructura Institucional donde se dan condiciones de trabajo intensas en carga física y mental que necesariamente tiene influencia sobre ella (por ejemplo: estrés emocional y fatiga). Y en que existen, por un lado, condiciones materiales, como: higiene, seguridad y comodidad, relacionadas con políticas institucionales, horarios, salarios y

estabilidad laboral. Y por otro, condiciones de orden psicosocial y que corresponden a las características del trabajo. (Grisolia, 2017)

El interés por el estudio de la Satisfacción en el trabajo, en términos generales, es mucho más antiguo y se ha estudiado en forma más exhaustiva por muchos autores. Pero no hay muchos autores que hayan abordado de forma integral y conjunta el problema de la educación, la formación y el trabajo como lo hizo el Doctor en Salud Colectiva por la UNICAMP, Brasil, Emerson Elías Merhy, quien además es Docente en planificación y Gestión en Salud (UNICAMP) y profesor del Programa de Posgrado en Clínica Médica en la UFRJ donde coordina la línea de investigación Micropolítica del Trabajo y Cuidado en Salud. Quien se centra, como se mencionó antes, en la temática del trabajo, la educación, la producción del cuidado y la subjetividad, es por ello, el autor que se tomará como sustento teórico principalmente para las variables de formación y capacitación en el área.

Por consiguiente, dado que todo trabajo humano es un proceso “social”, se tomarán también como fundamentos teóricos, las concepciones o postulados filosóficos de Carlos Marx, los cuales están vinculados con la percepción que conduce a reflexionar sobre los cuidados de salud conectados a las ciencias sociales, especialmente a la Filosofía, a la política y a las Ciencias Económicas. De este modo, sobre la forma en que analizó y estudió el trabajo, las relaciones sociales de producción y todo lo que de esas relaciones se desprenden, permitirá comprender, por lo menos en gran parte, a las prácticas de los cuidados en salud, las relaciones interpersonales entre los profesionales que cuidan, hacen promoción de salud y realizan valoraciones acerca de los problemas socio- sanitarios.

A través de este recorrido es que se plantea el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es la relación entre el nivel de satisfacción laboral, con la situación contractual y el nivel de formación y capacitación del personal de enfermería de un servicio de Neonatología perteneciente a un Hospital público en la localidad de Granadero Baigorria, en el año 2020?

La hipótesis planteada es que el personal de planta permanente tendrá una formación y capacitación más elevada, y se encontrará más satisfecho laboralmente, que aquel personal que se encuentra con contratos temporarios y con mayores dificultades para acceder a la formación y capacitación en el área.

Teniendo en cuenta la hipótesis planteada, el objetivo general será analizar la relación entre el nivel de satisfacción laboral, la situación contractual y el nivel de formación y capacitación en el área, del personal de Enfermería del servicio de Neonatología, que se desempeña en un Hospital Público de la localidad de Granadero Baigorria, durante el año 2020.

Los objetivos específicos incluirán: 1) Conocer qué tipo de capacitación recibe, el personal de enfermería neonatal del efector seleccionado. 2) Conocer las modalidades de contratos de trabajo que se presentan en el servicio. 3) Conocer cómo influye la condición de “contrato transitorio” en la posibilidad de formarse y capacitarse. 4) Describir las diferentes teorías educativas que podrían implementarse en la formación y capacitación de los enfermeros. 5) Describir los diferentes tipos de capacitación. 6) Conocer la formación de grado de los enfermeros del servicio. 7) Describir las diferentes teorías acerca de la satisfacción laboral. 8) Conocer el nivel de satisfacción laboral de las enfermeras del servicio seleccionado.

El propósito de la investigación es, por un lado, diseñar un programa de capacitación interna, del servicio, que contenga un plan de capacitación para el personal de nuevo ingreso y de capacitación continua para todo el plantel de enfermería de la sala. Con una visión que incluya las prioridades en las necesidades de atención centradas en el paciente (binomio) pero que también contemple las necesidades que pueda presentar el personal como consecuencia de encontrarse bajo contratados temporarios.

Marco Teórico

La Satisfacción laboral, se ha estudiado en forma muy exhaustiva por diferentes autores, algunos de los cuales han desarrollado diferentes teorías, desde diferentes ramas de las ciencias como la psicología, la filosofía, o la economía. Y la han definido a partir de sus estudios, investigaciones y teorías.

Según John Locke, la satisfacción laboral es un "estado emocional positivo o placentero de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto". (Locke, 1956)

“Cuando la satisfacción se entiende como resultante de una evaluación se pone de manifiesto la divergencia entre los valores del individuo, lo que espera de su empleo y la percepción que tiene de su empleo “ (Locke, 1956)

De modo similar, Paul Muchinsky, en sus estudios de “La psicología aplicada al trabajo”, considera que es una respuesta afectiva y emocional del individuo ante determinados aspectos de su trabajo. Es la medida en la que la persona obtiene placer de su trabajo. (Schein, 1982)

De esta manera podría decirse que la satisfacción laboral es una percepción subjetiva e individual producto de una valoración afectiva de las personas dentro de una organización frente a su trabajo y a las consecuencias que se derivan de éste. En donde tanto las particularidades de cada persona, como el entorno y el contexto juegan un papel fundamental, como lo demuestran las diferentes teorías que se mencionaran más adelante, evidenciando que es una variable en la cual influyen, de diferentes maneras, múltiples dimensiones, como la motivación, la monotonía, el exceso de trabajo, las tensiones relacionadas con el puesto, la remuneración obtenida, etc.

Estas particularidades desarrollarán un conjunto de expectativas, necesidades y aspiraciones en relación a las áreas personal y laboral que será las que determinen los distintos niveles de satisfacción. (Schein, 1982)

Las primeras investigaciones acerca de la satisfacción laboral propiamente dicha, fueron realizadas por Hoppock, en el año 1935, generando a partir de allí un interés recurrente en el estudio del ambiente de trabajo, la fatiga, la monotonía, las condiciones de la estructura física, la supervisión, el contenido del trabajo, la satisfacción con el puesto, etc. (Hoppock, 1935)

Los niveles de satisfacción laboral, así como el concepto mismo de trabajo, han ido cambiando de acuerdo a las distintas épocas. El trabajo de Chiavenato (2002) plantea diferencias en las concepciones sobre las organizaciones en el transcurso del siglo XX. Para graficarlo de una manera pedagógica, realiza una línea de tiempo con un corte entre los años 1900 y 1950 para ubicar lo que

llamamos la era industrial clásica, en la cual las organizaciones son piramidales y las personas son consideradas recursos de la producción al igual que la tierra, el capital y el trabajo. Bajo estas formas de relaciones sociales de producción, la satisfacción laboral ni siquiera entra a ser considerada como un factor que podría determinar el éxito o el fracaso de las organizaciones. (Chiavenato, 2011)

El segundo corte lo realiza entre los años 1950 y 1990 donde ubica la llamada era industrial neoclásica en la que el enfoque de dirección matricial concibe a las personas como un recurso humano, es allí donde las teorías de las relaciones humanas cobran protagonismo en el sentido de hacer una propuesta distinta a la teoría clásica, identificando la motivación y con ello dejando un amplio campo de exploración abierto en el que se incluyen dimensiones como la comunicación, la relación con los compañeros, la relación con los superiores, el exceso de trabajo, las expectativas, como aspectos esenciales de las relaciones interpersonales en el trabajo para estudiar la satisfacción laboral y buscar mejoras en la productividad. (Chiavenato, 2011)

A partir de los años 1990 se abre una época donde se produce una mayor valoración del conocimiento, de las potencialidades humanas, del trabajo intelectual y las personas y sus conocimientos son la base principal de la nueva organización. Se produce un cambio en cuanto el debate sobre recurso humano que se transforma en estudio sobre la gestión del talento humano. Dicha gestión busca que el capital humano sea el recurso que identifica a la organización gracias a la explotación de las actitudes, hábitos y conocimientos de cada una de las personas que la integran. (Chiavenato, 2011)

Es a partir de esta visión que la satisfacción laboral comienza a ocupar un lugar cada vez más relevante en la medida de cómo esta influye de forma positiva o negativa en la productividad y es de vital importancia ya que impacta en asuntos como ausentismo, rotación y quejas. (Chiavenato, 2011)

Los autores que han elaborado definiciones de la satisfacción laboral tienen en cuenta diferentes determinantes que proponen en cada una de sus teorías, para Locke por ejemplo, en el año 1976, son condiciones como fuentes de satisfacción laboral el trabajo, el salario, las promociones, el reconocimiento, los beneficios, las condiciones de trabajo.

Para Peiró, en el año 1984 lo son el carácter intrínseco del trabajo, la remuneración, la promoción, la seguridad en el empleo, las condiciones de trabajo, los agentes de la satisfacción laboral (la propia persona, los supervisores, los compañeros, los subordinados, las características de la empresa) (Peiró, 1996)

Tanto Locke como Peiró, hacen una clasificación de los determinantes de la satisfacción en tanto existen factores intrínsecos y extrínsecos que afectan al empleado. También realizan la categorización entre eventos y agentes en la satisfacción laboral. Los primeros están relacionados con la motivación del empleado respecto a sus logros laborales; mientras que los segundos se refieren a aspectos del clima laboral y lo que la organización le otorga para el desarrollo del trabajo encomendado. Los autores coinciden en que el salario y la relación con los compañeros, al igual que la supervisión, son componentes del trabajo que pueden influir en la satisfacción de los empleados de forma positiva o negativa, entendiendo al salario como un factor de vital importancia para el empleado a través del cual satisface necesidades básicas como alimentación, vestuario, vivienda, entre otros. Respecto a la relación con los compañeros, el equipo de trabajo es fundamental para la satisfacción de necesidades de tipo social ya que el hombre por naturaleza es un ser que necesita ser aceptado y tener sentido de pertenencia. (Melia, 1996)

El estudio de la satisfacción laboral cuenta con una larga tradición en la Psicología. Gran parte de los primeros estudios realizados, como los llevados a cabo por Taylor, se dirigieron a examinar los niveles de satisfacción de los trabajadores empleados en fábricas y líneas de montaje bajo el supuesto de que el nivel de productividad estaba de alguna manera relacionado con la satisfacción laboral. Pero fue Abraham Maslow, quien desde la llamada psicología humanística, desarrolló, para el año 1954, una de las teorías más importantes acerca del tema, conocida como “Teoría de la jerarquía de las Necesidades humanas”.

Para graficar en forma pedagógica sus postulados, utilizo la imagen de una pirámide imaginaria, en la cual agrupó en la base a las que denominó “Necesidades básicas” (entre ellas se encuentran principalmente las que comúnmente llamamos “fisiológicas”: alimentación, eliminación, hidratación, descanso) y en la parte más alta de la pirámide a las “Necesidades Superiores” (dentro las cuales se incluyen las de desarrollo, seguridad, estima.) Y en la cumbre de la pirámide se encontraría la autorrealización o “auto actualización”, descrita por Maslow como “el uso pleno y la explotación de los talentos, las capacidades, las potencias”. (Maslow, 1993)

"Cuando pienso en el hombre auto actualizado, no imagino a una persona ordinaria con un elemento añadido, sino a esta misma persona sin ninguna privación. El hombre promedio es un ser completo cuyas capacidades y facultades han sido inhibidas y obstaculizadas" (Maslow, 1993).

Según Zubiri Sáenz, Maslow descubrió que las personas auto actualizadas tienden a ser más objetivas, a buscar el crecimiento personal y se dedican a una vocación o a una causa. Suelen ser más creativas y espontáneas. (Zubiri Saenz, 2013).

Puesto que Maslow aborda el tema principalmente desde la psicología, es que le da gran importancia al rol que cumple la motivación en la satisfacción de las necesidades. Y por lo tanto determina que los motivos para satisfacerlas siguen un orden de prioridades y se dan en forma escalonada. Es a partir de la satisfacción de un determinado nivel que la persona puede procurar satisfacer otras necesidades (que se encontrarían en un “nivel superior”) (Zubirini Sáenz, 2013)

Por consiguiente, siguiendo la lógica de su teoría, la privación o imposibilidad de satisfacer ciertas necesidades serían causales de enfermedades o disfunciones de diferentes tipos, por ejemplo la falta de vitamina c puede causar escorbuto. Por consiguiente una persona necesita alimentarse para vivir, pero la calidad o el tipo de alimentación pueden determinar, por ejemplo, hasta donde podrá desarrollar su potencial intelectual. Para Maslow el nivel de las necesidades básicas son iguales para todos los seres humanos y no hay forma de escapar a ellas (nadie puede vivir sin beber agua o sin dormir) y los esfuerzos y energías de una persona van a estar dirigidos en buscar como satisfacerlas, recién después de alcanzar a cubrir esas necesidades aflorarán y se abrirán paso las motivaciones hacia una escala superior de necesidades, que estas sí, pueden variar de acuerdo a las diferentes culturas, costumbres, sociedades, etc. pero que, consecuentemente seguirán la misma lógica. Por ejemplo si las necesidades de seguridad, reconocimiento, pertenencia, estabilidad no son satisfechas, puede crear en la persona sentimientos de inferioridad o baja autoestima. Al igual que la falta de desarrollo impediría que la persona alcance la autorrealización. (Schein, 1982)

En un segundo nivel, Maslow define las motivaciones hacia el desarrollo como aquellas dirigidas hacia el largo plazo, que no resultan de la cobertura de deficiencias, sino que surgen en la autonomía, la expresión creativa y el autogobierno del individuo. La imagen de la pirámide escalonada de las motivaciones representa en realidad un proceso dinámico y no estructurado, que estará regido por el paso entre los estadios de necesidades deficitarias y las necesidades de desarrollo. “Cada ser humano tiene dos sistemas de fuerzas en su interior. Uno de ellos se aferra a la seguridad y a las posiciones defensivas por miedo, y se inclina por el retroceso, por la fijación en el pasado...asustado de correr riesgos, temeroso de arriesgar lo que ya posee, asustado de la independencia, la libertad y la separación. El otro sistema de fuerzas le empuja hacia adelante, hacia la totalidad y unicidad del Yo, hacia el funcionamiento pleno de todas las capacidades, hacia la confianza frente al mundo exterior.” (Maslow, 1991)

Posteriormente, pero continuando el análisis desde la perspectiva psicológica, en el año 1959, Herzberg desarrolla la teoría factorial, en la que plantea que el hombre tiene dos categorías diferentes de necesidades que son independientes unas de otras y que influyen en la conducta de

manera distinta, dentro de la cual considera la existencia de dos géneros de agentes laborales: los intrínsecos (o “motivadores”) que representan la esencia misma de la actividad laboral e incluyen elementos como: el contenido del trabajo, la responsabilidad y el logro. Y los extrínsecos o higiénicos que representan las condiciones de trabajo en el más amplio sentido e incluyen aspectos como: el salario, las políticas de la organización y la seguridad en el trabajo. Estos factores extrínsecos son los únicos que tendrían la capacidad de prevenir la insatisfacción laboral, pero no de producirla. Es decir, la satisfacción sólo será el producto de los factores intrínsecos mientras que la insatisfacción estaría determinada por factores extrínsecos, desfavorables para el sujeto. (Zubirini Sáenz, 2013)

Para el estudio de la variable “satisfacción laboral” y “situación contractual” se tomara como sustento teórico los conceptos y teorías desarrollados por Carlos Marx, quien utilizando el método del materialismo dialéctico para el análisis de las relaciones sociales de producción, ofrece un marco abarcativo, que integra, los factores subjetivos y objetivos y establece una visión más profunda y completa del tema. Según Marx, en la sociedad capitalista, la fuerza de trabajo se constituye como una mercancía, que tiene un valor de cambio (el salario) y un valor de uso, que no es la satisfacción de necesidades humanas, sino la creación de otras mercancías. Del mismo modo, las mercancías creadas mediante la fuerza de trabajo poseen un valor de uso y valor de cambio, siendo el valor de cambio siempre mayor que el salario (como valor de cambio de la fuerza de trabajo) y la diferencia resultante es la plusvalía. Para el marxismo a cada estadio de desarrollo de las fuerzas productivas le corresponde un tipo determinado de relaciones de producción que determinarán un tipo de sociedad y de política. Cuando esas fuerzas productivas alcanzan un determinado nivel de desarrollo entran en contradicción con las formas de relaciones sociales existentes generando un salto y el pasaje de una sociedad a otra (esclavismo, feudalismo, capitalismo). "Las relaciones sociales están íntimamente vinculadas a las fuerzas productivas. Con la adquisición de nuevas fuerzas productivas, los hombres cambian su modo de producción, y con el cambio del modo de producción, de la manera de ganarse la vida, cambian todas sus relaciones sociales... Los mismos hombres que establecen las relaciones sociales en consonancia con su producción material, producen también los principios, las ideas, las categorías, en consonancia con sus relaciones sociales." (Marx C. , 1847)

Por consiguiente en las sociedades de explotación el trabajo se vive como una experiencia alienada, y no como una actividad de autorrealización. "Las condiciones de producción corresponden a un estadio determinado del desarrollo de sus fuerzas productivas materiales. La totalidad de esas condiciones de producción constituye la estructura económica de la sociedad, la base real sobre la

que se levanta una superestructura jurídica y política y a la que corresponden unas determinadas formas sociales de conciencia. El modo de producción de la vida material condiciona la vida social, política e intelectual en general." (Marx C. , 1847)

Un aspecto poco conocido de sus planteamientos son los que desarrolló a muy temprana edad, y fueron el comienzo de posturas que luego se concretarían en definiciones y posiciones más acabadas. Una de ellas es que Marx consideraba que una persona para tener cualquier proyecto de vida debía asumir posturas existenciales, de servir y hacer el bien al mayor número de personas posibles, en el sentido que implica tener un compromiso y una responsabilidad social. Para ello el primer paso es la educación, la educación no para una búsqueda del conocimiento en función de obtener un beneficio y crecimiento individual y vivir "contemplando la realidad", sino para transformarla. Para Marx existe una división entre el trabajo teórico y el trabajo práctico. A temprana edad comienza a desconfiar del eufemismo hegeliano de que el pensamiento por sí mismo es acción transformadora. (García Ramírez, 2009)

Es así que señala: "El conocimiento tiene una faceta práctica y útil que depende del grado de conciencia y de responsabilidad del sujeto quien lo produce. A través del conocimiento los individuos privilegiados en tener acceso a una educación o instrucción profesional, están obligados, moralmente, servir a la humanidad". (Marx K. E., 1982)

Esta posición en relación tanto a la educación como al de velar por el bienestar de otros lleva implícita la idea de que genera la satisfacción de aquel que lo posibilita. Es decir que plantea una ética vinculada a las acciones directas cuyas decisiones se mide por la actitud consciente de trabajar por el bien común.

Para Marx el cuerpo humano no era solamente una entidad biológica sino una totalidad orgánica que presupone determinaciones socio-culturales. Y por ser todo, es el punto de partida para poder hablar de aquello que afecta a la vida humana. La personalidad es definida por la corporalidad, la persona no es la máscara de algo intangible, sino lo contrario, es la inmediatez fáctica de la existencia. (Dussel, 1998)

Estudia las causas que producen dolor y sufrimiento en las relaciones humanas y descubre que no son un problema romántico ni existencial, sino determinaciones históricas que impactan y vulneran la vida de las personas. En este sentido, puede decirse que fue un pionero en destacar un problema que hoy se nos presenta como uno de los grandes debates dentro del área de la salud, y es el problema de la deshumanización.

Para 1843 insiste en dos cosas importantes: por un lado señala que por encima del derecho a la propiedad privada debe estar el derecho de las personas, que no es otra cosa sino el “derecho al goce humano en toda su corporalidad viviente” (Marx C. , 1847)

Por otro lado, señala que la formalización jurídica de la propiedad privada es el primer mecanismo histórico de despojo de los bienes materiales para usufructo de una minoría. Y la principal figura jurídica para el Estado Moderno, es el Contrato. (Marx C. , 1847)

El contrato es el instrumento que por excelencia le proporciona legalidad al intercambio entre los que poseen los medios de producción y quienes “venden” su fuerza de trabajo por un salario determinado (socialmente). Y el Estado aparece como la “mano visible” que participa directamente en cuanto obliga al cumplimiento contractual y actúa como guardián del desarrollo de las fuerzas productivas. (Garcia Ramirez, 2009)

Además, el contrato genera la falsa ilusión de que en ese proceso de intercambio las partes son libres y que en forma independiente compiten en el mercado, en igualdad de condiciones. Dice Marx: «en las relaciones monetarias, en el sistema de cambio desarrollado (...) los individuos parecen independientes (esta independencia que en sí misma es sólo una ilusión que podría designarse más exactamente como indiferencia), parecen libres de enfrentarse unos a otros en esta libertad (...). Considerando como sujetos de intercambio, su relación es pues la de igualdad. Imposible hallar en ellos cualquier diferencia o una contraposición, ni siquiera una disparidad» (Marx K. , 1981)

Posteriormente señala que los contratos comerciales que surgieron entre los propios comerciantes, en función de acrecentar la ganancia capitalista, luego fueron llevados al diseño de los contratos laborales. Es decir, el contrato laboral contendrá cláusulas donde estarán inscritas las obligaciones formales del trabajador y del empleador. Sin embargo, los derechos favorecerán más al dueño de los medios de producción. Por eso, el contrato desde la perspectiva del capitalismo, es una herramienta indispensable que legaliza las condiciones desiguales de la relación real entre trabajador y empleador o capitalista. (Garcia Ramirez, 2009)

Las formas de contratación no son expresión de la libre voluntad entre iguales o entre igualdad de oportunidades para cohesionar intereses comunes, sino la manera de justificar la desigualdad social y legitimar el “derecho” de apropiarse de la fuerza de trabajo del trabajador. También hace pasar como invisible la apropiación del trabajo ajeno a través de la plusvalía generada durante la jornada de trabajo. (Dussel, 1998)

El estado a nivel nacional, tiene diferentes maneras de contratar personal, de acuerdo a lo establecido en la Ley Marco de Regulación de Empleo Público Nacional. Algunas de ellas son: el

régimen de estabilidad, de contrataciones por tiempo determinado y prestación de servicios al personal de gabinete de las autoridades superiores. En la práctica existen otras figuras, aunque no están en esta ley, como los monotributistas. La Ley Marco funciona sólo para la administración central, pero que para los entes descentralizados funcionan más de 50 reglamentaciones. La norma debería ser la contratación en el régimen de estabilidad, es decir de planta permanente. Las contrataciones por tiempo determinado o en planta transitoria sólo pueden representar un porcentaje de los empleados que es fijado por el convenio colectivo. Hoy el convenio vigente es el de 2006, que establece en un 15% la proporción personal transitorio sobre el total de trabajadores permanentes. Por otra parte, existen los llamados “contratados”. Se trata de empleados “por tiempo determinado” que deben renegociar su situación periódicamente. Una de las diferencias de los contratados es que no pueden concursar por cargos, por lo que no pueden llevar adelante una carrera administrativa. Sin embargo, la mayor peculiaridad de su régimen es que no forman parte de un convenio laboral, por lo que, si bien en la práctica la mayoría termina negociando sus vacaciones, no tienen derechos a paritarias ni el Estado le realiza sus aportes. Las diferencias en la situación laboral implican también diferencias salariales. Según los datos de Cippec, el salario promedio de un empleado en planta transitoria en 2012 era el 70% del promedio de aquel empleado como planta permanente, mientras que la remuneración promedio de los contratados significaban un 63% del trabajador con estabilidad.

Para poder abordar las variables “nivel de formación y capacitación en el área” es necesario introducir brevemente, el contexto de la Educación en Enfermería, para después ahondar en las diferentes teorías y modelos pedagógicos que más han influenciado en la educación y formación del personal de enfermería.

Las universidades en América Latina han enfrentado en los últimos años, una serie de cambios ocasionados fundamentalmente por el aumento de la demanda de ingresos, por factores económicos, sociales y culturales, por el acelerado avance científico y tecnológico, etc. La enseñanza universitaria en el ámbito de la salud, enfrenta por su parte, un propio fenómeno de recombinação de conocimientos, como consecuencia de la rapidez con que estos se producen. “La velocidad de acumulación de conocimientos es mucho mayor que la velocidad a la cual se evalúa el impacto de cada hallazgo en otros campos de la ciencia” (Figueroa, 1999)

Lo anterior reafirma el hecho, que la función académica no puede reducirse sólo a la trasmisión de conocimientos a través de clases expositivas, sino que ella, debe garantizar el acceso y desarrollo a

expresiones creativas y de aprendizajes esenciales, con una enseñanza capaz de personalizarse frente a la diversidad de capacidades, intereses, motivaciones y expresiones culturales.

Según Brunner (1997), los debates en América Latina, en lo concerniente a la pedagogía universitaria han establecido reorganizaciones profundas y severas readaptaciones, en el intento de responder a las imposiciones del medio social. Ellas respondieron a diferentes aspectos entre los cuales se encuentran la existencia de un notorio cambio en la actitud de los Gobiernos frente a la Educación Superior, una inadecuada regulación pública frente a la expansión de la enseñanza superior, la percepción de un deterioro de la calidad de la enseñanza superior en general, problemas vinculados a la calidad y equidad, las que han aumentado la falta de eficiencia de los sistemas de educación superior. (Figuerola, 1999)

Desde el punto de vista de las tendencias de la educación en el trabajo de enfermería en América Latina, L. Da Silva, señala que los cambios y transformaciones se han venido efectuando, como producto de un contexto más general, donde influyen diferentes factores económicos, educativos, de distribución de los ingresos, de distribución poblacional, diferentes perfiles epidemiológicos, etc. “Para el establecimiento de planes y políticas para el sector de la salud, particularmente para la enfermería, es necesario reconocer los procesos de cambio a través de un análisis continuo de los efectos de la globalización, las inversiones económicas y financieras, así como las reformas en materia de salud, educación y en el área laboral, pero principalmente, para el establecimiento de políticas eficaces para la inversión en recursos humanos, tales como planes para empleos y salarios, y la educación en el trabajo. Los rápidos cambios en este escenario sugieren la necesidad de una formación a lo largo de la vida que pueda proporcionar a los trabajadores del área de enfermería una cualificación permanente para la atención de la salud, además de proporcionarles propuestas educativas para su pleno desarrollo como sujetos trabajadores(as) y ciudadanos(as).” (Da Silva, 2014)

También señala, que de acuerdo a diferentes factores, como la economía, las exigencias de productividad y eficiencia, la adaptación y formación del personal de nuevo ingreso, la necesidad de elaboración de protocolos de atención, la capacitación en determinados procedimientos, etc., se seleccionaran los modelos de educación dirigidos a la formación técnica en el trabajo. De esta manera, se pone de relieve que: “En la propuesta de la educación permanente, la teoría y la práctica educativa son inseparables, abogando a favor de un aprendizaje que lleve al individuo a aprender siempre, en constante proceso de construcción. En este movimiento de aprendizaje coexisten los

conocimientos teóricos y la experiencia práctica, siendo esa relación determinante de las acciones y decisiones.” (Da Silva, 2014)

En Argentina el sistema educativo se estructura y organiza en Educación inicial primaria, Educación secundaria y Educación superior. Esta última está constituida por instituciones de Educación Superior no universitaria, sean de formación docente, humanística, social técnico-profesional o artística y por instituciones de Educación Universitaria, que comprende universidades e institutos universitarios. En relación a Enfermería se reconocen dos niveles para el ejercicio de la enfermería, expresados en el artículo 3 de la Ley 24.004. El nivel “Profesional” (que incluye tecnicaturas, licenciaturas, doctorados, maestrías) y el nivel “auxiliar” (Dure, 2017)

La formación puede llevarse a cabo dentro del sistema superior universitario, al cual le corresponden la formación de pregrado, grado y pos grado. Y dentro del sistema superior no universitario, que comprende la modalidad técnico-profesional. Estos niveles de formación pueden alcanzarse tanto en establecimientos educativos públicos, como privados, sin que se realicen distinción, en la práctica asistencial, entre los títulos obtenidos. Los planes de estudio están regulados por la Ley de Educación Superior No 24.521/1995 que establece la autonomía universitaria y sus atribuciones. (Dure, 2017)

“Asimismo, toda vez que el trabajo en salud es un servicio público y una responsabilidad social, que requiere de un equilibrio entre los derechos y las responsabilidades de los trabajadores y los ciudadanos, el Estado interviene como un actor complejo que participa a su vez en la formación y en la regulación de las prácticas, propias y del resto de los actores sociales (Rocha y Purcallas, 2006).” (Dure, 2017)

El Modelo de salud que se viene implementando actualmente en la Provincia de Santa Fe, donde se desarrolla y desenvuelve el trabajo del personal de enfermería neonatal, es partir de la política de Regionalización de la Atención Perinatal, donde el primer paso es la concentración de las prácticas en lugares donde se garanticen todos los recursos, para que el parto sea seguro tanto para la madre como para el niño, en el marco de las Maternidades Seguras. Para lo cual debe darse cumplimiento como punto de partida a algunas condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (MSCF, 2012).

Entre esas condiciones se encuentra la de la capacitación y educación continua del personal. De esta manera se señala: “Es un cambio en la cultura organizacional centrado en la mujer, en la familia y en el recién nacido; enfocado en la seguridad y en la prevención del error; orientado a las buenas prácticas y las intervenciones basadas en la evidencia científica; apoyado en el desarrollo de

habilidades técnicas y en la capacitación continua; y afirmado en la responsabilidad, compromiso, comunicación y valores del equipo de salud.”(MSCF, 2012)

El contexto en el cual se llevara a cabo este proyecto de investigación, se encuentra dentro una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, que está ubicada en un hospital público situado en la ciudad de Granadero Baigorria, área metropolitana del Gran Rosario. Está enmarcado dentro los “Hospitales Escuela”, a través del cual se forman y capacitan residentes de todas las especialidades, escuelas enfermería, de hemoterapia, instrumentadores quirúrgicos, etc., cuenta con alrededor de 140 camas de internación y es el referente de 9 centros de salud. El Servicio de Neonatología, brinda cobertura al Sur de la provincia de Santa Fe, teniendo como prioridad el ingreso de pacientes menores de 32 semanas de edad gestacional y menores de 1500grs. Se encuentra clasificada, por su nivel de complejidad, como una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales “3b”. Ello significa que además de todos servicios neonatales, se incluyen técnicas de rescate de SDR grave (alta frecuencia, óxido nítrico), cirugía de malformaciones complejas, cirugía cardiovascular.

En relación al recurso humano, y específicamente, en relación al personal de enfermería destinado a este tipo de servicio, la norma establece que se requiere: “Supervisora cubierta por enfermera diplomada con formación en gestión y salud pública, en cuidados intensivos neonatales y designada por concurso abierto. Jefa de enfermería de cuidados intensivos, intermedios y recuperación. Enfermería profesional ($\geq 75\%$). La enfermería rota por todas las áreas. Distribución igual en todos los turnos. Hay una enfermera por cada paciente en ARM y/o inestable en cuidados intensivos y cada 3-4 pacientes de cuidados intermedios y cada 8 pacientes en recuperación neonatal. Recibe adiestramiento continuo y evaluación periódica. Hay enfermera epidemiológica (>2500 partos anuales). Hay enfermera de transporte (transporte intrahospitalario necesario)...” (Ministerio, 2002)

Desde el punto de vista del perfil profesional, se trata de enfermeras que además de haber alcanzado la formación formal necesaria para la obtención del título de grado, necesitan desarrollar habilidades y técnicas que no solo se relacionan con el conocimiento formal, sino que también precisan de un conocimiento vivencial. A partir del cuidado para el neurodesarrollo centrado en la familia, cambio totalmente el paradigma de atención para la enfermería neonatal y la combinación de estos aspectos es fundamental para adquirir la capacidad de generar confianza, empatía, conservar los principios éticos y desarrollar una visión integrativa y holística, ya que no solo se trata de la atención al recién nacido, sino de protección y trato humanizado a toda la familia. Esa dedicación exclusiva implica también un compromiso afectivo con el paciente y una ardua tarea de educación y contención, que influye, de manera dialéctica, también en la propia enfermera de Neonatología, que debe anticiparse

y poder descifrar las necesidades de pacientes que no pueden expresarse de manera verbal y que su estado de salud puede alcanzar niveles muy críticos. (Soria R. , 2014)

Tradicionalmente el proceso de enseñanza se ha caracterizado por el uso de una metodología unidireccional basada en exposiciones teóricas por parte del profesor. Actualmente las tendencias pedagógicas tienden a interesarse menos por la enseñanza y le dan más importancia al proceso de aprendizaje. En este sentido estas tendencias han orientado los más variados y, a veces, antagónicos modelos de Educación que son los que se aplican en última instancia en la práctica profesional. Algunos de ellos están inspirados en el propio empirismo de la práctica médica, en tanto que otros han surgido por la influencia de disciplinas que hoy en día son consideradas como imprescindibles para el cuidado integral. No existen sin embargo prácticas de Educación para la Salud “puras” que puedan ser plenamente adscritas a uno u otro modelo, sino matices que se traducen en la preferencia de utilización de diferentes estrategias, perspectivas y métodos. (Hernandez Mosqueda, 2016)

La teoría del Condicionamiento Clásico es la que sentó las bases del conductismo, una de las escuelas más importantes de la psicología, que nace a principios del siglo xx, como consecuencia de los estudios de Ivan Pavlov, un psicólogo ruso que se interesó por la fisiología de la digestión, especialmente en los reflejos de salivación en perros. Una de las características más importantes de este tipo de aprendizaje es que implica respuestas automáticas o reflejas, no conductas voluntarias. (Hernandez Mosqueda, 2016)

Se caracteriza por tomar como objeto a la conducta observable controlada por el ambiente, que puede ser abordada experimentalmente. Asume una concepción mecanicista y asociacionista del conocimiento y el aprendizaje, es decir que toda conducta, por compleja que sea, es reducible a una serie de asociaciones entre elementos simples, en este caso, estímulos y respuestas. A partir de los descubrimientos de Pavlov, John Watson propuso que el proceso de Condicionamiento Clásico podía explicar también el aprendizaje en los humanos. Pensó que las emociones también se aprendían mediante la asociación condicionada, y de hecho, pensó que las diferencias en el comportamiento entre humanos eran provocadas por las distintas experiencias que cada uno vivía. Para 1913, proponía analizar la psicología desde el análisis de la conducta observable en lugar de hacerlo desde el análisis de la conciencia. Con este fin, propuso la eliminación de la introspección como método válido para la psicología, sustituyéndolo por la observación y la experimentación objetivas. (Guevara, 2013)

Pero fue Skinner quien sentó las bases psicológicas para la llamada “enseñanza programada” que consiste en una educación lineal, donde el alumno es pasivo y solo repite secuencias. Skinner,

en sus investigaciones, manipulaba el ambiente para poder registrar las consecuencias en la conducta. Sostenía que el refuerzo positivo nos provoca que volvamos a repetir la conducta. Y que son las experiencias, las que van marcando nuestro desarrollo y nuestra personalidad (y no la conciencia). Si cambiamos la percepción que tenemos, cambiamos lo que sentimos: “Si la libertad es un requisito para la felicidad humana, entonces todo lo que es necesario es proporcionar la ilusión de libertad.”(Skinner, 1997)

Es a partir de estas teorías y connotaciones que se construyó el modelo de la educación que hoy llamamos “tradicional o formal”. Es un tipo de educación pasiva basada en la memorización de contenidos, por lo que tiene fundamental importancia la transmisión de contenidos, leyes, teorías y conductas, con el objetivo de conseguir una cohesión social imponiendo límites a los comportamientos que de alguna manera se “desvían” de lo que se espera. Si pensamos este modelo pedagógico desde la formación de enfermería podemos decir que ha sido (y continúa siendo en algunos casos) una fuerte perspectiva en la enseñanza de enfermería. Según Castrillón C. citado por Acevedo-Gamboa F. este fue el modelo pedagógico del “aprender haciendo” en el que se estimulaba la transferencia de conocimientos, el seguimiento de órdenes y la adquisición de habilidades propias de enfermería, vinculadas al modelo biomédico. (Acevedo Gamboa, 2011)

El conductismo es una de las aproximaciones que más se han utilizado hasta que la enfermería alcanzó el rango de estudios universitarios. Se han diseñado y aún persiste esta concepción en el diseño de los programas de formación cuya finalidad última es el entrenamiento de la enfermera en las técnicas procedimientos y habilidades que se demuestran más eficaces en la tarea asistencial. El autor expone que el objetivo es la formación de la enfermera en habilidades y competencias técnicas directamente observables que se consideran los mínimos imprescindibles para una práctica competente. Fundamentando que esta situación es así porque se concibe la actividad asistencial como una serie de destrezas conductuales que se deben practicar y dominar. Son esas competencias el elemento esencial entendido como un proceso de producción al que la enfermera debe colaborar con eficacia. (Acevedo Gamboa, 2011)

En la actualidad, este modelo ha recibido numerosas críticas y se puede señalar que está en franco retroceso. Una de sus contribuciones que todavía perduran es el entrenamiento en habilidades psicomotrices. Para este Modelo de Educación tradicional la enseñanza adopta un carácter mecanicista y asociacionista, lineal, donde el que aprende es un sujeto pasivo al cual se le debe transferir la información. Hay que mencionar que al igual que otras teorías, se inscribía en un

contexto social e histórico determinado, en cual la enfermería se encontraba “atada” al modelo biomédico.

Por otro lado, y podría decirse que casi en contraposición a las teorías conductistas, se desarrollaron las teoría Constructivistas, cuyos principales exponentes fueron Jean Piaget (1952), Lev Vygotsky (1978), David Ausubel (1963), Jerome Bruner (1960).

Los autores de esta corriente coinciden en la importancia de una enseñanza que mediante el análisis y el pensamiento crítico, brinde como resultado un aprendizaje significativo. “Dice Méndez (2002): Es en primer lugar una epistemología, es decir una teoría que intenta explicar cuál es la naturaleza del conocimiento humano”. El constructivismo sostiene que el aprendizaje es esencialmente activo. Una persona que aprende algo nuevo, lo incorpora a sus experiencias previas y a sus propias estructuras mentales. Cada nueva información es asimilada y depositada en una red de conocimientos y experiencias que existen previamente en el sujeto. Como resultado podemos decir que el aprendizaje no es ni pasivo ni objetivo, por el contrario es un proceso subjetivo que cada persona va modificando constantemente a la luz de sus experiencias (Abbott, 199)” (Payer, 2011)

Para Vygotsky, el conocimiento además de formarse a partir de las relaciones entre la persona y el ambiente, hay que sumarle el papel que juegan las relaciones sociales y el entorno social. Es a partir de allí que se forman los nuevos conocimientos. Considera al individuo como el resultado del proceso histórico y social donde el lenguaje desempeña un papel esencial y el conocimiento es un proceso de interacción entre el sujeto y el medio, pero el medio entendido como algo social y cultural, no solamente físico. (Payer, 2011)

Para Piaget el aprendizaje tiene una fuerte impronta individual, a partir de la capacidad del individuo de generar hipótesis, utilizar procesos inductivos y deductivos, etc. El motor de esta actividad es el conflicto cognitivo. “Una misteriosa fuerza, llamada "deseo de saber", nos irrita y nos empuja a encontrar explicaciones al mundo que nos rodea”. (Payer, 2011)

La persona realiza la construcción del conocimiento, a partir de esquemas que ya posee, con los que ya construyó en su relación con el medio que lo rodea, por ejemplo, cuando el niño aprende a agarrar los objetos, atravesó de un “esquema de prensión”, pasa de una actividad motriz desordenada a una regularidad que le permite sostener los objetos y no sólo empujarlos o taparlos. (Payer, 2011)

“En el caso de los adultos, los esquemas suelen ser más complejos e incluyen las nociones escolares y científicas. Por ejemplo, la mayoría de las personas tiene un esquema muy definido acerca de en qué consiste su trabajo, pero en algunos casos dicha representación no coincide con la que tienen sus

jefes. Por otro lado, muchas personas tienen un esquema inadecuado de numerosas nociones científicas, aunque lo haya estudiado repetidamente, e interpretan la realidad según dicho esquema, aunque sea incorrecto.” (Payer, 2011)

En el aprendizaje significativo, concepto expuesto por Ausubel, Hanesian y Novak (2002), el individuo incorpora el nuevo material, soportado en su experiencia previa y tiene capacidad para utilizarlo en la solución de una determinada situación. Este tipo de aprendizaje puede ocurrir por recepción o por descubrimiento. (Ausubel & Hanesian, 2002).

Un modelo pedagógico que resulta muy importante mencionar, por la experiencia de su implementación en nuestro país y el impacto que significó para los trabajadores de la salud, es el llamado Modelo pedagógico de la Problematización, que fue implementado para llevar adelante la profesionalización de los auxiliares de enfermería, durante los años 2000-2002. En este modelo el soporte principal de la formación del estudiante es el análisis de la práctica. Este análisis de la práctica se realiza con dos puntos de partida, uno de ellos es que el alumno ya tiene algún conocimiento y experiencia a partir de los cuales se puede realizar la construcción o se puede resignificar; y el otro es que el alumno no conoce ni tiene experiencia alguna de lo que va a aprender pero tiene posibilidades (organizaciones previas) para descubrir, reflexionar acerca de problemáticas planteadas y elaborar conclusiones. Esta formación que considera los conocimientos, experiencias y necesidades del estudiante se llama también “formación en profundidad” porque parte de la investigación sobre la práctica y tiene como eje central la tarea que se va a desarrollar como profesional. La dimensión profesional no abandona la dimensión humana y trata de integrar el proceso de enseñanza-aprendizaje al contexto social. (Muro, 2013)

El principal expositor y defensor de estas propuestas fue Paulo Freire, que, en contraposición a lo que denominaba una “educación bancaria” (en el sentido de depositar saberes) sostenía la necesidad de impulsar una práctica educativa, orientada a promover y desarrollar en los estudiantes, una conciencia crítica, dialógica, comunicativa, respetuosa de las características propias de cada uno de ellos y dirigida a fomentar una participación activa, autónoma y auténtica. La praxis de Freire, fortalece una ideología humanizadora y esencialmente respetuosa de la libertad de las personas; este aspecto es muy importante de ser transmitido y vivenciado por los educandos, dado que encierra una dimensión ética, que se desea prevalezca y se refleje posteriormente en el desempeño profesional. En esta concepción subyace la idea de que nadie educa a nadie ni nadie se educa a sí mismo sino que los hombres se educan entre sí (o en Comunción) mediatizados por el mundo. (Zabalza, 2003)

Este modelo tiene como soporte principal de la formación del estudiante, el análisis de la práctica. Propone para esta pedagogía una serie de pasos. En primer lugar propone identificar los problemas de la práctica, tanto los problemas subjetivos como los objetivos diferenciándolos claramente para avanzar sobre los problemas objetivos. En segundo lugar una vez que se detectan los problemas se busca profundizarlos y comprenderlos para ello se requiere de la búsqueda de fuentes de información, es decir la reflexión teórica. En tercer lugar se elaboran hipótesis de solución al problema con aportes teóricos. Por último se prueban las hipótesis de solución en la práctica. (Muro, 2013)

Este modelo pedagógico de la problematización, fue aplicado en el campo de los recursos humanos en salud, más específicamente en la Profesionalización de Auxiliares de Enfermería en Argentina, como parte del Proyecto Federal de Desarrollo de Enfermería en Argentina, gestado hacia fines de los años 80. El modelo pedagógico de la problematización tomo como punto de partida el estudio de la realidad sanitaria local y desarrollo la acción educativa en un devenir permanente de reflexión y acción articulados en un solo proceso de aprendizaje. Aquí la teoría y práctica constituyen una unidad dialéctica que sirve a la transformación de las concepciones y prácticas de salud y, en consecuencia, al cambio en los servicios. El proceso de trabajo en salud deviene en centro de las preocupaciones y en espacio de aprendizaje, a la vez que en objeto de estudio, análisis crítico y estrategia de transformación.

La estrategia para llevar a cabo la experiencia integradora consistió en el acercamiento de la Universidad a los servicios de salud, la instalación de la Educación Superior en el propio escenario del trabajo y como parte estructurante y dinamizadora del mismo. “De esta manera se instrumentó el sistema de trabajo-estudio adoptando el tiempo y el proceso de trabajo de los auxiliares de enfermería en servicio, como tiempo y proceso de estudio simultáneo e integrado. Se procuró que el desarrollo de los contenidos se realizara en el contexto y con la modalidad mencionada. Esta estrategia alcanzó altos niveles de aplicación, como también una amplia diversidad y diferencia de implementación entre los distintos programas.” (Heredeia, 2002)

“El Programa de Profesionalización de Auxiliares de Enfermería se había propuesto una meta ambiciosa, “10.000 enfermeras para el 2000”, que no pudo alcanzar en su totalidad. En 12 jurisdicciones (aproximadamente la mitad del país), egresaron o están por egresar, hasta el momento, 1796 enfermeros profesionales, casi la mitad de los inscriptos. Sin embargo, el logro no ha sido menor, no sólo porque el cambio cuantitativo, en varias provincias, permitió disminuir la gran brecha entre el número de personal de enfermería no profesional y los profesionales, sino y

sobre todo, por los cambios cualitativos generados, que determinaron, en primer término, importantes mejoras en el desenvolvimiento del personal de enfermería en los servicios y, en segundo lugar, que se haya puesto en marcha un proceso de capacitación que, en el mediano plazo permitirá seguir disminuyendo la brecha profesionales de enfermería/no profesionales, con la consiguiente mejora en la atención de la salud.” (Heredia, 2002)

Previo a la aplicación del Programa, en Salta, para el año 1990, la Escuela Ramón Carrillo llevo a cabo la experiencia de formar enfermeros a partir de los Auxiliares de Enfermería, que no tuvo reconocimiento oficial , pero que fue tomada, en parte, como base para el desarrollo del Plan Nacional de Profesionalización de Auxiliares de Enfermería, al igual que el Programa “Una alternativa para auxiliares de Enfermería”, que desde el año 1992 se estaba desarrollando en la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario. (Heredia, 2002)

Como meta, se esperaba que el cambio cualitativo de las prácticas de enfermería fortaleciera la conciencia socio-profesional y la comprensión de los obstáculos que se interponían en el desarrollo. Si bien este aspectos acerca del logro de las metas y la percepción de los impactos que se produjeron, a partir de la puesta en marcha del Programa, fue uno de los aspectos más debatidos, se concluyó que el Programa impactó por un lado, en una mejoría de las relaciones laborales, intra e inter servicios, en una mayor capacidad de resolución de problemas y autonomía, en un aumento de la autoestima, un aumento en la conciencia grupal. Por otro lado, se inauguró una competencia de conocimientos y un estado de “sensación de amenaza” y alerta en el resto de los profesionales. “Muchos grupos encontraron que “se ha iniciado un proceso de cambio en el modelo de atención de enfermería” y que ese cambio está francamente orientado al “aumento en la calidad de la atención”. “Dicho cambio de modelo puede observarse en las siguientes expresiones: Cambio del sistema de “realización de la tarea” (“sacar el trabajo”) por el sistema de atención singularizada y con enfoque integral de los pacientes. Intenso proceso de “humanización de la atención de enfermería” radicado en la preocupación por el bienestar, la atención psicosocial y familiar y la personalización de la atención. Fuerte “mejoramiento de las relaciones enfermera-usuario”. Incorporación de la familia en la atención. Capacidad de fundamentación científica de las prácticas. Desarrollo de la capacidad de relacionarse y enfrentar situaciones problemáticas. Desarrollo de habilidades para pensar, razonar, crear, investigar, construir y transformar. Generación y apropiación de nuevas prácticas de cuidado con base científica. Aumentaron y mejoraron las prácticas concernientes a la prevención de riesgos, particularmente aquellas relacionadas a las medidas de bioseguridad en la atención a enfermos y a la protección del personal. Hubo un desarrollo generalizado de los registros de enfermería, tanto en

cuanto a la cantidad de observaciones y prácticas registradas, como en la calidad de los informes de enfermería escritos y también orales.” (Herdeia, 2002)

Hay que agregar también que se produjo un impacto de tipo “efecto domino”, donde los auxiliares que tenían la primaria incompleta, buscaron finalizarla, los enfermeros avanzar hacia la licenciatura y los licenciados hacia programas de posgrado. Todo esto se vio reflejado una transformación en las intervenciones de enfermería a partir de un proceso de conceptualización de las propias prácticas, que se tradujo en un aumento de calidad de atención. (Herdeia, 2002)

Continuando con este análisis se describirá la teoría de “La Educación Permanente y el Modelo de Salud colectiva”, cuyo principal referente e impulsor de este Modelo fue Emerson Merhy. De quien se tomaran sus conceptos como base teórica para referenciar y fundamentar las variables “nivel de formación y capacitación en el área”, ya que el concepto de educación permanente que desarrolla, está vinculado, de forma general, a la transformación de las prácticas educativas y la reorganización del proceso de trabajo, desde un análisis marxista que toma como base las condiciones materiales objetivas y subjetivas, analizando las contradicciones sociales. A partir de un análisis dialéctico confluye con la teoría marxista, que ya fue señalada también como referencia teórica en este proyecto de investigación para el análisis de las variables “satisfacción laboral” y “situación contractual”, acerca de las relaciones sociales de producción y de cómo la estructura económica determinará la superestructura jurídica y política de la cual se desprenden las formas en que el Estado orienta la educación, la salud, las leyes, las normas, etc.

Es así, que desde la idea de “salud colectiva” y de un Sistema Único de Salud, (de su experiencia en Brasil) Merhy, desarrolla el concepto de Educación Permanente, que de forma general está vinculado a la transformación de las prácticas educativas y la reorganización del proceso de trabajo. “La reestructuración del proceso de trabajo con la inclusión de la cultura educativa de los preceptos de la educación permanente incidirá en nuevas formas de concebir y estructurar el trabajo, en el que la relación de enseñar, aprender, atender y gestionar ocurre de manera sistemática, y donde las acciones se fortalecen mutuamente.” (Merhy, 2006).

Por otro lado, E, Merhy, desarrolló también el concepto de “trabajo vivo en acto”, en el campo de la salud, que considera que en la tarea de cuidar, los trabajadores y las trabajadoras toman decisiones individuales que determinan la calidad de la atención que brindan. Las bases conceptuales que llevaron a que se adoptara la Educación Permanente en Salud, como uno de los pilares para la configuración de prácticas capaces de aproximar el Sistema Único de Salud en Brasil al objetivo de brindar una atención de salud integral y de calidad para todos los brasileños, parte de la comprensión

de las particularidades del trabajo en salud y por lo tanto se ha buscado construir un referente conceptual, que empieza por reconocer el hecho de que la salud se produce "en acto". O sea, el producto del trabajo en salud solamente existe durante su misma producción y para las personas directamente involucradas en el proceso, esto es, trabajadores y usuarios. "Cualquier abordaje asistencial de un trabajador de la salud junto a un usuario-paciente, se produce a través de un trabajo vivo en acto, en un proceso de relaciones, o sea, hay un encuentro entre dos "personas" que ejercen influencia una sobre la otra, donde se instaura un juego de expectativas y producciones, creando intersubjetivamente algunos momentos interesantes, tales como: momentos en que se habla, se escucha y se interpreta, donde ocurre o no una producción de acogida, de amparo de las intenciones que estas personas depositan en este encuentro; momentos de complicidades, en los cuales existe una producción de una responsabilización alrededor del problema que ha de ser enfrentado; momentos de confiabilidad y esperanza, en los cuales se producen relaciones de vínculo y aceptación.

Frente a esta compleja configuración tecnológica del trabajo en salud, defendemos la noción de que solo una conformación adecuada de la relación entre los tres tipos de tecnología , es que se puede producir un sistema con calidad, expresada en términos de resultados, como : mayor defensa posible de la vida del usuario, mayor control de sus riesgos de enfermarse o agravar su problema, y el desarrollo de acciones que posibiliten la producción de un mayor grado de autonomía de la relación del usuario con su modo de estar en el mundo" (Merhy, 2006)

Para concretar un acto de salud, los trabajadores utilizan un "maletín tecnológico", compuesto por tres modalidades de tecnologías: las tecnologías "duras", que corresponden a los equipamientos, medicamentos, etc.; las tecnologías : "Mirando con atención a los procesos de trabajo realizados en el conjunto de las intervenciones asistenciales, constatamos que- además de las diversas herramientas- maquinas utilizadas, como: rayos x, instrumentos para hacer exámenes de laboratorios, instrumentos para examinar al paciente, o mismo, ficheros para anotar los datos del usuario-,movilizamos intensamente conocimientos sobre la forma de saberes profesionales, bien estructurados, como la clínica del médico, la clínica del dentista, la epidemiología del sanitarista, el saber de la enfermería, del psicólogo, etc. Lo que nos permite afirmar, que existe una tecnología menos dura, que los aparatos y herramientas de trabajo, que están presentes en las actividades de salud, que llamamos de blanda-dura. Es blanda porque es un saber que las personas adquirieron y está inscripta en su forma de pensar los casos de salud y en la manera de organizar una actuación sobre ellos, pero es dura en la medida que es un saber –hacer bien estructurado, bien organizado,

bien protocolado, normatizable y normalizado. Mientras tanto, cuando observamos con más atención, nos damos cuenta que, además de estas situaciones tecnológicas, existe una tercera, que denominamos de blanda”. (Merhy, 2006)

En la propuesta de la educación permanente, la teoría y la práctica educativa son inseparables, abogando a favor de un aprendizaje que lleve al individuo a aprender siempre, en constante proceso de construcción. En este movimiento de aprendizaje coexisten los conocimientos teóricos y la experiencia práctica, siendo esa relación determinante de las acciones y decisiones.

En los últimos quince años, varios investigadores vinculados a la Organización Panamericana de la Salud han desarrollado estudios vinculados a reorientar la educación permanente del personal de la salud. En esta concepción, la educación permanente se diferencia de otros métodos educativos, por el enfoque en el que se privilegia la aproximación entre la concepción y la ejecución de programas educativos. Esos programas cumplen una serie de metas, que incluyen: la actualización técnica para el aprendizaje de nuevos conocimientos, la introducción de nuevas tecnologías, normas, que pueden aplicarse a través de cursos semipresenciales, seminarios, talleres y educación a distancia. (OPS, 2006)

“A mediados de la década de los 80, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), comenzó a promover entre los países de la Región de las Américas, la propuesta de Reorientación de la Educación Permanente del personal de salud. La evaluación de la competencia y el desempeño se incluye dentro de esta propuesta, como una vía para obtener información acerca del comportamiento profesional del trabajador durante su actividad laboral cotidiana, con la finalidad de contribuir a la identificación de necesidades de aprendizaje, a la vez que comprueba la repercusión de los procesos educativos en la transformación de los servicios de salud.” (OPS, 2006)

Esta propuesta educativa permite fusionar la teoría y la práctica y hacer que los estudiantes sean reflexivos, analíticos y críticos de su propia práctica, permitiendo grados de autonomía crecientes. Los supuestos básicos parten de una intencionalidad transformadora de la educación y el centro principal de este proceso educativo es, la práctica en el trabajo en salud, posibilitando la integración de la docencia, el servicio y la investigación, revalorizando el trabajo como ámbito educativo, objeto de estudio y transformación, el estudiante como protagonista de su propio aprendizaje y al grupo como ámbito de socialización, participación y creación colectiva. (OPS, 2006)

En la educación en servicio se parte de una propuesta pedagógica basada en la noción de que el trabajo es el eje fundamental para el aprendizaje, por lo tanto la identificación de las necesidades de aprendizaje o diagnóstico educativo no se refieren únicamente a conocimientos y técnicas que se

originan en las ciencias de la salud, sino que se realiza un análisis de la problemática institucional con el objeto de determinar la naturaleza de los problemas y necesidades, identificar a través de un análisis de situación si el proceso educativo propuesto para cada necesidad identificada puede producir soluciones a los problemas de la práctica, facilitar o generar propuestas de cambios o ambas cosas, decidir que otras intervenciones educativas serían necesarias para apoyar y consolidar el proceso (gestión estratégica). (OPS, 2006)

Por su parte, el Modelo Andragógico parte de la idea de que cuando se pretende educar a adultos en su trabajo o para su trabajo, se debe tener en cuenta que el punto de partida del aprendizaje es la experiencia adquirida en la vida diaria es por ello que el proceso educativo debería estar basado en un modelo pedagógico específico, como por ejemplo, el que propone la llamada “andragogía”. El modelo andragógico se basa en las exigencias del adulto, el cual decide que estudiar y para qué desea estudiar, según su requerimiento o necesidad de aprender, exigiendo más de lo que el profesor enseña, siendo autónomo en su aprendizaje, dependiendo de la manera de la enseñanza, la experiencia y la interacción grupal, aplicando de forma inmediata lo aprendido. (Muro, 2013)

La característica fundamental de esta educación para adulto es la forma de resolver las situaciones de conflicto o complejas, organizando el aprendizaje o lo aprendido en torno a la dificultad o problema, afianzando los valores y las actitudes positivas, porque el secreto de este avance, es que el adulto aprende porque quiere y no porque debe. Es una perspectiva de estudio, donde el profesor es una guía, procede a dar una conducción, dando una ciencia del arte -que es la permanencia-, en un avance de una educación permanente. Permite incrementar el pensamiento, la autogestión, la calidad de vida y la creatividad de un adulto, que es quien propicia su autoaprendizaje y autorrealización basados en sus principios fundamentales y en la participación horizontal o directa y flexible, de un enfoque sistemático de la motivación de cómo y por qué o para qué aprender, canalizando una enseñanza para la vida misma, motivando la vida diaria, ya que es su necesidad de autodefinirse y de auto dirigirse o de encaminar sus pasos, aceptando sus diferencias y limitaciones individuales y las de cada persona. (Muro, 2013)

Se tomara también como referente teórica de enfermería a Jean Watson, para quien cada uno de los elementos que desarrolla en su teoría se relacionan con la inteligencia emocional y al ser contextualizados implican la presencia de un proceso reflexivo, sistemático, controlado y crítico, basado en el método científico, que responde siempre a la búsqueda, planteamiento y solución de los problemas surgidos. Cada uno de estos factores tiene un componente fenomenológico dinámico relacionado con las personas a las que se les brindan los cuidados. (Machín, 2015)

Margaret Jean Watson, nació en los Estados Unidos de Norteamérica en 1940, Licenciada en Enfermería con una Maestría en Salud Mental y Psiquiatría, y un Doctorado en Psicología de la Educación y Consejería. Para el año 1985 desarrolló su tesis central basada en que “Los humanos no pueden ser tratados como objetos y no deben ser separados de sí mismo, de su naturaleza y del universo”. (Machín, 2015)

Plantea que los seres humanos tienen la capacidad de vivir experiencias interpersonales, en donde se potencializan en el acto o momento de cuidado el uno con el otro. Las enfermeras deben llegar al punto de conocer el cuidado, vivir y comprender la propia experiencia con la persona que se cuida, esto no solo se enseñaría mediante foros, paneles de discusión, exposiciones y seminarios sino que se hace necesario e indispensable que para que exista desarrollo del núcleo disciplinar, primero se debe empezar por mantener una conducta de cultivación de la sensibilidad en uno mismo y en el ser que se cuida, desarrollar la ayuda y la confianza, promover la aceptación de la expresión positiva y negativa que necesiten ser emanados, el uso de un sistema de toma de decisiones basado en la solución de problemas y de ayuda, la promoción de una relación de enseñanza y aprendizaje que es mutua y la promoción de soporte, protección, corrección mental, física y sociocultural y el desarrollo espiritual en la relación. (Machín, 2015)

Para ello es necesario reconocer la individualidad de la experiencia y el desarrollo y habilidad del propio estudiante para integrar el conocimiento, y actitud en orden de ideas, implementar un plan y evaluar la práctica.

Finalmente, siguiendo el hilo conductor de sus postulados, se hace necesario hacer una total sensibilización hacia conceptualización del cuidado, en donde se tome como base el verdadero concepto de cuidado basado en la experiencia de salud con las personas cuidadas, con el entorno familiar y el contexto del mismo para así convertir el cuidado en un arte transformador, con un componente generador de experiencias humanas que logren el crecimiento del profesional que cuida y de la persona cuidada y los pueda llevar a una total realización como seres humanos. “Existen una serie de habilidades que el personal de enfermería implementa en su actividad cotidiana y que resultan imprescindibles, entre ellas se pueden mencionar el autocontrol, el entusiasmo, la automotivación, la empatía, etc.; la presencia de las mismas facilita alinear recursos anímicos que propician mayor habilidad en la resolución de problemas, en fomentar relaciones interpersonales armoniosas, aumentando así habilidades sociales, lo que ayuda a potenciar el rendimiento laboral y generar defensas para la reacción positiva a la tensión y al stress. Jean Watson reafirmo estos argumentos al referirse que el objetivo de la enfermería consiste en facilitar la consecución por la

persona de un mayor grado de armonía entre mente, cuerpo y alma, que engendre procesos de autoconocimiento, respeto a uno mismo, autocuración y autocuidados. *Watson* sostiene que este objetivo se alcanza a través del proceso de asistencia de persona a persona y de las transacciones que dicho proceso genera.” (Machín, 2015)

La inteligencia emocional habla de la combinación de la filosofía y la ciencia de la asistencia aplicada por el personal de enfermería al arte del cuidado. Constituye una estrategia en la cual la investigación puede apoyar la práctica, aumentando los beneficios para la disciplina y las personas en general, sustentando la experiencia clínica de cada profesional y permitiendo mejorar la toma de decisiones sobre las acciones profesionales.

“Jean Watson sustenta su trabajo en desarrollar una base moral y filosófica significativa en la labor del personal de enfermería, su teoría del ejercicio profesional de la enfermería se basa en los 10 factores asistenciales. Los tres primeros son factores interdependientes que ofrecen una base filosófica a la ciencia de la asistencia, el primero de ellos hace mención a la formulación de un sistema de valores humanos altruistas; este factor puede definirse como la satisfacción que se recibe al prestar ayuda, al realizar el trabajo con calidad y que el paciente esté satisfecho de la labor.

El segundo propicia inculcar la fe y esperanza, es un incentivo para que el paciente adopte conductas saludables. El cuidado de enfermería debe lograr que una persona, con problemas reales o potenciales de salud, reciba una atención de enfermería segura y eficiente, cuya finalidad será lograr su máximo bienestar. Es sabido que de la nada no puede surgir nada y que lo nuevo solo puede surgir de determinadas premisas implícitas en lo viejo. Dejar a un lado el pasado es algo ingenuo e irreal. El cultivo de la sensibilidad ante uno mismo y los demás es el tercer factor mencionado por Jean Watson, resulta vital para el personal de enfermería no fusionar emociones negativas de su vida privada o de trabajo con la atención de salud que le brinda al paciente, para lograr lo anterior es imprescindible que este personal adquiera la habilidad de evaluar y manejar sus reacciones emocionales identificando las maneras adecuadas de expresarlas” (Machín, 2015)

“Solo quién sabe por qué se siente, cómo se siente; puede manejar sus emociones, moderarlas y ordenarlas de manera consciente. Las personas con adecuada conciencia emocional conocen sus valores, metas y se guían por ellos, han desarrollado la capacidad de comunicación y escucha, respeto por las creencias del otro. Lo anterior sustenta el cuarto factor de la teoría de Jean Watson, al incentivar el desarrollo de una relación de ayuda – confianza. El desarrollo de una relación ayuda – confianza entre enfermera y paciente promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y

negativos e implica congruencia, empatía, afecto no posesivo y una comunicación eficaz.” (Machín, 2015)

“Jean Watson hace un señalamiento importante en su quinto factor cuando plantea: la enfermera debe estar preparada ante posibles sentimientos tanto positivos como negativos, y reconocer que la comprensión intelectual y emocional de una situación no tiene por qué coincidir. Lo que Jean Watson nos convoca es a comprender la mutua relación entre pensamientos, emociones y comportamiento. Avizora que compartir los sentimientos es una experiencia riesgosa tanto para el paciente como para la enfermera.

En el sexto factor, *Jean Watson* hace un llamado al uso sistemático del método de resolución de problemas para la toma de decisiones. Atributo íntimamente relacionado con la motivación por la superación constante; cualidad que cuando está presente se expresa en el deseo de estudiar y adquirir nuevos conocimientos para perfeccionar la práctica diaria.

La promoción de la enseñanza aprendizaje, permite mantener al paciente informado pero para ello, el personal de Enfermería debe actualizar periódicamente sus conocimientos para poder avanzar en el campo de la investigación y mejorar así la calidad de los cuidados en su práctica profesional, asume en este orden de ideas el primer paso para desarrollar el séptimo factor de la teoría de Jean Watson, la promoción de la enseñanza - aprendizaje.

El octavo factor de la teoría de *Jean Watson* a analizar, es que este personal debe reconocer la influencia que tiene el entorno interno y externo en la salud y la enfermedad de las personas. Hacer una autovaloración realista, es un elemento imprescindible para un buen desarrollo de este indicador. Conocer nuestras fortalezas y debilidades, tener una visión clara de lo que se necesita mejorar y estar abiertos a nuevas experiencias se hace imprescindible para el desarrollo profesional.

La asistencia satisfactoria de las necesidades humanas, reconocer las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales de sí misma y del paciente como noveno factor de la teoría de *Jean Watson*, es esencial a la hora de manejar el término de prioridad en el cuidado, al proporcionar una visión del arte del cuidado, cual fenómeno revelado, organizado, entendido e interpretado.

Como decimo factor, Jean Watson convoca a el fomento de las fuerzas existenciales – fenomenológicas, se traduce en que no basta la excelencia académica o intelectual, ni la capacidad técnica, se necesitan otras habilidades como la iniciativa, el optimismo, la flexibilidad, la adaptabilidad, la comunicación y las relaciones interpersonales para comprender el fenómeno en cuestión.” (Machín, 2015)

La gestión del cuidado en forma oportuna, segura y satisfactoria lleva implícito el imperativo ético de conservar claridad en los pensamientos y no cometer ninguna violación que influya de manera negativa en la atención al paciente.

Se han definido y desarrollado las diferentes teorías y conceptos de educación en enfermería y junto con ello la educación continua como un proceso de formación y/o actualización en conocimientos y habilidades al que las personas se someten con el propósito de mejorar su desempeño profesional. Mientras que la capacitación se define como un proceso de enseñanza-aprendizaje que facilita el desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas de trabajo sobre una unidad de competencia laboral. La capacitación no sólo implica pensamientos sino también efectividad y únicamente cuando se consideran en conjunto se enriquece el significado de la experiencia. Existen diferentes tipos de capacitación, algunos de ellos se pueden clasificar, como ya se ha mencionado, por su formalidad, en “Capacitación formal”: encierran una planificación, una estrategia metodológica, etc. y generalmente otorgan certificación. Y en “capacitación informal” que es la que se da, generalmente, de manera incidental, sin ser planificada y por lo tanto resulta mucho más difícil poder evaluar los resultados o el impacto.

Para que la capacitación tengan el impacto esperado, se debe plantear el proceso educativo con sus 5 etapas: 1) Realizar un diagnóstico de las necesidades educativas de la población. 2) Planear la estrategia educativa. 3) Diseñar la metodología didáctica 4) Aplicar el proceso educativo en una realidad concreta para resolver las necesidades manifiestas en el diagnóstico. 5) Evaluación, etapa indispensable para analizar el éxito del proceso educativo y sus resultados. (Galvan, 2015)

“Dentro de las estrategias didácticas que se pueden destacar en la educación continua del profesional de enfermería encontramos: Desarrollo de proyectos educativos, programas de inducción al puesto, programas de introducción y actualización en el servicio, seminarios, cursos monográficos, talleres, análisis de casos clínicos, indicadores., aplicación de guías clínicas enseñanza tutorial, donde todas las acciones y los actos se encuentren sujetos al análisis y la reflexión sobre la práctica asistencial. Así el docente, tutor y alumno amplían y fortalecen sus conocimientos al tiempo que desarrollan procesos de análisis.” (Galvan, 2015)

Material y Métodos

Tipo de Estudio

Se realizará un proyecto de investigación con un abordaje metodológico cuantitativo. El tipo de estudio será observacional analítico, ya que las variables son estudiadas tal como se presentan en la realidad. Este tipo de estudio tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más variables en un contexto en particular. Tales correlaciones se sustentan en hipótesis sometidas a prueba. Su mayor utilidad es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable al conocer el comportamiento de otras variables vinculadas. En este sentido, se pretende estudiar cómo influyen las variables independientes “Situación Contractual”, “Nivel de Formación” y “Capacitación en el área”, sobre la variable dependiente “Nivel de Satisfacción laboral”. Según la ocurrencia o cronología del fenómeno a investigar el estudio será de tipo Prospectivo. Y por el período y secuencia, será de corte transversal, ya que se estudiarán todas las variables seleccionadas en forma simultánea y por única vez.

Sitio y contexto

Para garantizar la concordancia entre los resultados y la realidad investigada, se llevarán adelante diversos controles, que tienen como objetivo procurar evitar la intervención de variables ajenas, que puedan modificar los resultados de la investigación. Se utilizó una guía de convalidación para el estudio exploratorio (ver Anexo I), cuyo resultado se encuentra incluido en este trabajo (ver Anexo III) con la cual se definió el sitio y el contexto donde se desarrollará el proyecto de investigación.

El mismo se encuentra ubicado en un Hospital público provincial perteneciente a la localidad de Granadero Baigorria. Funciona como un Hospital Escuela donde se forman y capacitan estudiantes de enfermería, de hemoterapia, radiología, medicina y otras especialidades, pertenecientes tanto a instituciones públicas como privadas. El servicio de Neonatología se encuentra ubicado en el primer piso al final del pasillo principal del lado izquierdo, se puede acceder a él a través de escaleras, rampas y ascensores. El área es de acceso restringido. Solo acceden de forma irrestricta los padres y abuelos de los bebés internados. Al ingreso se ubican a la derecha la habitación de los médicos de guardia, una habitación utilizada como depósito (amplia y con poca concurrencia) y un baño para el personal. A la izquierda un sector chico utilizado por el personal como cocina, pileta para el lavado

de manos y percheros. Luego se ubica al frente el sector de máxima complejidad, a la izquierda el de mediana y siguiendo el de baja complejidad con una capacidad para 9 pacientes en cada sala. Es decir, un total de 27 camas disponibles (entre cunas, incubadoras y servocunas) con un monitor multiparamétrico ubicado arriba o al costado de cada una de ellas. Cada sector cuenta con un área donde preparar la medicación y los materiales que se utilizarán, heladeras donde se guarda la medicación y le leche para los bebés, placares, balanzas, cajas con materiales varios.

Población y muestra.

La población constará con alrededor de 50 unidades de análisis, representada por cada una de las enfermeras y enfermeros que conforman la población total del servicio, que cumplen con los siguientes criterios de inclusión: Personal de enfermería que trabaje de forma permanente en el servicio de Neonatología, con 1 año de antigüedad (o más) en el servicio y se excluirá al personal de gestión.

Desde ya, serán considerados, desde el comienzo del proyecto, los principios éticos y bioéticos que se presentan en cualquier investigación que tenga como objeto de estudio a los seres humanos, evitando dañar de cualquier manera a los sujetos en estudio, respetando la autonomía, la autodeterminación y la privacidad.

Validez externa

Teniendo en cuenta el control de validez externa para este proyecto de investigación, se puede decir que, los resultados que se obtendrán no podrán ser generalizables, ya que el número de la población en estudio no es el suficiente y necesario para extender las conclusiones. Así mismo el nivel de complejidad del servicio del grupo control es diferente al del grupo que se estudiará a través del proyecto de investigación. Por lo tanto, los resultados sólo serán aplicables a la población en estudio.

Técnicas e instrumentos de Recolección de datos

La recolección de datos para la medición de las variables en estudio se llevara a cabo utilizando como técnica la encuesta. Y el instrumento que se aplicara para recolectar los datos, será un

cuestionario auto administrado. Se presentara en hojas “A4” abrochadas, tendrá un encabezado con una breve explicación de cómo debe realizarse, estará dividido en dos partes y será completado en forma voluntaria y anónima. Los cuestionarios se podrán completar durante el plazo de tres semanas y se depositaran en una urna que estará ubicada dentro del servicio en un lugar visible, pero que permitirá resguardar la privacidad.

Para la medición de la variable “Nivel de satisfacción laboral” se utilizara como instrumento el cuestionario FONT ROJA de Satisfacción Laboral (versión ampliada), sin realizarle modificaciones ya que se ajusta de manera adecuada, tanto en sus dimensiones, como en sus indicadores a lo que se pretende medir. Las opciones de respuestas que utiliza, serán: “Muy de acuerdo”, “De acuerdo”, “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, “En desacuerdo”, “Muy en desacuerdo”. Fue creado por Aranaz et al. Con 24 ítems, desarrollados en una escala tipo Likert, que va de 1 a 5 según grado de acuerdo. La puntuación total estará entre 26 y 130 puntos, a mas puntuación obtenida, mayor satisfacción. (Nuñez Gonzalez, 2007)

Para la variable “Nivel de Formación”, “Capacitación en el área”, y “Situación Contractual”, se obtendrán los datos a partir de la elaboración de un recuadro con opciones múltiples de respuesta y el personal deberá marcar con una x la opción que considere que corresponden. (Ver Anexo II)

La elección del instrumento fue hecha a partir de considerar que la ventaja que ofrece un cuestionario es que al desaparecer la interacción, se eliminan las posibles distorsiones y ofrece una manera de obtener los datos con mayor objetividad, permite acceder a toda la población seleccionada, responderlo lleva aproximadamente de diez minutos y es económico.

El instrumento elaborado se aplicara en primera instancia con otra población, de características similares, realizando la prueba piloto del mismo, que permita comprobar su confiabilidad y precisión, es decir, que el diseño, la redacción y las frases que se formulan no generen incomodidad, que estén bien presentadas, sean comprendidas y cumpla con la función de medición de las variables que se esperan medir. (Ver Anexo IV).

Operacionalización de variables

| Variable | Definición Conceptual | Dimensión | Indicadores |
|-------------------------------|--|------------------------------------|---|
| Nivel de Satisfacción Laboral | Percepción subjetiva e individual producto de una valoración afectiva de las personas dentro de una organización frente a su trabajo y a las consecuencias que se derivan de este. | Satisfacción por el trabajo | <p>1.En mi trabajo me encuentro muy satisfecho</p> <p>2.obtengo reconocimiento por mi trabajo</p> <p>3.La relación con mis jefes es muy cordial</p> <p>4.Se lo que se espera de mí en mi trabajo</p> |
| | | Tensión relacionada con el trabajo | <p>5. Mi trabajo en el servicio es el mismo todos los días, no varía nunca.</p> <p>6. Creo que tengo poca responsabilidad en mi trabajo</p> <p>7. al final de la jornada de trabajo, me suelo encontrar muy cansada.</p> <p>8. tengo poca independencia para organizar mi trabajo</p> <p>9. tengo pocas</p> |

| | | | |
|--|--|-------------------------|---|
| | | | oportunidades de aprender a hacer cosas nuevas. |
| | | Competencia profesional | 10. tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo. 11. tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena. |
| | | Presión en el trabajo | 12. con frecuencia, cuando estoy afuera del hospital, no desconecto con las cosas del trabajo. 13. las relaciones con mis compañeros son muy cordiales. 14. con frecuencia tengo la sensación de no estar capacitada para realizar mi trabajo. 15. con frecuencia competitividad o el estar a la altura de los demás, me causan estrés o |

| | | | |
|--|--|----------------------------|--|
| | | | tensión. |
| | | Promoción profesional | 16. tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo. 17 creo que mi trabajo es excesivo 18. con frecuencia no tengo recursos suficientes para hacer mi trabajo tan bien como sería deseable |
| | | Entorno físico | 19. la estructura física de mi entorno de trabajo interfiere con mi capacidad para realizar el mismo. 20 la estructura e instalaciones me impiden desarrollar mi trabajo |
| | | Integración y expectativas | 21. tengo muchas posibilidades de promoción profesional. 22. los problemas personales de mis |

| | | | |
|-------------------------------|---------------------|--|--|
| | | | compañeras de trabajo me suelen afectar |
| | | Características extrínsecas de estatus | 23. el sueldo que percibo es adecuado 24. estoy convencida con ocupo el puesto que me corresponde por capacidad y preparación |
| | | Monotonía laboral | 25. muy pocas veces me tengo que emplear a fondo para realizar mi trabajo 26. muy pocas veces mi trabajo en el servicio altera mi ánimo, mi salud o mis horas de sueño. |
| Nivel de Formación enfermero. | | | 1.Auxiliar 2.Profesional (técnico) 3.Licenciado 4.Magister 5.Especializacion en el área 6.Doctor |
| Nivel de | Son las actividades | Formal | 1.Congresos |

| | | | |
|---|---|----------|---|
| Capacitación en el área de Neonatología | de preparación, formal e informal, que llevan adelante los profesionales del servicio, en función de alcanzar los conocimientos y habilidades practicas necesarias para su desempeño en el área. | | <p>2. Ateneos</p> <p>3. Seminarios</p> <p>4. Talleres</p> <p>5. Curso de RCP Neonatal</p> <p>6. Curso de Lactancia Materna.</p> <p>7. Simposios</p> <p>8. Charlas específicas (con certificación)</p> |
| | | Informal | <p>9. Tutorías</p> <p>10. Charlas incidentales</p> |
| Situación contractual | Se definirá según el régimen de contratación. Los empleados públicos “de Planta Permanente” gozan del principio de inamovilidad consagrado por el art. 14 bis de la Constitución Nacional, siempre que dure su buena conducta y no haya razones para el cese de la relación de empleo público. En | | <p>1. Contrato “Planta Permanente”</p> |

| | | | |
|--|---|--|---------------------------------|
| | tanto, el régimen de contrataciones por tiempo transitorio comprende a la prestación de servicios de carácter determinado o estacional, que no puedan ser cubiertos por el personal de Planta Permanente. No gozan de estabilidad laboral | | |
| | | | 2. Contrato "Temporario " |

Personal a cargo de la recolección de datos

La recolección de datos estará a cargo de la autora del Proyecto de Investigación.

Plan de análisis

El análisis de los datos obtenidos para la variable “Satisfacción laboral” se hará en base a la escala de medición tipo Likert, elaborada y validada a través del cuestionario FONT-ROJA, en su versión ampliada, creada por Aranaz et al. La puntuación para cada indicador se establece de 1 a 5 según grado de acuerdo. La puntuación total estará entre 26 y 130 puntos, a más puntuación obtenida, mayor nivel de satisfacción laboral. De 1 a 26 puntos muy insatisfecho, de 27 a 53 puntos insatisfecho, de 54 a 80 puntos ni satisfecho ni insatisfecho, de 81 a 106 satisfecho, de 107 a 130 muy satisfecho.

Para la variable “Nivel de formación”, se asignaran valores numéricos del 1 al 6, representando el 1 el nivel más bajo de formación y el 6 el más alto. Para la variable “Capacitación en el área” se asignaran valores numéricos de 1 y 2 representando el uno todos los indicadores que se agrupan dentro de la dimensión “capacitación formal” y el 2 los que se agrupan dentro de la dimensión “capacitación informal”, marcando con palotes las cantidades seleccionadas por cada unidad de análisis. Para la variable “Situación contractual”, se asignaran los valores 1 y 2, representando el 1 el personal con contrato permanente y el 2 al personal con contrato temporario. Para las tres variables mencionadas se utilizara una escala de medición nominal. Ya que la manera en que se plantea la hipótesis es a partir de demostrar cómo influyen las variables independientes, simples: “Nivel de formación”, “Capacitación en el área” y “Situación contractual” sobre la variable dependiente y compleja “Nivel de Satisfacción laboral”. Se aplicara estadística descriptiva aplicando medidas de tendencia central, agregando los porcentajes obtenidos, los cuales serán presentados a través de, por lo menos, tres cuadros de doble entrada, entrecruzando los porcentajes obtenidos de las variables simples, con la variable compleja. Los porcentajes serán representados a través de un gráfico de torta. La distribución de frecuencias será volcada y presentada a través de un histograma. (Hernandez Sampieri, 2006)

Plan de trabajo y cronograma de actividades.

| Actividades | Recursos | Tiempo estimado |
|--|---|------------------------------------|
| Aplicación de los instrumentos de recolección de datos | Impresión de los permisos necesario | Enero y Febrero del 2020 |
| Procesamientos y tabulación de los datos | | Marzo, Abril y Mayo del 2020 |
| Análisis de los datos y conclusiones | | Junio, Julio y Agosto del 2020 |
| Elaboración de informe final | Impresión de los cuestionarios y confección de una urna | Septiembre y Octubre del 2020 |
| Difusión de los resultados | | Noviembre y Diciembre del año 2020 |

Anexos

ANEXO I

Guía para el Estudio Exploratorio:

- *¿Se obtendrán los permisos necesarios para la implementación del estudio?
- *¿Se podrá acceder a la programación del horario mensual del personal para asegurar la participación de la población en estudio?
- *¿Existen posibilidades de recorrer el servicio para determinar los diferentes espacios físicos donde podrían realizarse las actividades?
- *¿Cuál es la complejidad de los pacientes que se atienden?
- *¿Qué cantidad de enfermeras de la dotación total, son auxiliares, profesionales, licenciadas o poseen otros títulos?
- *¿Qué cantidad de esa dotación total, poseen contrato de planta permanente y cuantas se encuentra trabajando de forma transitoria?
- *¿Cuál es el tiempo estimado que requiere una enfermera para alcanzar los conocimientos y habilidades óptimos para desempeñarse en el servicio?
- *¿Existen programas de capacitación interna para el personal de la sala?
- *¿Se cumplen los estándares establecidos para el tipo de sala?

Anexo II

La siguiente encuesta, en la que usted participara, se hará bajo su consentimiento, en forma voluntaria y anónima. Será realizada con el objetivo de recolectar información necesaria para el proyecto de investigación acerca de los Niveles de Satisfacción del personal de enfermería de un servicio de Neonatología.

A continuación, se solicita que marque con una x la respuesta que considera correcta.

1) ¿Cuál es su máximo Nivel de Formación alcanzada?

| | |
|---------------------------------------|--|
| 1.Auxiliar | |
| 2.Profesional (terciario/tecnicatura) | |
| 3. Licenciado | |
| 4. Magister | |
| 5. Doctorado | |
| 6. Especialidad | |

2) En relación a la capacitación en el área. ¿De cuáles de estas actividades participo en el último periodo, DENTRO DE LA INSTITUCION?

| | |
|--|--|
| 1.Congresos | |
| 2. Ateneos | |
| 3. Seminarios | |
| 4. Talleres | |
| 5. Curso de RCP Neonatal | |
| 6. Curso de lactancia materna | |
| 7. Simposios | |
| 8.Charlas específicas(con certificación) | |
| 9. Tutorías | |

| | |
|--------------------------|--|
| 10. Charlas incidentales | |
|--------------------------|--|

3) ¿Cuál es, actualmente, su situación contractual?

| | |
|-----------------------|--|
| 1.Planta Permanente | |
| 2. Planta Transitoria | |

4) A continuación, marque con x la opción de respuesta que considere de su preferencia.

| | Muy en desacuerdo | En desacuerdo | Ni de acuerdo, ni en desacuerdo | De acuerdo | Muy de acuerdo |
|---|-------------------|---------------|---------------------------------|------------|----------------|
| 1.En mi trabajo me encuentro muy satisfecho | | | | | |
| 2.Obtengo reconocimiento por mi trabajo | | | | | |
| 3.La relación con mis jefes es muy cordial | | | | | |
| 4. Se lo que se espera de mí en | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| mi trabajo | | | | | |
| 5. Mi trabajo en el servicio es el mismo todos los días, no varía nunca. | | | | | |
| 6. Creo que tengo poca responsabilidad en mi trabajo | | | | | |
| 7. Al final de la jornada de trabajo, me suelo encontrar muy cansada. | | | | | |
| 8. Tengo poca independencia para organizar mi trabajo | | | | | |
| 9. Tengo pocas oportunidades de aprender a hacer cosas nuevas. | | | | | |
| 10. Tengo muy | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo | | | | | |
| 11. Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena | | | | | |
| 12. Con frecuencia, cuando estoy afuera del hospital, no desconecto con las cosas del trabajo. | | | | | |
| 13. Las relaciones con mis compañeros son muy cordiales. | | | | | |
| 14. Con frecuencia tengo la sensación de no | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| estar capacitada para realizar mi trabajo. | | | | | |
| 15. Con frecuencia la competitividad o el estar a la altura de los demás, me causan estrés o tensión. | | | | | |
| 16. Tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo. | | | | | |
| 17. Creo que mi trabajo es excesivo | | | | | |
| 18. Con frecuencia no tengo recursos suficientes para hacer mi trabajo tan bien como sería | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| deseable | | | | | |
| 19. La estructura física de mi entorno de trabajo interfiere con mi capacidad para realizar el mismo. | | | | | |
| 20. La estructura e instalaciones me impiden desarrollar mi trabajo | | | | | |
| 21. Tengo muchas posibilidades de promoción profesional | | | | | |
| 22. Los problemas personales de mis compañeras de trabajo me suelen afectar. | | | | | |
| 23. El sueldo | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| que percibo es adecuado | | | | | |
| 24. Estoy convencida con ocupo el puesto que me corresponde por capacidad y preparación | | | | | |
| 25. Muy pocas veces me tengo que emplear a fondo para realizar mi trabajo | | | | | |
| 26. Muy pocas veces mi trabajo en el servicio altera mi ánimo, mi salud o mis horas de sueño | | | | | |

Consentimiento Informado

La presente investigación es conducida por Vanesa Blanco DNI: 28.306.688 de la Universidad Nacional de Rosario. El objetivo de este estudio es analizar la relación entre el nivel de satisfacción laboral, la situación contractual, el nivel de formación y la capacitación, del personal de enfermería del servicio de Neonatología, durante el año 2020. Cuyo propósito es diseñar un programa de capacitación interna del servicio.

Se invita a participar en este estudio completando una encuesta. La cual lleva aproximadamente diez minutos. Su participación es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguno de los ítems a responder le resultan incómodos, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responderlos.

Desde ya le agradezco su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Vanesa Blanco. He sido informado (a) de que el objetivo del estudio es analizar la relación entre el nivel de satisfacción laboral, la situación contractual, el nivel de formación y la capacitación, del personal de enfermería del servicio de Neonatología, durante el año 2020. Y que el propósito es diseñar un programa de capacitación interna del servicio.

Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario, lo cual tomará aproximadamente diez minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la investigadora al teléfono _____.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Vanesa Blanco al teléfono anteriormente mencionado.

| Nombre del Participante | Firma del Participante | Fecha |
|-------------------------|------------------------|-------|
| (En letras de imprenta) | | |

Anexo III

Resultado del estudio exploratorio

Los sitios que se consideraron como posibles para la realización del proyecto son dos Hospitales Públicos provinciales, pertenecientes a un tercer nivel de atención, que cuentan con un servicio de Neonatología y que se encuentran ubicados dentro del área metropolitana del Gran Rosario, ya que en ellos estarán presentes las variables que se pretenden medir y la población que se pretende estudiar. Finalmente, a partir de los resultados del estudio exploratorio, se seleccionó el Hospital perteneciente a la localidad de G. Baigorria, ya que cuenta con una población compuesta por una mayor cantidad de unidades de análisis y el servicio recibe pacientes de una complejidad más alta. Los resultados obtenidos a través de la entrevista realizada al jefe del área, mediante la guía para la convalidación de sitio, mostraron que existen posibilidades y facilidad para la obtención de los permisos que se requieren, lo mismo que para acceder al horario del plantel de enfermería.

Se pudo recorrer el servicio, las tres salas, la cocina, el sector de área sucia y el depósito. Se determinó la complejidad del sector como de “alta complejidad” ya que la mayoría de casos que ingresan son prematuros extremos, de alto riesgo, con necesidades de soporte respiratorio, tratamientos prolongados con antibioticoterapia, maduración pulmonar, pueden requerir el uso de ventiladores de alta frecuencia, óxido nítrico, se realizan además cirugías complejas dentro del propio servicio. También se encuentran niveles de complejidad intermedia y baja. Está clasificado como una Neonatología “3B”, lo cual debe cumplir con estándares específicos, que se encuentran desarrolladas dentro del marco teórico de este proyecto de investigación.

El servicio cuenta con un total de 56 enfermeras, de las cuales 11 son licenciadas, 2 magísteres en administración, 3 auxiliares y 40 profesionales. Del total del plantel, 16 están bajo modalidades que implicarían formas transitorias y 40 en planta permanente.

El tiempo estimado para desenvolverse en forma autónoma en el sector de mayor complejidad requiere de alrededor de dos años de formación y capacitación. Dentro de la capacitación interna del servicio existen los cursos de RCP y de lactancia materna, pero que se ejecuten de manera irregular, esporádica, no todo el personal puede acceder dentro de los dos años que requiere su actualización. Los estándares establecidos para el tipo de Neonatología se cumplen, aunque falta hacer algunas modificaciones como la mesada donde se prepara la medicación en el sector de cuidados intensivos

debería ser más grande y estar ubicada de frente a los pacientes, falta un vestuario propio de enfermería dentro del servicio o próximo.

Anexo IV

Prueba Piloto

La prueba piloto se realizó en 10 enfermeros/as del servicio de Neonatología de un Hospital provincial de la ciudad de Rosario, teniendo en cuenta los criterios de inclusión (enfermeras con 1 año o más de antigüedad que se encuentren trabajando en el servicio de Neonatología) y teniendo en cuenta los criterios de exclusión, (personal de gestión).

La prueba se realizó para determinar si el cuestionario que se entregara a la población seleccionada, es correcto, claro, entendible y útil para medir las variables que se pretenden medir.

BIBLIOGRAFIA

- Acevedo Gamboa, F. (2011). Construcción metodológica para la enseñanza de la disciplina de Enfermería.
- Alfaro Lefevre, R. (2011). La disciplina de Enfermería: Aspectos históricos y reflexiones. *Revista Javeriana*.
- Aspiazu, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. . *Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas (Caicyt-Conicet)*.
- Ausubel, D., & Hennessey, H. Y. (2002). *Psicología educativa. Un punto de vista cognoscitivo*. México: Trillas.
- Bruner, J. (1997). La Educación, puerta de la cultura. *Sidac*.
- Chiavenato, I. (2011). *Administración de RRHH. El capital humano de la organización*. México: McGrawHill.
- Cordero Mendez, S. (2018). Efectividad de los cuidados de Enfermería centrados en el desarrollo en neonatos prematuros comparado con los cuidados estándar. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*.
- Da Silva, L. A. (2014). La Educación en el trabajo de enfermería en el contexto latinoamericano. *Enfermería Global Num 34*.
- Davini, M. (1989). Bases metodológicas para la educación permanente del personal de salud. *OPS, Brasil, versión traducida al español*.
- Dushkin, A. (2014). El trabajo de enfermería: la percepción de las enfermeras y enfermeros acerca de su profesión en un Área Metropolitana de Buenos Aires. *Independent Study Project (ISP)*.
- Dure, I. y. (2017). Relevamiento de recursos humanos de enfermería en la provincia de Buenos Aires. Evaluación de la carrera de enfermería. *Revista Argentina de Salud Pública*, 38-41.

Dussel, E. (1998). *La producción teórica de Marx. Un comentario a los Grundrisse*. Mexico: Siglo XXI.

Figueroa, A. (Abril de 1999). *Scielo*. Recuperado el Noviembre de 2019, de Scielo: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000200002

Galvan, B. (2015). Tipos de capacitación. *EAN*.

García Ramírez, J. (2009). Siete tesis sobre la descolonización de los DDHH en Karl Marx: Un diagnóstico popular para evaluar la calidad de la democracia en América Latina. *Tabula Rasa NUm 11*.

Grisolia, J. (12 de Abril de 2017). *Riesgos psicosociales en el trabajo: Una alternativa para las patologías extrasistémicas*. Recuperado el 16 de Julio de 2019, de Ideides: <http://revista-ideides.com/riesgos-psicosociales-en-el-trabajo-una-alternativa-para-las-patologias-extrasistemicas/>

Guevara, L. M. (2013). Reflexiones sobre las teorías del aprendizaje. *Revista electrónica de Humanidades, Educación y Comunicación Social, Año 8 Num 14*, 6-15.

Hamilton, K. (2007). Mortalidad neonatal ajustada al riesgo en relación a la dotación de enfermería en el cuidado Neonatal. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 136-48.

Heredia, A. (2002). Formar para transformar. Experiencia estratégica de profesionalización de auxiliares de enfermería en Argentina.

Hernández Mosqueda, J. (2016). Hacia una evaluación integral del desempeño: Las rúbricas socioformativas. *Revis Ra Ximhai Vol 12 NUm 6*.

Hernández Sampieri, R. (2006). *Metodología de la investigación sexta edición*. Mexico: McGrawHillEducation.

Hoppock, R. (1935). *Job Satisfaction*. New York, United States: Harper.

Larguía, M. (2010). *NormativaArgentina.org.ar*. Recuperado el Octubre de 2019, de *NormativaArgentina.org.ar*: <https://www.argentina.gob.ar>

- Larguía, M. (2010) *Primeras jornadas argentinas de Enfermería Neoantal. Gestion y practica de la enfermería Neonatal*. Ciudad Autonoma de Buenos Aires: SAP.
- Locke, J. (1956). *Ensayo sobre el entendimiento humano*. Mexico: FCE Mexico.
- Maceira, D. (2015). *Estructura de salarios, incentivos contractuales y ambiente laboral en el subsistema publico*. Buenos Aires.
- Machin, E. (2015). Enfermería: Teoría de Jena Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Revista Cubana de Enfermería*, vol 31, Num 3.
- Marx, C. (1847). *Miseria de la filosofía*. BsAs: Anteo.
- Marx, K. (1981). *El Capital. Tomo I. El Proceso de acumulación del Capital*. Mexico: Siglo XXI.
- Marx, K. E. (1982). "Carta al padre" en *Obras fundamentales*. Mexico: Siglo XXI.
- Maslow, A. (1991). *La personalidad Creadora*. Buenos Aires: Troquel.
- Maslow, A. (1993). *El Hombre Autorrealizado: Hacia una psicología del Ser*. Buenos Aires: Troquel.
- Maslow, A. (1993). *El Hombre Autorrealizado: Hacia una psicología del Ser*. Buenos Aires: Troquel.
- Melia, J. P. (1996). Administración de RRHH. La medida de la satisfacción laboral el capital humano
- Merhy, E. (2002). *La crisis del modelo de salud: una discusión del modelo asistencial y del trabajo médico en Brasil*. San Pablo: Hucitec.
- Merhy, E. (1 de junio de 2006). *Scielo*. Recuperado el 28 de agosto de 2019, de Scielo: <https://www.scielosp.org/article/scol/2006.v2n2/147-160/>
- Ministerio, S. (23 de Mayo de 2002). *Resolución 306/2002*. Recuperado el 22 de septiembre de 2019, de infoLEG: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/74680/norma.htm>

- Montanholi, L. (2011). Actuacion de la enfermeria en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal: Entre lo ideal, lo real y lo posible. *scielo*.
- Mosqueda, R. (2017). Tendencias pedagogicas en America Latina. *Revista Enfermeria Actual*.
- MSCF. (2012). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia con enfoque intercultural*. Buenos Aires: UNICEF.
- Muro, L. (2013). Algunas consideraciones sobre teorias del aprendizaje.Estrategias de la enseñanza y del aprendizaje. *Edumecentro*
- Nassif, R. (1986). Recuperado el 22 de octubre de 2019, de <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/25681/26Sistema%20e>
- Navarro, M. (2018). Principales factores de riesgo de la morbilidad y mortalidad neonatales. *Medisan*, Vol22, Num7.
- Núñez Gonzalez, E. (2007). Una propuesta destinada a completar el cuestionario FONT-roJA DE SATISFACCION LABORAL. *Gac Sanit*, 136-41.
- OPS. (2006). *Paradigmas y practicas de evaluacion en programas educativos para el personal de Salud*. Washington: Biblioteca Sede OPS.
- Ortega, J. (2019). Una cuestion de entrega:desigualdades de genero y factores de briesgo psicosocial en el trabajo de enfermeria. . *Sociedad y cultura*.
- Payer, M. (2011). *Teoria del constructivismo social de Lev Vigotsky en comparacion con la teoria de J Piaget*. Recuperado el 18 de Octubre de 2019, de [www.http://www.proglocode.unam.mx/system/files/TEORIA%20DEL%20CONSTRUCTIVISMO%20SOCIAL%20DE%20LEV%20VYGOTSKY%20EN%20COMPARACIÓN](http://www.proglocode.unam.mx/system/files/TEORIA%20DEL%20CONSTRUCTIVISMO%20SOCIAL%20DE%20LEV%20VYGOTSKY%20EN%20COMPARACIÓN)
- Peralta, O. (2017). Cambio conceptual. Una mirada desde las teorias de Piaget y Vigotsky. *Liberabitt*.
- Peiró, M. P. (1996). Satisfaccion laboral. Tratado de psicologia del trabajo.Sintesis.Voll. *psicologema*,5, 59-74.
- Ponti, L. (2016). *La enfermeria y su rol en la educacion para la salud*. BsAs: Teseo.

- Ponti, L. (2017). Conocimientos y dificultades del proceso de atención de enfermería en la práctica. *Educación Médica Superior*.
- Quiroga, A. (2012). Cuidados para el Neurodesarrollo. *Revista "Enfermería Neonatal" Fundasamin*.
- Schein, E. (1982). *Psicología de la Organización*. México D.F: Prentice Hall.
- Skinner, B. (1997). *Sobre el conductismo*. Barcelona: Fontanella.
- Soria, R. (2014). Recursos Humanos en las unidades neonatales. *Archivos Argentinos de Pediatría*.
- Welheim, L. (2013). Guía Teórico práctica de la Educación en Enfermería. *Unam*.
- Zabalza, M. (2003). Paulo Freire: Teorías y prácticas en Educación popular. Escuela pública, inclusión, humanización y fortalezas. *Scielo*.
- Zubiri Saenz, F. (May/Agosto de 2013). *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. Recuperado el 7 de Septiembre de 2019, de Anales del Sistema Sanitario de Navarra: <http://dx.doi.org/104321/s1137-66272013000200002>