



La conciliación de la vida personal y laboral y la satisfacción en el trabajo

Estudio en enfermeras de Atención Primaria de Salud

M^a Rosa Girbau García

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

UNIVERSIDAD de BARCELONA
ESCUELA DE ENFERMERIA



UNIVERSITAT DE BARCELONA



i) EU d'Infermeria

LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL Y LABORAL
Y LA SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO
“Estudio en enfermeras de Atención Primaria de Salud”

Tesis Doctoral
M^aRosa Girbau García

Barcelona 2010

UNIVERSIDAD de BARCELONA
ESCUELA DE ENFERMERIA
Doctorado en Ciencias Enfermeras



UNIVERSITAT DE BARCELONA



i) EU d'Infermeria

LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL Y LABORAL
Y LA SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO:
“Estudio en enfermeras de Atención Primaria de Salud”

Tesis Doctoral presentada por:

M^aRosa Girbau García

Directora de la tesis:

Dra. Lourdes García Viñets

Barcelona 2010

AGRADECIMIENTOS:

“Nadie puede silbar solo una sinfonía. Es necesario una orquesta”.

Halford E. Luccock, 1943.

Con estas palabras de Luccock, me gustaría dar las gracias a todas aquellas personas, que me han hecho muy fácil el largo camino que hay que recorrer para conseguir que la sinfonía suene de forma armónica.

Cuando inicié esta tesis, era consciente de que podía encontrar dificultades y obstáculos, era consciente de que podía contar con personas que me podrían ayudar y asesorar, y también era consciente de mi tenacidad.

Pero me gustaría resaltar, que mis expectativas se quedaron muy cortas, frente a todas las personas que de forma desinteresada han hecho posible alcanzar el objetivo marcado.

En primer lugar, agradecer a Bienve su ayuda incondicional e imprescindible. Ha sido la varita mágica de la orquesta, en este proyecto académico y también en mi proyecto vital.

A Eva, que a pesar de la distancia, también ha formado parte de la partitura de la sinfonía, interesándose por mis avances y apoyándome siempre en este reto.

A toda mi familia, que se han interesado y me han animado a seguir adelante.

A Lourdes García, mi directora, compañera y amiga. Me gustaría agradecerle su valiosa contribución y su buena disposición a aceptar siempre mis dudas, reflexiones e incertidumbres. Hemos trabajado y ha trabajado con gran rigurosidad y acierto, facilitándome las cosas y haciendo que todo fuera mucho más fácil de conseguir.

También, mi gratitud y agradecimiento a mis amigas/o y compañeras/o que también han formado parte importante de este proyecto, Katy Salas, Anna Roigé y Jordi Galimany, que me han escuchado, aconsejado y acompañado en este recorrido, a Rosalía Pedreny, Marga Peya, Ana Pulpón, Pilar Torres, Imma Úbeda, Montse Roca, Dosi Bardají, Cristina Cruz, Mercè Gràcia, Pepi Albás y un largo etcétera de personas, que siempre han estado a mi lado de forma

incondicional, en momentos de alegría y algunos de tristeza. Gracias por ser como sois.

A Núria Fabrellas, Joan C.Contel y Bárbara Agüera, por sus aportaciones y por estar siempre a mi disposición para cualquier consulta, a las profesoras asociadas de la EUE de la UB, por facilitarme el trabajo de campo, y un gran agradecimiento para todas las enfermeras, que de forma anónima han participado como protagonistas de esta sinfonía.

Y por último, quería dar las gracias a mis padres, que a pesar de no estar físicamente aquí, se sentían profundamente orgullosos de su familia y gracias por haberme sabido transmitir los valores del rigor, el esfuerzo y la constancia, ya que con toda seguridad, sin esos valores, la orquesta no hubiera podido tocar.

Gracias a todos por vuestra ayuda

MªRosa Girbau García

INDICE GENERAL	Pág.
✚ JUSTIFICACION.	13
✚ INTRODUCCIÓN	15
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO	
CAPÍTULO 1: ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA (APS).	25
1.1 La Profesión enfermera en el desarrollo de los Sistemas de Salud	26
1.2 Contextualización de la práctica de la enfermera en APS.	29
1.2.1 Reforma de la Atención Primaria de Salud	31
1.2.2 Situación laboral de las enfermeras.	34
1.2.3 Carrera profesional.	36
1.3 Los cuidados de Enfermería y las Técnicas de la Información y la Comunicación (TICs).	38
1.3.1 Algunas experiencias en el uso de las TICs	41
1.3.2 La formación de los profesionales de enfermería en las TICs.	43
CAPÍTULO 2: LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL Y LABORAL	47
2.1 Aproximación al Concepto de Conciliación.	48
2.2 Marco Legal o Jurídico	52
2.2.1 Contexto Internacional y Europeo.	52
2.2.2 Contexto Español	59
2.2.3 Contexto Autonómico de Cataluña	62
2.3 El estudio de la CVPL y los usos y distribución del tiempo	66
2.4 El estudio de la CVPL en la profesión enfermera	74
2.5 Variables sociodemográficas que pueden incidir en la CVPL	80
2.5.1 Natalidad	81
2.5.2 Fecundidad	81
2.5.3 La Dependencia en Cataluña.	82
2.5.4 Composición hogares españoles.	85
2.5.5 Abandono del trabajo por razones familiares.	88
2.6 Ámbitos de la Conciliación.	88
2.6.1 Individuo	89

2.6.2 Familia.	89
2.6.3 Empresa.	91
2.6.4 Poderes públicos	92
2.7 Mitos o realidad sobre la CVPL	92
CAPÍTULO 3: LA SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO (ST).	99
3.1 Teorías y Modelos de aproximación al concepto de ST	100
3.2 La ST y factores laborales en la profesión enfermera	103
3.2.1 Clima organizacional	105
3.2.2 Desgaste profesional en las enfermeras (<i>Burnout</i>)	106
3.2.3 Estrés laboral.	108
3.2.4 Abandono de la profesión y déficit de enfermeras.	110
3.3 La Satisfacción en el Trabajo y la Conciliación de la Vida Personal y Laboral.	112
OBJETIVOS E HIPÓTESIS.	115
SEGUNDA PARTE: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
CAPÍTULO 4 : MATERIAL Y MÉTODOS.	119
4.1 Proceso de la investigación.	119
4.2 Instrumento de medida y definición operativa de las variables.	121
4.3 Tratamiento estadístico y análisis e interpretación de los resultados.	125
CAPÍTULO 5: INFORME DE LOS RESULTADOS.	127
5.1 Características sociodemográficas de la muestra.	127
5.2 Análisis descriptivo de las variables	136
5.2.1 Análisis descriptivo de la CVPL.	136
5.2.2 Análisis descriptivo de la ST	142
5.3 Análisis psicométrico de las dos variables y ajuste del modelo.	148
5.3.1 Análisis psicométrico de la variable CVPL.	148
5.3.2 Análisis psicométrico de la variables ST.	150
5.3.3 Ajuste del modelo a los datos.	152
5.4 Relaciones entre variables.	161

5.5 Modelo de predicción de la ST a partir de la CVPL	165
CAPÍTULO 6: DISCUSIÓN.	173
CAPÍTULO 7: CONCLUSIONES.	189
PROPUESTAS DE FUTURO PARA EL SIGLO XXI	193
BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA	201
BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA GENERAL.	239
ENLACES DE INTERÉS- WEBS.	241
GLOSARIO.	243
INDICE DE TABLAS Y FIGURAS.	249
LISTA ALFABÉTICA DE ABREVIACIONES.	253
ANEXOS	257

✚ JUSTIFICACIÓN

La Enfermería, como disciplina académica ha tenido cambios sustanciales en las últimas décadas, con grandes retos y oportunidades que ha permitido avanzar en el conocimiento de la propia disciplina y en su desarrollo profesional. Esta transformación, ha sido y es posible, gracias al esfuerzo de muchos profesionales que tanto desde el ámbito académico como del contexto asistencial, con su rigor profesional, esfuerzo e investigación, han hecho posible que la enfermería goce hoy en día en nuestro país, del prestigio académico y reconocimiento social, que nos enorgullece como parte integrante de dicho colectivo.

Cuando me planteé realizar esta tesis doctoral, de forma instantánea surgió la idea de centrarme en el estudio de los mecanismos que subyacen y determinan el hecho de que las enfermeras^a, realicemos nuestro trabajo de manera satisfactoria y de ese modo proporcionar mayor excelencia en los cuidados ofrecidos a la población. No obstante, era consciente de que era un trabajo complejo, de largo recorrido y de corredor de fondo, pero me entusiasmó el reto.

En ese proceso de reflexión y concreción del tema objeto de esta tesis, coincidieron en el tiempo, una serie de acontecimientos **personales, sociales y sanitarios**, que alimentaron la idea que estaba intentando modelar.

Por un lado, se produjo a **nivel personal**, la presencia de un problema de salud crónico en un miembro de mi familia, con una importante carga física y emocional, que yo quería asumir. En ese mismo instante, me planteé la dicotomía “*tiempo familiar-tiempo laboral*” y por consiguiente el cómo atender a mi familia y a la vez seguir asumiendo mis responsabilidades laborales como profesora titular en la Escuela de Enfermería (EUE) de la Universidad de Barcelona (UB).

Pensé a su vez, que éste no era un caso aislado y que se podía generalizar a muchas enfermeras. También, que tal vez en mi caso, la disponibilidad y gestión del tiempo era muy diferente, a la que tendría si estuviese desarrollando mis

^a A lo largo del texto, se hace referencia a todos los profesionales de Enfermería, utilizando el término en género femenino “enfermera”

actividades profesionales en el ámbito asistencial, teniendo en cuenta la falta de flexibilidad en general de los horarios en los centros asistenciales.

Por otro lado, era consciente de la importancia que a nivel **social** había adquirido en los últimos años, la necesidad de Conciliar la Vida Personal y Laboral^b (CVPL) llegando a formar parte del debate político, social y académico, siendo considerada como un problema estructural, que afecta a toda la sociedad en general y muy especialmente a las profesionales de enfermería, en base a las características del trabajo asistencial.

A su vez y desde el **contexto sanitario**, el desarrollo de los servicios nacionales de salud en España, ha representado un cambio de orientación importante en los cuidados ofrecidos a la población en general y especialmente el poder resolutivo de la Atención Primaria en el marco del conjunto del sistema sanitario, siendo la enfermera una de las piezas clave del nuevo modelo asistencial.

La necesaria CVPL y la mejora de la Satisfacción en el Trabajo (ST) de sus profesionales, son en este sentido retos importantes de la sociedad en general, de las administraciones y de las direcciones de los centros asistenciales en particular.

Estas realidades y estas inquietudes fueron la génesis de este proyecto, que espero pueda contribuir a la mejora de las condiciones de vida de los profesionales de enfermería, aportando conocimiento empírico de la influencia que la CVPL de las enfermeras de Atención Primaria de Salud (APS) pueda tener en su ST y por tanto mejorar la salud y calidad de vida de los usuarios y de la población en general.

^b Aunque en sus inicios la terminología utilizada era la de conciliar "vida laboral, familiar, personal y de ocio", la evolución ha incluido otros aspectos de la vida de cada trabajador/a (dedicación a aficiones, estudio, hobbies, voluntariado, etc.) de forma que la expresión correcta sería hablar de "Conciliación de la Vida Personal y Laboral" (CVPL). Ministerio de Administraciones Públicas. Plan Concilia 2006.

INTRODUCCIÓN

*“La sabiduría suprema es
tener sueños bastante grandes,
para no perderlos de vista
mientras se persiguen”*

William Faulkner

Los cuidados de Enfermería son fundamentales para el logro de objetivos de salud y no cabe duda de que los cambios introducidos en la prestación de cuidados a la población, han sido posibles gracias a la evolución en la formación de estos profesionales¹ y a la profesionalización y mejora en la atención a las personas sanas y/o enfermas, siendo consideradas las enfermeras como la pieza clave en el desarrollo de los sistemas de salud².

En la actualidad, uno de los aspectos más destacables del contexto sanitario de nuestro país, es el aumento de la demanda asistencial en general y en los servicios de APS en particular, como consecuencia de diferentes factores sociales, epidemiológicos y tecnológicos, tales como³:

- El envejecimiento de la población con un incremento de la expectativa de vida, y un aumento de las enfermedades crónicas y pluripatológicas.
- El crecimiento poblacional fruto de los flujos migratorios con una gran pluralidad cultural, económica y social.
- Los cambios en los patrones epidemiológicos, con la coexistencia de enfermedades infecciosas, crónicas y degenerativas.
- El cambio de orientación en el modelo asistencial, hacia una atención más preventiva.
- La mayor información de los usuarios, con un cambio de rol más pro-activo^c.

^c Se define como rol pro-activo/a la identificación y anticipación de las necesidades de una persona, para evitar, prevenir o retardar la aparición de un problema real. Pla d'Innovació d'Atenció Primària de Salut 2007.

- Y la constante innovación tecnológica, con importantes avances en el uso de las nuevas técnicas de la información y la comunicación (TICs)

Ante una población que envejece año tras año, es de esperar que aumenten las necesidades de cuidados prolongados. Es en este contexto y desde el ámbito de la APS, en el que las enfermeras pueden ayudar a partir de la promoción, la prevención, el cuidado y la rehabilitación de los problemas de salud, a mejorar la calidad de vida del individuo, la familia y la comunidad⁴.

Es de todos conocido que los profesionales de Enfermería que desarrollan sus actividades en el ámbito asistencial, están sujetos en general a una estructura horaria (con turnos rotatorios, trabajo nocturno y en fines de semana), que interfiere en la necesaria CVPL, ya que ésta no coincide, en muchos casos, con los horarios habituales de trabajo y estudio del resto de personas del núcleo familiar. En este sentido, cabe destacar que las enfermeras que trabajan en la APS, pueden disponer de mayor flexibilidad en la gestión del tiempo, ya que a diferencia de las enfermeras que desarrollan su actividad en el ámbito hospitalario, no están sujetas a horarios de fines de semana y turnos de noche.

No obstante, esta mayor flexibilidad entre las enfermeras que realizan su actividad profesional en APS, en relación a las que trabajan en la atención especializada, no garantiza una mejor armonización de los tiempos para el cuidado de las necesidades personales y familiares, ya que las enfermeras de APS realizan, cada vez más, "horarios deslizantes"^d que en muchas ocasiones, son incompatibles con la continuidad de atención y cuidado de las personas dependientes.

La presencia de la mujer, en el colectivo de profesionales de enfermería ha sido históricamente significativa. En términos generales, las mujeres representan en torno a las tres cuartas partes del personal sanitario de la Unión Europea (UE)⁵.

^d Se considera un concepto emergente en el ámbito sanitario. El objetivo del horario deslizante, es facilitar que la enfermera, pueda atender a los pacientes en horario de mañana y tarde, de forma indistinta.

En el año 2008 en Barcelona, el número de profesionales de enfermería colegiados fue de 35.699, de los cuales el 87,67% eran mujeres (31.296 ♀) y un 12,33% eran hombres (4.403 ♂)⁶. Un total de 31.326 de estos profesionales colegiados, estaban ejerciendo como enfermeras, y el resto no estaban en activo ya sea por baja voluntaria, jubilación o invalidez.⁷

En los últimos años, el perfil de los estudiantes de la Diplomatura de Enfermería en la Escuela de Enfermería (EUE) de la Universidad de Barcelona (UB), es muy similar, aunque hay un ligero repunte de estudiantes de género masculino.

En el curso 2009-2010, los alumnos matriculados en el Grado de Enfermería en la EUE de la UB, es de 371 alumnos, de los cuales un 83% son mujeres y un 17% son hombres, representando un aumento de casi el 5% de alumnos de género masculino, respecto al nº de profesionales colegiados en Barcelona en el año 2008.

En esta línea, hemos de considerar la variable género, como uno de los elementos que influyen en la profesión de Enfermería, así como el rol atribuido a uno u otro sexo. El género, es una construcción social y no viene determinado por la biología únicamente. Según Ramió⁸, género significa la manera en que cada sociedad concibe ser mujer, ser hombre, los roles, los valores y las formas de relación entre ambos.

Los estereotipos de género, se proyectan también en el ámbito profesional, siendo uno de los factores, que contribuyen a la escasa presencia de las enfermeras en cargos de responsabilidad, y representación del propio colectivo. Estas escasas cuotas de representación en los ámbitos de decisión, dificulta la capacidad de organización y distribución de los turnos, en función de necesidades temporales y coyunturales de la enfermera como mujer⁸.

La imagen enfermera, como profesión femenina, ha estado marcada a lo largo de la historia, por dos ideologías dominantes: por un lado, la concepción religiosa asociada a los cuidados y por otro, el discurso sexista sobre el rol social de la

mujer como esposa y madre, otorgando el rol de cuidadora de la unidad familiar, y como profesional responsable del cuidado de la población⁹.

Si bien es cierto, que los avances logrados en el siglo XX en cuanto a la equidad de género son importantes, respecto a la evolución del papel de las mujeres en la vida económica y social, es necesario que se le otorgue valor al cuidado doméstico, y se comparta en todas sus expresiones con la pareja, al objeto de que ésta, pueda compaginar en mayor medida estas tareas con su desarrollo profesional¹⁰.

Bertrán ¹¹, denomina a este doble rol de las mujeres, laboral y doméstico como el "tiempo circular" en el que se mezclan continuamente los dos roles, en contraposición con el "tiempo lineal" de los hombres, lo que resta oportunidades de desarrollo profesional, y dificulta la posibilidad de disponer de tiempo personal, formación y ocio. Y añade, que cuando se plantea conciliar el trabajo remunerado con la familia, rara vez se especifica que conciliar no es algo nuevo, ni tampoco se dice, en qué modalidad de conciliación se está pensando. En general, el modelo de conciliación aceptado por esta autora, ha implicado una doble carga e intensidad de trabajo para la mujer, denominado pluriempleo o de doble presencia. Todo ello, sin olvidar que la doble presencia, tal y como la entendemos, ha formado parte silenciosa de la experiencia de muchas mujeres, donde el trabajo doméstico no remunerado, no ha supuesto una elección personal, sino un rol y unos valores aceptados en la sociedad y en el propio núcleo familiar.

Autoras como Torns, Borrás y Carrasquer¹², afirman que las políticas de conciliación, no surgen para dar respuesta a los movimientos sociales con el intento de subsanar las desigualdades entre hombre y mujeres, sino que éstas, son fruto de las estrategias marcadas por la Unión Europea para conseguir fomentar el empleo femenino, con la finalidad de que éste, alcance al 60% de mujeres en el año 2010, y en el contexto de una sociedad en proceso de cambio, en el reparto de responsabilidades familiares.

A partir de los años 70, se iniciaron investigaciones sobre las llamadas parejas de doble carrera, doble empleo o doble ingreso, términos que hacen referencia a la situación familiar, en la que los dos miembros de la pareja tienen un empleo remunerado. Esta realidad social, ha provocado la aparición de problemas y conflictos a la hora de negociar y solventar las responsabilidades, siendo lo más importante, la percepción de una adecuada correspondencia o equilibrio entre ambos. No obstante, las mujeres sufren mayor conflicto interroles y sobrecarga que los hombres, por factores como, falta de tiempo y sentimiento de culpabilidad materna¹³.

Sin embargo, y sin caer en la estigmatización del trabajo doméstico y de las responsabilidades de atención a la familia, hay que establecer un reparto equilibrado de tareas, en las que prevalezca la decisión libre y consensuada entre los miembros de la pareja, y que a su vez permita a ambos, armonizar su vida personal y profesional.

Es por todo ello, que al plantearse el debate social sobre la necesidad de CVPL, sólo se hace desde la perspectiva de género, en este caso femenino, y en especial en las últimas décadas, la conciliación sólo se ha contemplado en nuestro país como, la armonización de la doble jornada de trabajo de las mujeres, diferenciando *tiempo productivo*, con valor económico y *tiempo reproductivo y trabajo doméstico*, sin valor económico¹⁴.

Algunos autores como Bertrán, Torns, Borrás^{11,12}, afirman que en la actualidad, la estructura familiar tradicional, en la que se consideraba el rol de hombre “proveedor” y mujer “cuidadora”, ha dado paso de forma progresiva, a una nueva realidad social, en la que las tareas son compartidas, siendo la propia pareja, quién decide el reparto en las responsabilidades del hogar y de las personas dependientes.

No obstante, y según el VI Informe Randstad¹⁵, sobre la calidad del trabajo en la Europa de los Quince presentado en el año 2006, la dependencia financiera de las mujeres respecto a su pareja, sigue estando vigente al inicio del siglo XXI. Y

ésta, es una de las razones que explican la centralidad del trabajo familiar en las mujeres, y la asignación de roles en la distribución de las tareas del hogar.

Inés Alberdi¹⁶, plantea la conciliación teniendo en cuenta dos ámbitos, claramente diferenciales:

- El ámbito tradicional de la "*experiencia*" vital de las mujeres, considerado como el conjunto de relaciones afectivas, de relaciones de pareja y de formación de una familia, a partir de la experiencia de la maternidad, siendo éste, el espacio que tradicionalmente se ha atribuido a las mujeres.
- El ámbito de "*desarrollo*" vital y personal, considerado como la base fundamental de la expresión de la personalidad y de la individualidad, lo que hace, que adquiera un enorme valor por su relación con el empleo remunerado, y se caracteriza a su vez, por el desarrollo del espacio personal e individual de la mujer, la capacidad y el derecho a decidir.

Más concretamente, y dentro del ámbito de desarrollo de la profesión enfermera, se observa que, en los últimos años se ha implantado la "carrera profesional", en la mayoría de los centros asistenciales, y que pretende que las enfermeras dediquen tiempo a la formación continuada, bien para actualizar sus conocimientos, bien para el desarrollo de su trayectoria profesional, lo que hace más difícil y frágil todavía, el equilibrio entre la familia, el trabajo y el ámbito de realización personal y social.

El impulso de medidas de CVPL en el contexto sanitario, es fundamental si se quieren evitar los problemas de insatisfacción profesional y personal, y los ámbitos sociales, económicos, culturales y políticos, deben orientarse a favorecer un modelo de familia igualitaria, que permita a las mujeres el desarrollo de su carrera profesional.

Al mismo tiempo, el análisis de la ST de los profesionales de enfermería, se puede considerar como un indicador del equilibrio, entre las responsabilidades del trabajo y de la vida familiar, entendiendo ésta, como el grado de bienestar percibido por el individuo, pudiendo incrementar la calidad de los cuidados

prestados a la población. Añadir que la inestabilidad laboral actual, con contratos en muchos casos eventuales, jornadas irregulares y la presión asistencial de los Centros de Atención Primaria (CAP), pueden considerarse como un factor de estrés y desgaste profesional importante.

Así pues, y a partir de estas consideraciones, el objetivo general de la tesis que se presenta, es la identificación de la interferencia que la CVPL puede ejercer en la ST de las enfermeras de APS. Tomando en consideración, la naturaleza de la interferencia (positiva o negativa), y la dirección de la misma (trabajo-familia y familia-trabajo). Esta consideración, es compleja, y requiere que se reconozca la importancia de los factores individuales y organizativos, que puedan incidir en ésta, para poder ayudar, finalmente, a mejorar la calidad de los cuidados prestados a la población, y simultáneamente conseguir una mayor satisfacción de la vida personal y profesional de las enfermeras.

La tesis que se presenta a continuación se ha estructurado en dos grandes bloques, Teórico y Metodológico:

Marco Teórico consta de tres capítulos claramente diferenciados

En el primer capítulo, se hace una aproximación a la realidad de la enfermera de APS, dentro del Sistema Sanitario, teniendo en cuenta la reforma del modelo asistencial, la estructura laboral de las enfermeras, el reconocimiento de la trayectoria laboral, a partir de la carrera profesional, y los cuidados de enfermería dentro del contexto de las técnicas de la información y la comunicación.

En el segundo capítulo, y después de una primera aproximación teórica al concepto de CVPL, se define el marco legal de la conciliación a nivel europeo, nacional y autonómico; el estado de la cuestión en relación a la CVPL en general, y en enfermería en particular; variables sociodemográficas que pueden tener una especial relevancia en la profesión de enfermería; los ámbitos de conciliación que pueden influir; y por último, algunos mitos que pueden ayudar a identificar, algunos prejuicios que existen entorno a la conciliación.

En el tercer capítulo, se presenta el análisis de la ST como indicador del equilibrio trabajo familia, con una revisión a las teorías y modelos de aproximación al concepto, las diferentes dimensiones o factores que pueden incidir en la misma, y el estudio de la satisfacción en relación con la Conciliación de la Vida Personal y Laboral de las enfermeras.

Al mismo tiempo, se presentan el objetivo principal y los objetivos específicos, así como las hipótesis de trabajo.

Metodología: consta de varios capítulos que se describen a continuación:

El cuarto capítulo, sobre la investigación empírica, se define el proceso de investigación, así como la metodología utilizada para la elaboración del instrumento de medida, definición operativa de las variables, tipo de análisis y tratamiento estadístico utilizado.

En el quinto capítulo, se presentan los resultados del estudio.

En el sexto capítulo, se presenta la discusión y las conclusiones principales, y las consideraciones más relevantes, extraídas de la discusión de los resultados.

También se presentan algunas propuestas de futuro, así como, las limitaciones del estudio. Y por último la bibliografía de referencia que ha servido de base para el análisis empírico del tema objeto de esta tesis, el glosario, la lista alfabética de abreviaciones, el índice de figuras y tablas, y los anexos.

PRIMERA PARTE : MARCO TEÓRICO



✚ **CAPÍTULO 1: ENFERMERIA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

*“El trabajo más productivo es
el que sale de las manos
de una persona contenta”
V́ctor Pauchet*

En este capítulo, se presentan las principales características de la aportación de la profesión enfermera al desarrollo de los sistemas de salud, así como, la contribución de la enfermera de atención primaria, a la mejora de los indicadores de salud de la población.

Al mismo tiempo, se hace una breve revisión de la reforma de la APS, desde el punto de vista de los retos y oportunidades que tienen los profesionales del equipo de salud, reflejados en el “Plan de Innovación de la Atención Primaria”.

También, se hace referencia al reconocimiento de la trayectoria laboral en la profesión enfermera, a partir de la carrera profesional, como un elemento de contribución al proceso de crecimiento profesional, con el objetivo de alcanzar la excelencia de los cuidados, y aumentar la motivación y satisfacción de las enfermeras.

Por último, se describe la utilización y repercusiones de las nuevas técnicas de la información y la comunicación (TIC), en los cuidados enfermeros, algunas experiencias en el uso de las mismas, así como, las necesidades formativas de estos profesionales.

1.1. LA PROFESIÓN ENFERMERA EN EL DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Los sistemas sanitarios y sus profesionales, se justifican en la medida que están al servicio de las personas, y son capaces de dar respuesta, a las necesidades de salud y expectativas de la comunidad¹⁷.

En la Segunda Conferencia Ministerial de la OMS, sobre Enfermeras y Matronas en Europa en el año 2000¹⁸, se abordó la especificidad del rol y la contribución de las enfermeras europeas, al desarrollo de la salud y la prestación de servicios sanitarios, con el máximo aprovechamiento de su potencialidad profesional, considerando, que tienen que desempeñar un papel clave, para afrontar los cambios en la Salud Pública del siglo XXI.

El reconocimiento de las enfermeras, como miembros clave del equipo de salud, queda también explicitado en la Declaración de Munich (OMS, 2000)¹⁸, y abalado por los ministros de Sanidad, de los Estados miembros de la Región Europea de la OMS.

A su vez el Consejo Internacional de Enfermería (CIE,1997:44)¹⁹, define sus competencias, como: *"El nivel de realizaciones que demuestra la aplicación efectiva de sus conocimientos, capacidades y juicios"*, evidenciando el reconocimiento a las enfermeras, como un valor humano y profesional de primera magnitud, dentro del sistema de salud de cualquier país.

En general, las profesiones sanitarias, se caracterizan por el compromiso, la vocación y el espíritu de servicio, siendo los recursos humanos, el mayor activo del sistema. Pero no debemos olvidar, que la excelencia profesional, está muy vinculada al grado de satisfacción de sus profesionales, a la calidad de vida y a la armonización y/o equilibrio entre su vida personal, familiar y profesional.

Al mismo tiempo, merece la pena reconocer, la dificultad que tiene este colectivo, para disponer de tiempo real, en la realización de su formación continuada, ya

sea, por la presión asistencial, la inestabilidad contractual, con jornadas irregulares y los horarios de turnos.

El Informe, sobre los recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea, presentado en el año 2007, por el Consejo General de Enfermería de España²⁰, comparó los recursos de enfermería existentes en España, con los del resto de países de nuestro entorno cercano.

La ratio entendida como, la media de enfermeras por cada 100.000 habitantes, en la Europa de los 27, era de 808, dato muy superior a la ratio española con 532 enfermeras. Siendo Irlanda 1863 enfermeras, y Finlandia 1494, los países que tienen una ratio más alta, y Chipre el país con una ratio más baja, de 359 enfermeras. Estos datos, dan una idea muy clara, del esfuerzo personal y profesional que realizan estas profesionales, para la consecución de sus objetivos asistenciales, dando un valor añadido a su profesión, ya que en todo sistema de salud, los recursos humanos, son un elemento esencial para dispensar los cuidados a la población sana y/o enferma.

Si revisamos, en dicho informe, los datos desglosados por Comunidades Autónomas en España, encontramos que existen grandes diferencias, destacando Navarra, con mayor número de enfermeras por 100.000 habitantes, con una ratio de 900, y Murcia con la ratio más baja 349. Cataluña, tiene una ratio de 589, lo que representa un 27% de menor número de enfermeras, que la media europea, aunque por encima de la media española²⁰.

Según, la Organización Mundial de la Salud (OMS), nuestro Sistema Sanitario como Sistema Nacional de Salud, está considerado como uno de los mejores del mundo. Según, un estudio de la Harvard School of Public Health, el 59% de la población española, está muy satisfecha, respecto a las tareas que llevan a cabo las enfermeras de Atención Primaria^{21,22}.

Al mismo tiempo, los profesionales de enfermería del futuro, en un contexto de “empowerment” (capacitación), y de “accountability” (responsabilidad) individual y

colectiva, se han de caracterizar, por la capacidad de adaptación a los cambios crecientes y rápidos de los sistemas sanitarios²³. Esta nueva orientación asistencial, plantea la necesidad de tener buena capacidad de trabajo, a la vez que, ser capaces de ofrecer unos cuidados de excelencia, priorizando el bienestar del paciente y las necesidades de salud de la población.

También, hay que tener en cuenta los avances tecnológicos y clínicos, y el aumento de los conocimientos de estos profesionales, como son la valoración por patrones funcionales, y la taxonomía diagnóstica (North American Nursing Diagnostic Association NANDA)^{24,25}, así como, la clasificación de intervenciones enfermeras (Nursing Intervention Classification^e, NIC)²⁶, y de resultados de enfermería (Nursing Outcome Classification^f, NOC)²⁷. Estos avances diagnósticos, han generado un cambio en los procedimientos, y en la prestación de cuidados, hacia una mayor documentación del trabajo de la enfermera, que se responsabiliza del paciente, facilitando a su vez la evaluación y el registro electrónico de los cuidados.

Estos avances, incidirán en la mejora de la calidad asistencial, pero requiere de un esfuerzo profesional y personal, por parte de las enfermeras, lo que plantea la necesidad, de que el propio sistema, reconozca que la innovación en los cuidados de enfermería, son posibles si tienen tiempo suficiente para su formación, y consiguen mantener un equilibrio, entre su vida laboral y personal.

Pero, no olvidemos que ese potencial profesional, debe ser gestionado con objetividad y sensibilidad, atendiendo a sus particularidades laborales y personales. Por ello, parece necesario facilitar y apoyar estrategias, que permitan un desarrollo armonizado de su carrera profesional, con el interés de ofrecer un mejor cuidado del paciente y de su familia, ya que la satisfacción de las enfermeras, es clave en la calidad de los sistemas de salud.

^e NIC es una clasificación global estandarizada de las intervenciones que realiza la enfermera. El lenguaje NIC incluye tanto los problemas de colaboración como los diagnósticos.

^f NOC es una clasificación de resultados de las intervenciones de la enfermera. Sirve como criterio para evaluar el éxito de la intervención de la enfermera.

1.2. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La práctica de la Enfermería, es la esencia misma de la APS, ya que la enfermera como parte del equipo de salud, tiene la responsabilidad de la promoción de la salud y de favorecer un entorno saludable, de la prevención de la enfermedad, del cuidado del bienestar, recuperación y rehabilitación desde el primer nivel asistencial.²⁸

La APS se considera como: *“... la atención esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente sólidos y socialmente aceptables, y puesta al alcance de todas las personas y familias de la comunidad, mediante la plena participación de éstas y a un costo que la comunidad y el país puedan pagar...”*^{29,30}

En el análisis presentado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2006)³¹, sobre el contexto asistencial, dice que: *“la APS ha de estar orientada al ciudadano y a la comunidad y ha de tener una alta capacidad de resolución con un amplio acceso a medios diagnósticos, contando con unos profesionales motivados y capacitados y una organización descentralizada, eficiente y participativa, tanto por los ciudadanos como por los profesionales...”*

A partir de este análisis, las enfermeras de APS, son el grupo principal de referencia, como miembros natos del equipo de salud, participando con el resto del equipo, en el desarrollo de las funciones generales, a la vez que tienen aportaciones exclusivas y específicas. Las enfermeras en España, han desarrollado numerosas iniciativas en la atención al niño, a la mujer y al paciente crónico, destacando, la naturaleza de los cuidados que las enfermeras proporcionan al individuo, familia y comunidad para promover, prevenir, mejorar, mantener y restaurar la salud, a lo largo del ciclo vital, con especial referencia al seguimiento y control de pacientes crónicos³².

En el ámbito de la promoción de la salud y la atención domiciliaria programada, desempeñan un papel crucial, sobre todo, en el impulso de actividades de

educación sanitaria, dirigidas tanto a individuos sanos, como a enfermos, o en situación de riesgo, e impartidas a nivel individual, grupal o colectivo²⁸.

Por ello, es importante reconocer a las enfermeras, como el principal nexo de unión con los ciudadanos, y una de las piezas clave del sistema sanitario.

En tanto en cuanto, el compromiso de las enfermeras para con la APS, está recogido en el Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería, y a medida que la prestación de servicios, pasa de los cuidados curativos a los preventivos, de las instituciones a las comunidades, las enfermeras pueden desempeñar una función esencial, para mejorar la salud de la población³³. Pero para ello, es preciso que se sientan motivadas, satisfechas con su actividad profesional, y puedan gestionar su vida y su tiempo personal.

El volumen de visitas realizadas por los profesionales de Enfermería, en el conjunto de la APS en Cataluña en el año 2007, fue de 13.630.240, representando un 30% del total de la actividad asistencial (médico de familia, pediatra, odontólogo, asistente social, especialistas). El Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, ha incrementado el número de profesionales asignados a los Equipos de Atención Primaria (EAP), en 610 enfermeras, en el periodo comprendido entre los años 2004-2007³⁴, para dar una mayor respuesta, a las necesidades de atención a la población.

En relación, a la población atendida desde el programa de Atención Domiciliaria (ATDOM), fue de 651.004 visitas, de un total de 960.254 personas, con un aumento del 12,3%, de visitas de enfermería en el domicilio desde el año 2004, hasta la actualidad. Así mismo, 129 enfermeras han participado en el "Programa Salut i Escola"³⁵.

Según el Informe de la OCDE⁹, el índice de desarrollo de la APS³⁶, obtenido al comparar 10 indicadores en 18 países de la OCDE, seguidos durante 28 años, los sistemas de salud más orientados a la APS, tienen tasas de mortalidad más bajas. Al mismo tiempo, presentan una menor mortalidad prematura, por todas las

⁹ OCDE: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico

causas, y la mortalidad prematura prevenible o tratable, por causas específicas, como asma, bronquitis, enfisema, neumonía y enfermedades cardiovasculares y coronarias, es más baja.

Al mismo tiempo, las líneas estratégicas reflejadas en el Plan de Mejora de la Atención Primaria 2006-09 en España³¹, consideran a la enfermera, como elemento fundamental en el fomento del autocuidado, especialmente importante, ante los nuevos patrones de co-morbilidad y prevalencia de patologías crónicas, y en la educación para la salud de los ciudadanos.

Y así queda reflejado, en las líneas de actuación de este Proyecto³¹, donde se plantea la necesidad de “...promover la motivación de los profesionales, a través de incentivos no económicos como: la facilitación de la formación continuada, la mejora en las condiciones laborales, la mejora en los recursos, mayor autonomía en la toma de decisiones, la participación en la organización del trabajo a través de grupos de mejora, el acceso a la tecnología, mayor flexibilidad en la composición de los equipos....”, para incrementar así, el nivel de satisfacción de las enfermeras y mejorar la calidad de los cuidados.

1.2.1 Reforma de la Atención Primaria de Salud

La reforma de la APS, tiene sus orígenes en la Declaración de Alma-Ata (1978), donde se insistió en la necesidad de desarrollar la APS, como un instrumento esencial de las políticas sanitarias, estableciendo un modelo de atención, capaz de hacer de filtro hacia la atención especializada, en contraposición, con las tendencias hospitalocéntricas, que presidían los modelos asistenciales³⁷.

A partir, de las iniciativas planteadas en la Conferencia de Alma-Ata, en la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud (1986), y en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (2000), se plantea un cambio de orientación asistencial, reafirmados en el año 2009 en la 62ª Asamblea Mundial de Salud de la OMS³⁸. Con esta reforma, se consiguió acercar los servicios básicos sanitarios a toda la

población y se consolida la APS, como primer nivel asistencial y puerta de entrada al sistema, aumentando la capacidad resolutoria de los problemas de salud³⁹.

Se implanta el trabajo en equipo multidisciplinar, incrementando el tiempo de consulta y la cartera de servicios. Se integran las actividades de curación, con los programas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades, a la actividad asistencial.

En este nuevo contexto, de atención a la población, las enfermeras ocupan una posición clave, para impulsar y aportar iniciativas asistenciales, que mejoren la calidad de vida de los ciudadanos. Se reconoce el desarrollo de las competencias de Enfermería, que se actualiza en el año 2003, con la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias⁴⁰, en base a su formación universitaria, donde se dice, que: *... "los profesionales sanitarios, realizarán a lo largo de su vida profesional, una formación continuada y acreditarán regularmente su competencia profesional"*

En Catalunya, a partir de la *Llei d'Ordenació Sanitària*, en el año 1990, se da un nuevo impulso a las enfermeras en la APS, fomentando las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a partir de la educación sanitaria, y en el año 2003, se publica el Llibre Blanc de las Professions Sanitàries²³, como instrumento estratégico, que permita el análisis de la realidad de nuestro sistema asistencial, y pueda dar respuesta a los retos de futuro. En el mismo, se analiza la realidad sanitaria y se avanza hacia la excelencia del cuidar, en el siglo XXI.

En el 2008, se presenta el Plan de Innovación de la Atención Primaria³⁴, que surge a partir del interés de adaptar los servicios sanitarios, a las necesidades y demandas actuales de la población, y se plantea con una visión de futuro.

Este Plan, está centrado en áreas geográficas definidas, en un contexto de servicios de salud descentralizados, potenciando el desarrollo de las competencias de la enfermera, y del abordaje multidisciplinar de la atención a la comunidad, dando respuesta a su vez, a los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el 2015, acordados en la Cumbre de las Naciones Unidas, en septiembre del 2000.

Al mismo tiempo, en este Plan de Innovación, se plantea la instauración de un nuevo modelo, de participación de enfermería en la gestión, y mejora de la calidad de los procesos asistenciales⁴¹. Incorpora la gestión de los cuidados, en el ámbito de un territorio, integrando los servicios de salud, en redes asistenciales a una población asignada, reorientando el liderazgo profesional hacia la identificación y desarrollo de nuevas oportunidades, para la profesión de enfermería. Entendiendo que, las tareas de liderazgo, pueden ser un elemento de motivación, y se pueden plantear como una oportunidad, en la redefinición del nuevo modelo asistencial^{42,43}.

El posicionamiento del Col.legi Oficial d'Infermeria de Barcelona (COIB)⁴⁴, sobre el Plan de Innovación de la Atención Primaria, es el siguiente: *...”la pluralidad y complejidad de los procesos asistenciales requieren, sin duda, de diferentes profesionales, con un alto nivel de preparación en su ámbito competencial, capaces de ofrecer una atención integrada en el equipo multidisciplinar...”*.

Pero, para conseguir un alto nivel de formación, en su ámbito de competencias, sería importante plantear, desde las propias instituciones, estrategias de fidelización y motivación a estos profesionales, desde aspectos más personales y de gestión del propio tiempo asistencial, y no únicamente con incentivos exclusivamente económicos.

Así pues, los procesos de innovación de nuestro sistema de salud, y la reforma de la APS, plantean nuevos retos y oportunidades, para los profesionales. En la actualidad, la organización de la actividad asistencial en los centros de salud, no facilita la autonomía, en el diseño de las agendas de trabajo de enfermería, ni la organización conjunta, de actividades de atención en los diferentes turnos asistenciales (mañana, tarde y deslizando), y a menudo, se han mezclado los procesos de desarrollo profesional continuado, con la carrera profesional⁴.

Es evidente pues, que cualquier reflexión en torno al papel de los profesionales de enfermería, debe analizarse, desde la contribución de la profesión enfermera a los servicios de salud, y a las nuevas exigencias de la sociedad, con un contexto

social en transformación y sin precedentes, la feminización del propio colectivo y su rol familiar, así como la nueva estructura de las familias.

En este nuevo marco asistencial y social, las enfermeras de APS y servicios comunitarios, se encuentran en la encrucijada. Por un lado, necesitan revisar las nuevas propuestas asistenciales y adaptarse al nuevo perfil poblacional, y por otro, necesitan capacitarse en nuevas competencias profesionales, ya sea, desde la propia formación pre y postgraduada, al desarrollo profesional continuado, y la carrera profesional.

En cambio, la Satisfacción en el Trabajo, la calidad de vida y la necesaria Conciliación de la Vida Personal y Laboral de las enfermeras, no han recibido la atención necesaria, siendo en muchas ocasiones, el origen del abandono profesional, el "burnout", la insatisfacción y la falta de motivación profesional.

Al mismo tiempo, debería profundizarse más, en la racionalización de las cargas de trabajo de las enfermeras, así como la brevedad en los contratos laborales. Las enfermeras, son consideradas por las autoridades sanitarias, como la clave de la nueva propuesta de reforma de la APS, y de ellas dependen, en gran medida, la excelencia de los cuidados, considerando a estas profesionales, como el pilar básico en la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

1.2.2 Situación laboral de las enfermeras

La información relativa a la situación laboral de las enfermeras, nos pueden dar una idea aproximada, de los recursos disponibles y las características de contratación en el ámbito asistencial.

El número de EAP en el año 2008 en Cataluña, es de 359⁴⁵. El número de profesionales de Enfermería colegiados, que ejercen su profesión en el año 2008, es de 250.139 enfermeras en España, 40.022 en Cataluña, y 35.699 en Barcelona^{6,46}, con una mayor concentración de enfermeras, entre los 40-45 años y 25-30 años, de forma que la renovación generacional, no debería suponer, en

un principio, ningún problema a corto, medio plazo. En cambio, las enfermeras de APS, muestran una pirámide de edades más maduras, ya que el 54% tiene entre 45 y 55 años, lo que pronostica una falta de enfermeras, a partir del año 2015, como consecuencia de un rápido proceso de envejecimiento, con una edad media de 47 años, para las enfermeras de APS y 43 años en las enfermeras de hospital⁶.

LA TASA DE OCUPACIÓN: La tasa de ocupación global^h de los hombres, en Cataluña en el año 2009, es de 58,71%, siendo superior a la ocupación femenina, que es de 46,95%. Este dato de ocupación femenina en Cataluña, aún no se aproxima al 58% de la media europea, siendo el objetivo de ocupación femenina, fijado en la estrategia de Lisboa, para el año 2010, del 60%.

Considerando el total de mujeres ocupadas, un 23,3% tiene jornada parcial, siendo la causa principal, el no haber encontrado trabajo de jornada completa, y la segunda causa, el cuidado de menores o de personas adultas enfermas, incapacitadas o mayores; mientras que en el caso de los hombres, este porcentaje es del 4,4%⁴⁷. Añadir que el 86,8% de las mujeres ocupadas, a tiempo parcial, cuidan a personas mayores dependientes.

La relación de personas ocupadas, de acuerdo con el censo de colegiadas de enfermería en Cataluña, en el año 2005 es del 73%⁶.

Según Esteve⁴⁸, la demanda de ocupación de enfermeras en todo el territorio español, ha pasado de 18.000 personas en el año 1999, a 15.400 personas en el año 2002. No obstante, tienen una tasa de ocupación, muy superior al resto de la población, con una inserción laboral de enfermeras en el extranjero, sobre todo, en países de nuestro entorno, como Italia, Portugal y Reino Unido, y muy especialmente, en éste último, a partir del convenio firmado entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el National Health Service (NHS) del Reino Unido, con la contratación de 999 enfermeras en éste país.

^h La tasa de ocupación es el porcentaje de personas trabajando (16 a 64años), en relación al total de personas trabajadoras más las personas que están paradas.

LA TASA DE PARO: La tasa de paroⁱ en Cataluña⁴⁹, en el tercer trimestre del año 2009, es de 16,50% en hombres y 15,28% en mujeres. Según Casanovas y otros autores⁵⁰, las condiciones laborales de los diplomados en Enfermería, en la EUI de Sant Pau de Barcelona, la inserción laboral, es prácticamente total a los cuatro años de graduarse, pero dicen que, las condiciones de trabajo, siguen siendo inestables y precarias. Añaden, que los elementos que favorecen la contratación laboral de las enfermeras, son la disponibilidad horaria y la preparación académica.

Estos datos, reflejan que el desempleo en las enfermeras, no es de larga duración y que la mayoría trabaja algunos meses al año, al menos durante el verano, realizando las sustituciones vacacionales.

LA TASA DE TEMPORALIDAD: Incluye el número de trabajadores asalariados, con contrato temporal, con respecto a la población ocupada total. Según el Sindicato de Enfermería Español (SATSE), una de cada cuatro enfermeras, se ven obligadas a alternar contratos temporales y meses de inactividad. La precariedad laboral de las enfermeras en Cataluña, se considera alta (7% en los hombres y 5% de las mujeres)⁶ y la situación de inserción laboral de los nuevos titulados, es muy deficiente⁴⁸.

1.2.3 Carrera profesional

La carrera profesional^j, se implantó en Cataluña en el año 2003, como estrategia de políticas activas de recursos humanos, dirigidas a los profesionales de la salud, para incentivar y potenciar el desarrollo personal y del propio colectivo, y dar mayor estabilidad a las plantillas^{51,52}. Pueden optar a la carrera profesional,

ⁱ La tasa de paro de acuerdo con el Reglamento 1897/2000 y las normas aprobadas por la Organización Internacional de Trabajadores, se define como el porcentaje de personas con edades comprendidas entre 15-74 años que se hallen: sin trabajo durante la semana de referencia (durante al menos una hora), disponibles para trabajar dentro del plazo de las dos semanas siguientes a la semana de referencia y en busca activa.

^j La carrera profesional de acuerdo con la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, se define como "el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos de la organización en la cual prestan sus servicios"

los Diplomados de Enfermería, con nombramiento estatutario fijo, integrados en los EAP del Institut Català de la Salut (ICS), EBAS^k, Hospitales, etc..

Se establecen cuatro niveles, con un mínimo de 5 años en cada nivel, y una puntuación máxima de 135 créditos.

El nº de créditos totales mínimos, para acceder a cada uno de los niveles de la carrera profesional en APS, son:

- Actividad asistencial (75 créditos), a partir del logro de objetivos previamente fijados a nivel individual o del equipo (interrelación con usuario, trabajo en equipo, gestión del conocimiento, aspectos éticos y legales).
- Formación (20 créditos), se tendrán en cuenta los cursos realizados y vinculados a su ámbito de trabajo, y/o categoría profesional, de forma presencial o a distancia.
- Docencia (10 créditos), a partir de actividades docentes, en cursos de pre y postgrado acreditados.
- Investigación (10 créditos), publicaciones, estancias de investigación, participación en grupos y redes consolidadas.
- Compromiso con la Organización (20 créditos), a partir de la participación activa, en comités o comisiones de interés, elaboración de protocolos, guías clínicas, trayectorias, etc.

Es importante, integrar la carrera profesional, en la dinámica de progreso de la profesión. Si revisamos cada uno de los niveles de acreditación, podemos observar, que con esta medida, se otorga mayor responsabilidad al profesional de enfermería, en la mejora de la calidad de los servicios, pero también requiere de mayor esfuerzo y exigencia en la capacidad de promoción.

Según diferentes autores⁵³, este esfuerzo, debe ser compartido con un plan de inversiones, que garantice más equipos asistenciales y mejora de las condiciones

^k Las EBAS son Entidades de Base Asociativa y se configuran como empresas privadas con ánimo de lucro, que asumen la APS de una zona mediante un contrato con el SCS (CatSalut). Informe de la Sociedad Española de Directivos de APS: "nuevos retos nuevas soluciones". Madrid, 2009.

de trabajo de los profesionales, pues de lo contrario, será difícil que las enfermeras, dispongan del tiempo necesario, para alcanzar la acreditación suficiente.

1.3. LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y LAS TÉCNICAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TICs)

La introducción de las TICs, se plantea como un fenómeno relativamente reciente, con una evolución vertiginosa, que abre un campo importante en la atención sanitaria, a la vez, que plantea nuevos retos asistenciales; siendo muy evidente, la consolidación de la teleasistencia, que ha pasado de 7070 usuarios atendidos en España en el año 1999, a 148.905 en enero del 2004, constituyendo un importante elemento de seguridad y tranquilidad, a las personas susceptibles de encontrarse en situaciones de riesgo, por su edad, o por su dependencia⁵⁴.

La implementación de éstas, como modelo asistencial en el campo de la APS, y en todos los ámbitos asistenciales, a través de la teleenfermería, la teleasistencia o la telesalud, se puede plantear como una estrategia de formato "*pro-activo*", a partir de un seguimiento de grupos de riesgo, como complemento a la visita domiciliaria y reforzando el autocuidado del paciente; o como formato "*reactivo*", a partir de la consulta telefónica a demanda, proporcionando cuidados enfermeros, en la asistencia a distancia⁵⁵.

En el Plan de Innovación de la Atención Primaria³⁴, se propone la introducción de cambios en la gestión de servicios, haciendo uso de las nuevas Tic, como medio de provisión de servicios sanitarios a la población, especialmente, a aquellos núcleos poblacionales de escasos recursos asistenciales, y ubicados en áreas rurales alejadas, de las principales vías de comunicación.

No obstante, los profesionales de enfermería en nuestro contexto sanitario, soportan una presión asistencial cada vez mayor, frente a los desafíos que plantea el envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades

crónicas, la aparición de nuevos problemas sociales y sanitarios, la globalización de la salud y la enfermedad, y la mayor presencia de población inmigrante, así como, las crecientes expectativas y demandas de los ciudadanos en general.

Esta realidad asistencial, plantea la necesidad de buscar estrategias, que faciliten una mayor capacidad de gestión y organización del tiempo, a la vez, que facilite el control de la presión asistencial del sistema, y de sus profesionales.

Cuando hablamos de la asistencia, y los cuidados a distancia por la vía telemática, nos encontramos con múltiples conceptos, que en ocasiones nos pueden generar una cierta confusión, y que merece la pena definir⁵⁶. Y algunos de ellos son:

La *teleenfermería* o “telenurse” hace referencia, a los servicios ofrecidos a distancia al paciente, generalmente por una enfermera, pudiendo ofrecer cuidados a pacientes con problemas de movilidad, con enfermedades crónicas y/o degenerativas, a la vez, que se puede realizar educación sanitaria a los pacientes, en su domicilio a través de la vía telemática.

La *teleasistencia* o “telecare”, es un servicio de asistencia domiciliaria, que permite la permanencia de los usuarios en su domicilio, garantizando la intervención inmediata, a personas mayores y/o discapacitadas, que viven solas en situación de riesgo, y les permite entrar en contacto verbal, con un centro atendido por personal especializado.

La *telesalud* o “telehealth”, consiste en el uso de medios de comunicación y de tecnología de la información, para llevar servicios de salud e información a corta y larga distancia. Se considera, como una de las recientes innovaciones en las telecomunicaciones.

La *teleconsulta*, hace referencia al intercambio de información, sobre el proceso de salud-enfermedad del paciente, entre los profesionales sanitarios.

El concepto de teletrabajo, se desarrolla en Europa a finales de los años 70, y resurge a partir de la década de los 80, en los debates sobre flexibilidad de la jornada laboral. Permite el acercamiento de la asistencia al domicilio, teniendo en cuenta que, según el planteamiento estratégico para la Unión Europea 2008-2013, y recogido en el Libro Blanco de la Comisión de las Comunidades

Europeas⁵⁷, las nuevas tecnologías, pueden revolucionar los sistemas de salud y de atención sanitaria, pudiendo contribuir a mejorar la sostenibilidad futura del sistema sanitario.

Según Cabero J⁵⁸, las TICs son instrumentos técnicos, que giran en torno a los nuevos descubrimientos de la información, pudiendo crear, almacenar, recuperar y transmitir información de forma rápida, combinando diferentes tipos de códigos, en una realidad virtual.

Se puede favorecer el acceso, a todos los núcleos poblacionales de las zonas rurales más alejadas y peor comunicadas, ya que las TICs, ofrecen la posibilidad de acercar los recursos asistenciales, a los ciudadanos de difícil acceso territorial. Todo ello, con un coste relativamente sostenible y en tiempo real, sin perder de vista, aquellos sectores de población, que no han tenido ni formación ni posibilidad de acceso a las nuevas tecnologías, pudiendo generar grandes diferencias, entre la población informatizada y con acceso a Internet y población marginada tecnológicamente.

También, conviene evaluar el uso racional de las nuevas tecnologías, y en especial en sus fases más iniciales, teniendo en cuenta la formación, la capacidad y las habilidades de los profesionales, en el manejo tecnológico de las mismas. En general, las nuevas técnicas comunicativas, pueden suscitar una cierta preocupación, a la vez que rechazo, frente al desconocimiento de sus potencialidades, en el desarrollo de la profesión.

En ocasiones, la separación física del paciente, puede hacer más difícil la relación terapéutica, lo que puede implicar la necesidad de que las enfermeras, desarrollen habilidades de comunicación, adaptadas a las nuevas formas de comunicarse con el paciente y con la población en general.

1.3.1 Algunas experiencias en el uso de las TICs en el ámbito sanitario

De forma progresiva, se están produciendo algunos intentos de implementación, de un modelo asistencial con soporte telemático en el campo de la APS, complementario al modelo de prestación de cuidados más presencial, que se comentan a continuación:

El ICS el año 2002, puso en marcha el Proyecto “Xarxa d’Atenció Primària a Domicili (XAPAD)⁵⁹, en el Alto Pirineo y el Valle de Aran, con el objetivo de facilitar la atención a las poblaciones más alejadas. Se consiguió que todo el personal médico y de enfermería, pudieran disponer de un ordenador portátil, y a través de la Intranet, podían consultar las historias de los pacientes y protocolos, establecer conexiones, con laboratorios de diferentes hospitales de la zona y un sistema de archivo personal, que les permitía transportar la información de un lugar a otro, a través de la red.

En el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, se puso en marcha el “Proyecto Azahar” en el año 2004⁶⁰, con el objetivo de desarrollar los sistemas de soporte e información enfermeros, con vistas a la mejora final de los cuidados prestados, con dos líneas de trabajo, por un lado, llevar la informatización de los cuidados a pie de cama del paciente, y por otro, establecer un soporte tecnológico de información, que conecte los diferentes niveles asistenciales: especializada y primaria.

El Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona, trabaja desde el año 2005, en un portal de promoción y educación para la salud, definido como “Infermera Virtual”, con el objetivo de capacitar al usuario en las decisiones de su salud⁶¹.

A su vez, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, puso en marcha en el año 2006, el “Centre de seguiment de malalties cròniques”⁶², dirigido a pacientes con insuficiencia cardíaca, con el objetivo de fomentar el conocimiento de la enfermedad, adherencia al tratamiento y mejorar la calidad del seguimiento, desde el CAP.

El año 2006, se presentó el proyecto Linkcare en Cataluña⁶³, que es una plataforma de compatibilidad, entre los centros asistenciales y los aparatos móviles, utilizados en el seguimiento de enfermos crónicos. Se da soporte al profesional de atención primaria, que se desplaza al domicilio, articulando el circuito hospital, primaria y domiciliaria, facilitando a su vez, el intercambio de la información, entre los propios profesionales y los enfermos.

Al mismo tiempo, algunos estudios, nos aportan información, acerca de las ventajas en el uso de las Tic, en los procesos asistenciales.

Se realizó un estudio, en el campo de la Atención Primaria en el Reino Unido⁶⁴, con el objetivo, de conocer las ventajas de la implantación de un servicio de tele asistencia. Los resultados obtenidos fueron que, el 50% de las llamadas, es decir, 3581 llamadas, de un total de 7308, fueron gestionadas, exclusivamente, por enfermeras, con un alto grado de satisfacción, por parte de la población atendida, y con un grado de adherencia a los tratamientos, muy importante.

No obstante, en este estudio, no se valoró el grado de aceptación por parte de los profesionales de la salud, que atendían el servicio vía telefónica, así como, las dificultades de éstos, para equilibrar el horario asistencial, con el tiempo disponible para su vida familiar y privada.

Otra experiencia, que se puso en marcha en Washington, entre julio 2003 y diciembre 2007, hacía referencia, a la implantación de un Programa de cuidados de salud a domicilio, ofrecidos generalmente por profesionales de enfermería y trabajadores sociales, que realizaban un asesoramiento al paciente y al cuidador informal, a través de tele salud⁶⁵. El objetivo del Programa, era hacer seguimiento a personas con enfermedad crónica, y evitar ingresos repetidos. La muestra, estaba formada por 43.430 pacientes, con una media de edad de 66,5 años, residentes el 58% en zonas urbanas, y el 42% en zonas rurales alejadas.

Los resultados obtenidos, demostraron que se redujo un 25,3% las estancias en hospitales de día, un 19,74% los ingresos hospitalarios y el 86% de la población atendida, estaban satisfechos de formar parte del programa piloto, considerando, que se hace una optimización de los recursos asistenciales, en el ámbito urbano y rural.

Estas iniciativas, permiten reducir la presión asistencial en los centros, ya que permite, la organización de los tiempos dedicados a la asistencia, y la distribución entre el personal de enfermería, de los pacientes que se deben tutorizar, facilitando, a su vez, la mayor flexibilidad, en la gestión del tiempo de los profesionales.

En otro estudio, llevado a cabo en el año 2008, en el noroeste de Ontario (Canadá)⁶⁶, se valoró el grado de satisfacción de 37 enfermeras de APS, entrenadas para asesorar vía telemática, en el preoperatorio, a pacientes quirúrgicos y a pacientes con problemas oncológicos, que residían en 13 comunidades, alejadas de los grandes núcleos urbanos. Los resultados demostraron, que los profesionales de enfermería, estaban muy receptivos a estas nuevas estrategias asistenciales, y el grado de satisfacción, era relevante frente a la práctica asistencial tradicional.

Por último añadir, que los colegios profesionales, y al objeto de incorporarse a las nuevas tecnologías, han puesto en marcha diferentes iniciativas, como el Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España, que desde el año 2000, tiene un Centro Integral de Atención al Colegiado (CIAC), con la finalidad de potenciar la comunicación y la información, entre los colegiados de todo el país⁶⁷. También, el Col.legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, desde el año 2009, dispone de un portal de educación y promoción, accesible a todos los ciudadanos⁶⁸.

1.3.2 La formación de los profesionales de Enfermería en las Técnicas de la Información y la Comunicación (TICs)

Las expectativas de crecimiento, en el uso de las TICs en el futuro, ponen de manifiesto, la necesidad de que los profesionales de Enfermería estén formados, en el uso y el conocimiento de las mismas, para poder dar respuesta a las necesidades y demandas crecientes de la sociedad, con una población más informada y con mayor acceso a las múltiples posibilidades, que Internet ofrece, en la difusión de la información a los ciudadanos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1997, consideró, que el uso de la telemedicina, facilitaba la formación permanente de los profesionales de la salud, y en actividades de investigación y evaluación, ayudando a mejorar la salud de las personas, y de las comunidades en las que viven.

El Llibre Blanc de les professions sanitàries a Catalunya, sugiere que debe tenerse en cuenta, que las TICs tendrán cada vez, más influencia en el sector sanitario, y sobre los diferentes campos, relacionados con las profesiones sanitarias²³.

El reconocimiento por vía telemática, y la determinación del problema de salud, requiere de un juicio clínico por parte del profesional de enfermería, que le permita valorar el tipo de necesidad y/o urgencia, desde el contexto de la tele asistencia, siendo, tan necesaria la formación específica, en la identificación del problema y sus posibles complicaciones, como la obtención de la información y el proceso de la misma⁶⁹.

Para innovar, hay que aprender, y los cambios tecnológicos y los avances en las comunicaciones, condicionan al aprendizaje a lo largo de la vida. En este contexto, de formación de los profesionales, también puede ser útil el uso de las TICs, facilitando la organización personal, y distribución del tiempo, dedicado al autoaprendizaje profesional.

La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)⁷⁰, ha sido pionera en España, en la creación de un espacio de aprendizaje de salud, en castellano, en un entorno virtual. Ofrece a todos los profesionales sanitarios, una sala de reuniones, donde pueden proyectarse videos y presentaciones, un auditorio, para encuentros abiertos, un aula cultural y paneles, con consejos de salud y educación sanitaria, así como el acceso a información clínica, asistencia a talleres y tutorías, de forma virtual.

Como conclusión, se considera que el uso de las TICs, por parte de los profesionales de Enfermería, puede ser clave en las políticas de mejora de la calidad del cuidado enfermero, así como, en la formación de los mismos y en la

conciliación de su tiempo personal, familiar y profesional. Al mismo tiempo, nos plantea nuevos interrogantes y nuevos retos, que pondrán a prueba nuestra capacidad innovadora, en los cuidados prestados a la población en el siglo XXI, dotando de más valor al modelo asistencial actual.

✚ **CAPÍTULO 2: CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL y LABORAL (CVPL)**

*“El hombre más poderoso es
el que es dueño de sí mismo”.*

“Séneca”

En este capítulo, se plantea la CVPL, como la necesidad de llevar a cabo una reflexión social en profundidad, a partir del análisis del rol atribuido tradicionalmente a la mujer, como cuidadora de la familia, y al hombre como proveedor de recursos, y de los cambios producidos en este ámbito.

La mayor sensibilización de la sociedad, respecto a las desigualdades sociales, entre hombres y mujeres, hace que diversos autores⁷¹, planteen la necesidad de contextualizar el término de conciliación, desde una perspectiva más amplia, que la realizada hasta ahora, como respuesta a los cambios surgidos en nuestro ámbito social, y muy especialmente a la incorporación de la mujer, en el mercado laboral.

También, se analizan los principales cambios legislativos, en el contexto internacional, nacional y autonómico, que contemplan las nuevas relaciones sociales surgidas, así como, el nuevo modo de cooperación y compromiso entre mujeres y hombres, que quizás permita a su vez, un avance en el reparto equilibrado de responsabilidades, en la vida profesional y en la privada.

Al mismo tiempo, se describe la situación de la CVPL, y las variables que pueden incidir, como la natalidad, la fecundidad, la dependencia, la composición de los hogares españoles, y el abandono voluntario de la actividad laboral por razones familiares, en el ámbito de los profesionales de enfermería que desarrollan sus actividades en la APS.

Por último, se plantea la CVPL, desde la perspectiva de los poderes públicos, la empresa, la familia y el individuo, así como, algunas reflexiones acerca de los mitos planteados en torno de la CVPL, en el siglo XXI.

2.1. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE CONCILIACIÓN

Etimológicamente, el vocablo "conciliación" proviene del latín "conciliare", que significa "*hacer compatibles cosas que parecen contradictorias, o poner de acuerdo a quienes están opuestos entre sí*"⁷². Según el diccionario de María Moliner⁷³, conciliar es "*poner de acuerdo o en paz a los que estaban en desacuerdo o en lucha*".

En ese sentido, cabe destacar, que en las civilizaciones antiguas, la conciliación se planteaba en términos de resolución de conflictos. Así, las primeras referencias históricas, señalan que en la civilización griega, los magistrados de algunas ciudades, (conocidos como los Tesmotetes de Atenas), realizaban una labor disuasoria respecto de las intenciones de litigio de los ciudadanos, para que las partes en conflicto, pudieran llegar a acuerdos⁷⁴.

En la cultura romana, se encuentran antecedentes de la conciliación, en la ley de las Doce Tablas, en un texto de Suetonio (escritor y estudioso de las costumbres de los pueblos antiguos), que dice "*... y por largo tiempo, fue costumbre ofrecer sacrificios al pie de ella, hacer votos y terminar ciertas diferencias jurando por el nombre de César...*", donde se describe, como se gestionaban los conflictos en ese contexto histórico, a partir del simbolismo de una columna de mármol, dedicada a Julio César⁷⁵. Por su parte, Cicerón recomendaba llegar a arreglos, elogiando la actitud del que eludía los pleitos, ejemplificándonos, sin duda, una opinión universal e intemporal, del concepto de conciliación.

Algunos autores^{76, 77}, han señalado que en términos jurídicos, la conciliación fue una de las primeras formas de solución de conflictos, y se considera tan antigua, como el interés de los hombres por resolver pacíficamente sus diferencias,

existiendo algunos documentos históricos, que dan a conocer la evolución del término, hasta su aceptación actual.

No es hasta la década de los 80, que según Likadi ⁷⁸, el concepto de conciliación surge en el ámbito de las políticas sociales, y lo define como “*la relación que existe entre el trabajo y el tiempo*”, proponiendo a su vez, dos interpretaciones diferenciadas: la primera, desde un punto de vista más mercantilista y “masculinizado”, donde se establece, únicamente, la relación entre el empleo remunerado y el tiempo dedicado al trabajo. La segunda, más “feminizada”, en donde se establece la relación, entre trabajo remunerado y el tiempo dedicado a la doble jornada, no remunerada (responsabilidades domésticas y cuidados a terceras personas).

Esta última interpretación, suponía que la conciliación, era un problema que preocupaba exclusivamente a las mujeres. Se vinculaba la conciliación, al hecho de poner de acuerdo dos espacios, el laboral y el familiar, obviando el ámbito personal y social de la conciliación, siendo pocos los estudios y las reflexiones, que abordaban en profundidad su conceptualización. Se observa, que la mayoría de esas aproximaciones, comparten la idea de que la conciliación, es sinónimo de problemática femenina.

Con la expresión de conciliación, se hace referencia, en sentido estricto, a la compatibilización de los tiempos dedicados a la familia y al trabajo. No obstante, en sentido amplio, con esta denominación, se quiere resaltar una idea de conciliación, que introduce otros elementos, que abarcan el desarrollo pleno de las personas, en el ámbito del trabajo, el afectivo, el familiar, de ocio, de estudio, de investigación, e incluso, la posibilidad de disponer de tiempo propio⁷⁹, sin que por atender sus obligaciones, exista una disminución de su calidad de vida.

En este nuevo contexto, en el que la conciliación entre vida familiar y vida laboral, no es un problema exclusivamente de uno u otro género, se va a plantear un modelo diferente de división de las responsabilidades familiares, tradicionalmente atribuidas a las mujeres, pero que responda más, a un reparto equitativo de las tareas, y sobre todo a una decisión libre de la propia pareja.

Desde otra perspectiva Macinnes⁸⁰, nos dice que la conciliación, es un territorio en el que confluyen factores y preocupaciones diversas. Señala que esta necesidad de conciliar, surge como fruto de las políticas europeas y no como una demanda social explícita por parte de las personas implicadas, poniendo de relieve la necesidad de profundizar en el análisis, de cuáles son los aspectos que pueden derivar en una mejor o peor conciliación. Al mismo tiempo, Torns añade, que el término de conciliación es viejo y tiene que ver, principalmente, con la relación entre trabajo y el tiempo. Una relación fundamental en las actuales sociedades del bienestar, donde los horarios laborales no tienen en cuenta la necesidad de atender las tareas del trabajo doméstico, negando a su vez, la existencia de unas tareas de cuidado "informal", de las personas dependientes^{81,82}.

Otros autores⁸³, más críticos con el término y su significado, consideran que la definición de conciliación, equilibrio o balance entre roles, en sentido estricto, es utópica y la sitúan en el ámbito teórico del término, y la definen como *"la medida en que los individuos, están igualmente comprometidos y satisfechos con el rol laboral y familiar"*. Esto, les permite que la asunción de estos roles, sea compatible con las prioridades del individuo, en su vida cotidiana.

Diversos autores^{84,85,86}, plantean en cambio, la necesidad que tiene el individuo de buscar "la igualdad" o "casi la igualdad", como la definen ellos, entendida: *"como la intencionalidad de mantener una armonía y balance entre roles"*, situándola como un constructo de base social y psicológica. Añaden a su vez, que la ausencia de conciliación o equilibrio, entre el trabajo y la familia, puede desencadenar un conflicto entre roles, pudiendo afectar al bienestar, la salud individual, el rendimiento, el compromiso con la organización, y la satisfacción laboral. Este conflicto, plantea el grado en que las responsabilidades del trabajo, pueden ser incompatibles con la vida familiar o viceversa.

Grennhaus, Beutell, Geurts, Collins, Shaw y otros autores^{87,88,89,90}, definen el conflicto entre el trabajo y la familia, como: *"la interferencia que se produce, entre las demandas derivadas de la asunción del rol familiar y laboral, en el cual uno de los roles domina sobre el otro, y hace que éstos, sean mutuamente incompatible,s*

en algunos aspectos". Al mismo tiempo, hacen una interesante distinción, entre la dirección y la calidad de la influencia del conflicto, es decir, cuando las experiencias del trabajo pueden interferir en la vida familiar, de forma positiva o negativa, o las experiencias de la vida familiar, pueden condicionar e influir también en las experiencias laborales⁹¹.

Es en esta línea, en la que se va a desarrollar esta tesis, entendiendo la CVPL, como *"el compendio del tiempo, que cada persona dedica al desempeño de sus roles familiares y laborales, sumado a la tensión y el conflicto potencial que una mayor dedicación a uno de los ámbitos puede generar en el otro"*, y siempre teniendo en cuenta, la influencia que esta posible interferencia entre roles, puede generar en los aspectos individuales, sociales y lúdicos, planteado a su vez, en términos de enriquecimiento y/o bidireccionalidad positiva o negativa.

Se considera, que esta aproximación al concepto de conciliación, supone un avance importante respecto a las aproximaciones hechas hasta la fecha, ya que cubre suficientemente, los dos aspectos cruciales de la CVPL, teniendo en cuenta, no únicamente la mayor o menor cantidad de tiempo que una persona dedica a cada uno de los roles, familiar o laboral, sino también, la dirección y la tensión o valoración subjetiva que tiene el propio individuo, y que puede afectar a su propio desarrollo personal y social, al desempeño de cada uno de los roles, y a su satisfacción.

2.2. MARCO LEGAL O JURÍDICO: CONTEXTO INTERNACIONAL, EUROPEO, NACIONAL Y AUTONÓMICO

La gradual y creciente incorporación de la mujer al trabajo remunerado, sin liberarse de las responsabilidades familiares, asignadas tradicionalmente, ha provocado un conflicto, entre la asunción de las responsabilidades profesionales y la atención a los hijos y personas dependientes, realizando así, las mujeres, una doble jornada laboral.

Esta realidad, derivada del cambio de modelo de atribución de roles, por razón de género, tiene un impacto crucial sobre las oportunidades de las mujeres y los hombres, a la hora de organizar su vida. Por ello, se plantea la necesidad, de articular mecanismos de concienciación social y del ámbito jurídico, con el propósito de mejorar las normativas comunitarias, nacionales y autonómicas, vigentes en la actualidad. Siendo imprescindible, regular aquellos aspectos insuficientes de la ley, que habitualmente, quedan expuestos a la voluntad empresarial, al objeto de facilitar el reparto equilibrado de responsabilidades; considerando la necesidad de mejorar la CVPL, desde la perspectiva de la corresponsabilidad, sin olvidar que la maternidad, requiere de un abordaje diferencial.

2.2.1 Marco legal o jurídico en el contexto Internacional y Europeo

A nivel legislativo y en el ámbito internacional^{92,93,94}, la protección de la mujer embarazada, data de 1919, cuando se aprobó el Convenio de la Organización Internacional del Trabajador (OIT), sobre el empleo de las mujeres antes y después del parto. Años después, la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (art. 252), reconocía el derecho a cuidados y asistencia especiales a la maternidad y a la infancia.

No es hasta 1979, en la Convención de las Naciones Unidas, que se abordó oficialmente el tema de la CVPL, y se recomendó a todos los estados miembros,

la adopción de medidas, para facilitar la CVPL de hombres y mujeres. Más tarde, en la IV Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la mujer, celebrada en Pekín en 1995, se reafirmó el compromiso, de fomentar la armonización de responsabilidades familiares y laborales, de las personas trabajadoras.

Otras medidas sobre conciliación, han sido abordadas por la Comunidad Europea, (Directiva 96/34 CEE del Consejo de 3 de junio)⁹², sobre el permiso parental y la ausencia del trabajo, por motivos de fuerza mayor, como medio para CVPL, destacando a su vez, que uno de los objetivos del IV Programa de Acción Comunitario, para la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres 1996-2000, es la CVPL sin diferenciación de género.

También, en la “Carta Comunitaria de Derechos Sociales Fundamentales de 19 de diciembre de 1989”, y la “Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 7 de diciembre del 2000”, señalan, que toda persona tiene derecho a poder CVPL⁹². Así mismo, se establecen las líneas directrices, integradas para el periodo 2005-08, presentadas en las conclusiones del Consejo Europeo de Bruselas de marzo del 2005, donde se plantea, la necesidad de regular nuevas formas de organización del trabajo, con mayor flexibilidad y medidas de CVPL.

Avanzando un poco más, el Parlamento Europeo (2004)⁹⁵, aprobó una serie de propuestas sobre la CVPL, y la Comisión de Empleo y Asuntos Sociales, pidió que se consideren también, destinatarios de las políticas de familia, a los padres y no únicamente a las madres, como había sucedido hasta ese momento.

En la reunión de ministros de empleo y de asuntos sociales, celebrada en Berlín (2007)⁹⁶, en torno a la calidad de trabajo, se afirmó que Europa, debe intensificar los esfuerzos comunes, para promover una organización del trabajo, compatible con la vida familiar. Añade el informe, que las condiciones del trabajo favorables a la vida familiar, implican posibilidades de mejora, de la igualdad de oportunidades entre ambos sexos, y de la gestión de la evolución demográfica, haciendo posible, que las parejas que deseen trabajar y que quieran tener más hijos, puedan

hacerlo, sin tener que sacrificar sus carreras profesionales, teniendo en cuenta, la participación igualitaria de los padres, en las tareas familiares.

Desde una posición más crítica, Carrasquer⁹⁷ dice, que las líneas de acción política, propuestas desde la Unión Europea, están más vinculadas a la necesidad de buscar soluciones, a la sostenibilidad del modelo social o estado del bienestar, como consecuencia del envejecimiento de la población y la disminución de la natalidad, que a la búsqueda de medidas comunitarias, en materia de conciliación. Añade este autor, que ese consenso comunitario, en el logro de alternativas para la mejor armonización de los horarios laborales y familiares, se estaría construyendo, sobre unas bases que en poco contribuirían a modificar los referentes culturales actuales, de las desigualdades de género, en el ámbito laboral y familiar.

No obstante, y al margen de la voluntariedad real o no, de la Unión Europea, de buscar soluciones para la mejora de la conciliación, es cierto, que las estructuras institucionales, en el contexto europeo, han contribuido a estimular, que ésta forme parte de las agendas políticas y sociales y de la negociación, como "efecto inducido". Pero, no podemos olvidar, que en el propio Parlamento Europeo, también hay discrepancias respecto al número de horas de trabajo a la semana, ya que, mientras la Eurocámara, es mayoritariamente partidaria de fijar un máximo de 48h/semana, para todos los Estados miembros, los ministros, apoyan una fórmula de libre decisión de los países, al margen de la regulación, siempre y cuando, no superen las sesenta horas de trabajo a la semana⁹⁸.

En los últimos años, y en el marco de los diferentes estados de la Unión Europea, son muchas las resoluciones adoptadas, sobre diferentes medidas legislativas, de mejora de la CVPL, teniendo en cuenta la gran diversidad cultural, social y política.

A modo de ejemplo, citamos a continuación, algunos de los países que han impulsado medidas de CVPL, teniendo en cuenta, aquellos que han desarrollado propuestas más avanzadas, y son considerados pioneros en las políticas

familiares y sociales, y aquellos países que están avanzando en las políticas de conciliación, y los que todavía tienen una precariedad legislativa, en el ámbito social, laboral y familiar:

- ***Países pioneros en políticas de CVPL***

Entre los países, con propuestas más avanzadas, tenemos: *Dinamarca, Noruega, Finlandia y Suecia*, con una larga tradición en políticas de género, y se consideran pioneros en las políticas familiares, con unas estructuras de igualdad muy desarrolladas. Los padres, reciben muchas ayudas económicas y los municipios, son responsables de la mayor parte de los servicios de soporte a las familias que trabajan, siendo una parte importante, de las políticas corporativas^{99,100}.

Islandia, con una gran participación en la vida profesional de las mujeres, y considerado, el primer país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Europeo (OCDE), en ocupación femenina (85% aproximadamente), seguido de Dinamarca (75,5%). Fue, el primer país del mundo, que aprobó una ley, donde no se hacía distinción de género, a la hora de conceder un permiso o excedencia por maternidad/paternidad. Se considera, como un modelo, en las políticas de armonización de la vida profesional y familiar¹⁰¹.

Suiza, junto con los nórdicos, se considera, uno de los países con prestaciones más generosas, y fue uno de los primeros países europeos, en introducir en el año 1877, permisos no retribuidos de 6 semanas y prestaciones por maternidad, como instrumentos de política familiar, cuando el resto de países establecían 4 semanas⁹⁹.

- ***Países con políticas de CVPL en desarrollo***

Tenemos aquellos países del entorno europeo, que han ido avanzando de forma progresiva, en las medidas de protección social y de familia, facilitando la incorporación de la mujer en la vida laboral, y desarrollando a su vez, políticas de igualdad de género^{96,99}.

Dentro de este grupo de países, tenemos entre otros, a España, con un claro avance en el desarrollo de políticas sociales y laborales, que abordamos con mayor especificidad, en el siguiente apartado.

Alemania y Austria, que en los últimos años, ha trabajado en diferentes políticas, que abordan problemas del modelo actual de familia, con una nueva cultura del trabajo flexible. Proponen acciones transnacionales, de soporte e intercambio de experiencias, para promover redes de difusión de la información y de diálogo social, adaptadas a las necesidades de cada provincia. Consideran algunas contradicciones en la legislación, en el sentido, de que algunas leyes, promueven políticas que facilitan la incorporación de la mujer en el trabajo, y otras dan soporte al modelo tradicional de hombre, responsable de la manutención familiar. En Austria, también se plantea la necesidad de fomentar el diálogo empresa-estado, con incentivos a las empresas, que faciliten la flexibilidad laboral, y ha centrado su interés, en el aumento de la natalidad, ya que son pocas las familias que tienen 2 ó más hijos, extendiendo la cobertura a la mujer, que trabaja en casa, estudiantes, granjeros y trabajadores por cuenta propia.

Francia, ha optado por medidas pronatalistas, con ayudas económicas a familias con más de 2 hijos. Las trabajadoras del sector público, pueden beneficiarse de reducciones de jornada (hasta un 20%), sin renunciar a su carrera profesional. Disponen, de un sistema complementario de atención familiar. Este servicio, es llevado a cabo, por personas que previa acreditación de su calificación profesional, pueden cuidar de menores, contando con la intermediación de los servicios sociales, y un sistema de ayudas económicas, para contratación de servicios para el cuidado de los hijos. También, ha desarrollado experiencias, de usos del tiempo en las ciudades.

Los países, *configurados por el Benelux, como Luxemburgo*, tienen un Ministerio de estado de la familia, y permiso por maternidad de 16 semanas pagadas, pero sólo garantizan, el lugar de trabajo por excedencia por maternidad, en el sector público, *Bélgica*, donde la excedencia post-parto, forma parte del plan sobre la interrupción de la carrera profesional, aprobado en 1985, que permite la

interrupción de la misma, por un periodo de 6 a 12 semanas por maternidad, recibiendo la misma prestación económica, que antes de la suspensión temporal de la actividad laboral y *Holanda*, considerado por algunos analistas, como un país conservador, donde tradicionalmente, ha prevalecido el modelo de mujer en el hogar, apuesta por una sociedad que trabaje a tiempo parcial (68% de las mujeres). Con un reconocimiento, del valor de las tareas familiares y domésticas, considerando que, el cuidado de los hijos y los familiares, forma parte del bienestar individual y social. A su vez, plantea la necesidad, de emancipación a los hombres del trabajo, para así, poder ayudar a emancipar a las mujeres de las tareas domésticas.

Italia, ha desarrollado estrategias, a partir del año 1985, a escala local, a iniciativa de las mujeres ciudadanas o políticas, que habían soportado la doble jornada, y la carga de la conciliación de los diferentes tiempos y actividades, mejorando la convergencia del horario de trabajo, con el horario de la ciudad y de los servicios.

Inglaterra e Irlanda, también han desarrollado experiencias, en políticas del tiempo de las ciudades, con el objetivo, de adaptar los tiempos de los servicios ofertados a la población, transportes, flujos de circulación, etc. En el año 2000, el gobierno, hizo una intensa campaña de promoción de las ventajas y beneficios, para las empresas, de la introducción de políticas de ayuda a la conciliación. Y en la actualidad, hay tímidos intentos de adaptación, al contexto europeo, en el avance de medidas de conciliación.

Grecia, tiene legislación específica en materia de CVPL, con la ley 1483/1984 de protección y facilidades para los trabajadores, con responsabilidades familiares, y la ley 53/2000 , de permisos parentales y de lactancia.

Portugal, han adoptado un sistema de transferencia al padre, del tiempo de permiso por maternidad, en casos de incapacidad o fallecimiento de la madre, y la existencia de guarderías maternas (entre 3 meses y 3 años), guarderías maternas familiares (conjunto de cuidadoras que residen en la misma zona

geográfica), y "amas" (profesionales autónomas que se hacen cargo del cuidado de los pequeños).

- ***Países con políticas de CVPL deficientes o nulas***

Por último, tenemos aquellos países, que menos han avanzado en el desarrollo de estrategias políticas y sociales, de ayuda a la conciliación y armonización del rol laboral y familiar^{96,99}, como:

Hungría, que tradicionalmente, ha tenido un sistema de soporte familiar, condicionado a los vaivenes gubernamentales. En la actualidad, no es una prioridad en su agenda de gobierno, las políticas sociales ni de CVPL, y desde el año 2004, se están haciendo intentos, para obligar a las empresas, a dar las mismas oportunidades laborales, a las mujeres y a los hombres.

Estonia, Eslovaquia, Eslovenia y la ex-Yugoslavia, que durante el periodo de reestructuración de los respectivos países, el ámbito familiar, era considerado como parte de la esfera privada, sin interferencia del estado. En la actualidad, la CVPL, se considera como un problema nuevo, y con escasa motivación para las políticas de soporte familiar, con tímidos intentos, desde el año 2000, de establecer políticas, con resultados poco apreciables.

Polonia, Bulgaria, Rumania, Lituania, Letonia, con escasas medidas de ayuda familiar y políticas de conciliación, aunque en Polonia, a pesar de tener unos índices de natalidad, considerados críticos (1,27‰), a partir del año 2007, está realizando esfuerzos importantes en políticas de familia, incrementando las ayudas a las familias.

Malta, con una legislación actual, que no da respuesta a las necesidades de CVPL, ya que el contexto religioso, juega un papel importante en la participación de la mujer en el ámbito laboral; y *Chipre*, cuyo sistema de soporte familiar, está basado, en la ayuda de los abuelos al cuidado de los niños, ya que la mujer, trabaja jornada completa, y la flexibilidad horaria es mínima. Disponen de escasas ayudas familiares.

En general, en el conjunto de países de la Unión Europea, las propuestas de conciliación, surgen a finales del siglo XX, fruto de los cambios sociodemográficos que se han producido, con un mayor incremento de la presencia de las mujeres en el mercado laboral, así como, la dificultad para seguir dedicadas por completo, a la atención familiar y a la actividad profesional remunerada.

2.2.2 Marco legal en el contexto Español

El panorama normativo español, en materia de CVPL, pone de manifiesto los cambios profundos de la sociedad española, y especialmente en la composición de la familia, como unidad de convivencia, lo que condiciona, el cambio y adaptación de los derechos laborales, que hasta ahora, estaban vinculados a un concepto de unidad familiar, muy tradicional.

La Constitución Española de 1976, incluye algunas referencias de interés, en relación con la protección, de la vida privada y familiar de los trabajadores, y el derecho a prestar atención y asistencia a los hijos. No obstante, hasta 1989, no se contempló por primera vez, en el ordenamiento laboral español, el derecho al uso del permiso de paternidad, por parte de los hombres, lo que evidenciaba, que los únicos actores implicados en la CVPL, eran las mujeres.

Es a partir de 1999, (ley 39/1999 de 5 de noviembre para promover la conciliación de las personas trabajadoras)¹⁰², que se introducen, por primera vez, cambios legislativos en el ámbito estatal, para que los trabajadores puedan participar de la vida privada. También, se amplía el derecho, a la reducción de jornada y excedencia de los trabajadores, que tengan que ocuparse de personas mayores y enfermas, en línea con los cambios demográficos y el envejecimiento de la población, y modifica la regulación de los permisos de adopción, acogimiento permanente y pre-adoptivo.

Respecto a la excedencia por cuidado de hijos y familiares, esta ley, establece el derecho a un periodo de excedencia, no superior a tres años, para el cuidado de

cada hijo, ya sea natural/biológico, adopción o acogimiento, y será computable a efectos de antigüedad, con derecho, a asistencia a cursos de formación profesional y a la reserva de su puesto de trabajo, durante el primer año. Transcurrido este plazo, la reserva quedará referida a un puesto de trabajo del mismo grupo profesional, o categoría equivalente, lo que evidencia, la falta de garantía, para el reingreso del trabajador/a. Para el cuidado de otros familiares, la ley establece 1 año de excedencia, máximo.

Con la aprobación de esta ley, se abrieron las posibilidades para ampliar algunos derechos individuales, que implican, la disponibilidad de tiempo, para atender determinadas situaciones familiares y/o personales. A su vez, se puso de relieve, que la CVPL está en íntima conexión con la flexibilidad horaria, cuyas principales manifestaciones, son el trabajo a tiempo parcial, la jornada flexible y la capitalización del tiempo¹.

No obstante, cabe destacar, que la ley no contempla el permiso de paternidad, sino que es una cesión, de una parte del permiso de la madre, lo que da a entender, que todavía subyace un modelo de unidad familiar, en el que se perpetúa el rol diferenciado de responsabilidades familiares, en función del género. También, hay una falta de concreción en la misma, hacia las personas trabajadoras con discapacidad, sin tener en cuenta, otros aspectos de especial interés, para el logro de una CVPL, como son, la disponibilidad de servicios públicos de apoyo, para el cuidado de personas dependientes.

En el año 2000, según RD1/2000 y RD1368/2000¹⁰³, se revisaron y ampliaron algunas prestaciones, que mejoraban la protección familiar y el pago único, por nacimiento, a partir del 3er. hijo y por parto múltiple. También, a partir de la Ley 12/2001, de 9 de julio, se contempló por primera vez, en el ordenamiento laboral español, la situación de los padres y madres con hijos prematuro, o que requieren hospitalización, con derecho a una reducción de la jornada laboral, máximo de 2h. y reducción proporcional del salario, destacando que esta ley, sólo hace

¹ La "capitalización del tiempo" desde el punto de vista social, puede definirse como el valor añadido que se le otorga a la variable temporal.

referencia al parentesco por consaguinidad, excluyendo, el parentesco por adopción.

A partir del año 2001, con el RD1251/2001 y la Ley 40/2003, se fueron avanzando, en la reordenación y regulación de las situaciones de maternidad y de riesgo durante el embarazo, con especial atención, a su protección social, y se fueron introduciendo reformas, a las excedencias por razones familiares, para las familias numerosas. Destacar, a su vez, la Ley 51/2003, que incidió en la igualdad de oportunidades, la no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad ^{104,105,106} .

A partir del RD180/2004¹⁰⁷, se pretendía potenciar, el reparto de las responsabilidades familiares, entre madres y padres, de forma que la maternidad, no fuese un obstáculo para la carrera profesional de las mujeres, y tenía como finalidad, regular el disfrute a tiempo parcial de los permisos.

También, se presentaron una Resolución 20/12/2005¹⁰⁸ y la Orden 3902/2005 ¹⁰⁹, con el acuerdo, entre la Administración del Estado y las Organizaciones Sindicales UGT, CSI-CSIF y SAP, por la que se establecieron medidas, que permitían hacer efectiva la conciliación de las responsabilidades profesionales, con la vida personal y familiar. Se incluían, entre otras, medidas dirigidas a la conciliación, que implicaban con carácter general, una mayor flexibilidad del horario de trabajo del personal civil, al servicio de la Administración General del Estado.

A su vez, se puso en marcha, el Plan Concilia^m en la Administración General del Estado en el año 2006^{110,111}, por el que se establecen medidas retributivas, y para la mejora de las condiciones de trabajo, y la profesionalización de los empleados públicos. Al año de su aplicación, se hizo un balance del Plan Concilia, concluyendo que, cerca de diez mil empleados públicos, se habían beneficiado del mismo, en su primer año de entrada en vigor¹¹².

^m El Plan Concilia es un conjunto de medidas dirigidas a la flexibilización de los horarios y ampliación de permisos de los empleados públicos, integradas en un Plan integral de conciliación.

Destacar también, la Ley 3/2007¹¹³, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, que nos dice, que: *“los derechos de conciliación de la vida personal, familiar y laboral, se reconocerán a los trabajadores/as, en forma que fomenten la asunción equilibrada de las responsabilidades familiares, evitando toda discriminación, basada en su ejercicio”* y la Ley 7/2007¹¹⁴, del Estatuto Básico del Empleado Público, donde se establece los permisos por motivos de conciliación, con el pleno reconocimiento de la igualdad ante la ley, considerándola, asimismo, como un principio fundamental, entre hombres y mujeres.

Por último, destacar algunas iniciativas estatales, como la implantación del sello de Calidad, con el distintivo de “Igualdad en la Empresa”¹¹⁵, aprobado en octubre del 2009, donde se tendrán en cuenta, entre otros criterios, las actuaciones y medidas, dirigidas a facilitar la CVPL de todas las personas, la adopción de planes de igualdad, y la publicidad no sexista de los productos o servicios de la empresa.

Son numerosos, los aspectos de la relación laboral, en que se reflejan las situaciones familiares o privadas de los trabajadores, y no disponemos con una única norma, que regule esta diversidad de cuestiones. La propia «ley de conciliación», presenta un contenido, que introduce reformas y que permite seguir avanzando, en el desarrollo de nuevos ordenamientos jurídicos, adaptados a las características socio-laborales de la población, de las diferentes Comunidades Autónomas.

2.2.3 Marco legal en el contexto autonómico de Cataluña

En el ámbito autonómico, a partir del proceso de descentralización territorial, las diferentes Comunidades Autónomas, han ido desarrollando y adaptando desde el año 2005 hasta el 2009 políticas de CVPL, a través del “Plan Concilia”. Dicho Plan, se considera como un paquete de medidas, que recoge las iniciativas más avanzadas del sector público y privado, lo que supone un primer avance, de interés social y político, de actuaciones públicas.

Cabe destacar también, que todas las Autonomías, han desarrollado diferentes Planes de Acción¹¹⁶, como el Plan de empleo, de igualdad de oportunidades, de familia y de inclusión social, con el objetivo de buscar soluciones, a la complejidad del abordaje de la CVPL.

En Cataluña, el Parlamento aprobó la Ley 6/2002¹¹⁷, de medidas relativas, a la conciliación del trabajo con la vida familiar del personal, de las administraciones públicas catalanas, y posteriormente la Ley 18/2003¹¹⁸, de apoyo a las familias. Con la aplicación, de las primeras medidas dictadas por la citada ley, se puso de manifiesto, la necesidad de integrar en un texto único, todas las disposiciones destinadas a la conciliación, en el ámbito de la función pública.

Para facilitar su aplicación e interpretación, se aprobó la Ley 8/2006¹¹⁹, de medidas de CVPL del personal, al servicio de las administraciones públicas de Cataluña.

En ésta, se adoptan medidas establecidas en la ley anterior, de apoyo a las familias, e incorpora otras disposiciones, como el permiso de paternidad de cuatro semanas, que debe iniciarse a partir de la finalización del permiso de maternidad, permitiendo así, una mayor implicación de la pareja, en el cuidado de los hijos. Impulsa un cambio de perspectiva, que permitirá avanzar del concepto de conciliación de las mujeres, al concepto de reorganización de la vida personal, familiar y laboral, prestando especial atención, a la situación peculiar de las familias monoparentales.

Los aspectos más destacables de la Ley 8/2006, se representan en la (tabla 2.2.1), siendo aplicables al personal funcionario, al servicio de los entes locales de Cataluña, de las entidades y organismos que dependen de ellos, destacando en “negrita” aquellos acuerdos diferenciales, con respecto a la ley de la Administración del Estado.

En el ámbito sanitario, son de aplicación, las disposiciones establecidas en el Convenio Colectivo del personal laboral del Servei Català de la Salut (CatSalut), para los años 2004-2006, de aplicación a los trabajadores que prestan sus

servicios, en las regiones sanitarias y sectores sanitarios del ente público del CatSalut.

Tabla 2.2.1: Ley 8/2006 de medidas de CVPL en Cataluña

PERMISO POR MATRIMONIO	15 días naturales a disfrutar dentro del plazo de 1 año a contar desde la boda o el inicio de la convivencia
PERMISO POR MATRIMONIO DE FAMILIAR	Un día, ampliable a dos , si el matrimonio tiene lugar fuera de Cataluña
EXCEDENCIA VOLUNTARIA POR AGRUPACIÓN FAMILIAR	Supuesto de hecho: el cónyuge o conviviente debe residir en otro municipio por haber obtenido allí un puesto de trabajo estable
EXCEDENCIA VOLUNTARIA PARA CUIDAR DE UN HIJO	Máximo tres años, con reserva del puesto de trabajo durante todo el periodo.
EXCEDENCIA VOLUNTARIA PARA CUIDAR A FAMILIARES	Mínimo 3 meses y máximo tres años, según grado dependencia, con reserva del puesto de trabajo durante todo el periodo.
REDUCCIÓN JORNADA POR DISCAPACIDAD	Las personas con discapacidad legalmente reconocida que deban recibir tratamiento , tienen derecho a una reducción de jornada de trabajo equivalente al tiempo que dediquen a ese tratamiento, sin pérdida de sus retribuciones íntegras.
REDUCCIÓN DE JORNADA PARA EL CUIDADO DE HIJOS	Reducción de hasta un tercio de la jornada durante un año a partir de la finalización del permiso por maternidad o paternidad, percibiendo las retribuciones íntegras . Acumulable en jornadas completas. Hijos menores de 6 años , reducción de 1/3 o de la 1/2 de la jornada, con derecho al 80% o al 60% de las retribuciones.
PERMISO PRENATAL	Permiso para llevar a cabo los trámites administrativos requerido en el caso de adopción o acogimiento.
PERMISO POR PATERNIDAD	El progenitor que no disfruta del permiso de maternidad tiene derecho a un permiso de cinco días laborales consecutivos dentro de los 10 siguientes a la fecha de nacimiento o llegada al hogar. Si el parto, adopción o acogimiento es múltiple, se amplía a 10 días si se trata de dos hijos y a 15 si se trata de 3 ó más. Cuatro semanas consecutivas desde la finalización del permiso de maternidad, y en el caso de familia monoparental
PERMISO POR LACTANCIA	Duración máxima de 20 semanas una vez concluido el permiso por maternidad. En el caso de parto, adopción o

	acogimiento múltiple el permiso es de dos horas diarias en lugar de una hora. Acumulable en jornadas completas.
PERMISO PARA ATENDER A HIJOS PREMATUROS U HOSPITALIZADOS TRAS EL PARTO.	Permiso retribuido equivalente al tiempo de hospitalización, hasta un máximo de doce semanas . Este permiso se iniciará a partir de la finalización del permiso de maternidad.
ADOPCIÓN INTERNACIONAL	El permiso por adopción se puede iniciar hasta seis semanas antes de la resolución .
VACACIONES	Si el permiso de maternidad, paternidad o atención de hijos prematuros coincide con el periodo de vacaciones, la persona afectada disfrutará de las mismas una vez terminado el permiso.
PERMISOS PARA ATENDER A HIJOS DISCAPACITADOS	Permiso para asistir a reuniones o visitas en los centros donde reciban apoyo. Dos horas de flexibilidad horaria diaria
PERMISO PARA ATENDER A UN FAMILIAR	Permiso no retribuido para atender a un familiar hasta el segundo grado , mínimo 10 días y máximo tres meses prorrogable excepcionalmente hasta tres meses más.
FLEXIBILIDAD HORARIA	Mínimo de una hora y máximo de 7 para acompañar a visitas y pruebas médicas a ascendientes o descendientes hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad y para reuniones de tutoría con los docentes responsables de los hijos. El tiempo de ausencia deberá recuperarse durante la misma semana en la que se disfruta del permiso

Fuente: Elaboración propia: a partir de los datos de la ley 8/2006

No cabe ninguna duda, de que la legislación, nos facilita la adopción de medidas correctoras, frente a las políticas de empleo, de igualdad de oportunidades, de familia, de inclusión social y de conciliación, vigentes hasta la actualidad. Pero, dada la dificultad y complejidad, en la aplicación de todas ellas, de forma más efectiva, se hace necesario, que se establezca una mayor coordinación entre la administración central, autonómica y local, con la participación de los agentes sociales, en la búsqueda de estrategias, dirigidas a facilitar la adaptación del tiempo, a las peculiaridades de cada unidad familiar, con más servicios de atención a menores y personas dependientes.

2.3. EL ESTUDIO DE LA CVPL Y LOS USOS Y DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO

A nivel internacional, la conciliación se plantea, como una condición vinculada al nuevo contexto social y demográfico, con un aumento de la expectativa de vida, y mayor envejecimiento poblacional, una maternidad más tardía, los cambios en la estructura familiar, la incorporación de la mujer al trabajo remunerado, y la asunción, por parte de ésta, de una mayor responsabilidad en el ámbito laboral, así como, la estructura radial de las grandes ciudades, con un incremento de la movilidad y del tiempo, dedicado al desplazamiento desde el hogar al lugar de trabajo.

En la IV Conferencia Mundial sobre la mujer, celebrada en Pekín (1995)¹²⁰, se consideró como objetivo estratégico, fomentar la armonización de las responsabilidades laborales y familiares, en un marco más amplio, de políticas de familia, e introduciendo nuevos indicadores. También, se reafirmó el compromiso, de fomentar una armonización de responsabilidades laborales y familiares, entre hombres y mujeres, considerando que en el siglo XXI, las mujeres representarán el 60% del talento emergente, disponible.

Las propuestas, para la mejor conciliación, se traducen en diversas estrategias y actuaciones, abordadas desde los diferentes ámbitos de incidencia. Por un lado, desde la necesidad de compartir funciones, entre hombres y mujeres en el hogar, y en la vida social o de relación, y por otro, desde el compromiso, la cooperación y el trabajo conjunto, de las administraciones públicas, empresas y agentes sociales. Al mismo tiempo, hay que hacer visible y tener en cuenta, la necesidad de atender tareas del trabajo doméstico, y tareas del "cuidado informal"ⁿ, de las personas dependientes, erradicando el modelo familiar, que atribuye a las mujeres, unas características innatas de cuidadoras, y por tanto el desempeño de unos roles predeterminados¹²¹.

También, el papel del Estado, conjuntamente con las administraciones, va a ser determinante, en el logro de la mejor articulación entre trabajo, familia y tiempo de

ⁿ El término "cuidado informal" aparece de forma normalizada en la bibliografía, aunque algunos autores le otorgan una connotación negativa, asociado a la falta de formalidad y seriedad.

disfrute personal, teniendo en cuenta, las diferencias de intereses entre la sociedad y el mundo laboral. La no resolución de la CVPL, pueda representar una amenaza, para el futuro de la reproducción misma de la sociedad, ya que el conflicto entre vida familiar y vida laboral, pone en cuestión el contrato implícito entre sexos y entre generaciones, sobre los que descansa, básicamente, la reproducción social.

Beck-Gersheim¹²², socióloga alemana, realizó un estudio, sobre las transformaciones de la familia en las sociedades avanzadas, y sobre la relación intergeneracional y entre personas de diferente sexo. Decía que, para comprender esta relación, se tenía que considerar un aspecto básico, cual es que, tanto al principio como al final de la vida, el ser humano depende del apoyo de otras personas. Añadía, que la relación de solidaridad es, indudablemente, una relación entre generaciones, de diferentes edades, siendo un aspecto fundamental, del proceso de reproducción e integración social; tanto en lo que implica a la transmisión de normas y valores, como en lo relativo al cuidado de la población biológicamente más vulnerables. Planteaba, que esa relación de solidaridad y cuidado entre generaciones, se establecía como un contrato implícito, en el que la mujer asumía el rol de cuidadora; pero en el momento que este contrato implícito y no verbalizado, entre ambos sexos se modificaba, se planteaba la necesidad, de una reformulación en la atribución de competencias, en el seno de la pareja.

Tradicionalmente, han sido las mujeres, quienes han asumido el peso de las funciones del cuidado familiar y es evidente, que aún hoy, continúa siendo así. Pero, este rol de la mujer como cuidadora familiar única, ya no es aceptado por buena parte de la población, e incluso hoy en día, genera un rechazo de los imperativos del deber y la obligación por la condición de género, tanto por parte de los hombres, como por las mujeres.

Pero, esta situación plantea una cuestión importante, y es: ¿quién va asumir la responsabilidad del cuidado familiar, si ambos miembros de la pareja, deciden libremente desarrollar su carrera profesional?. Es una cuestión difícil de responder, ya que el estado, la empresa, el trabajador y la propia familia, deben

asumir su parte de responsabilidad, en la conciliación de los tiempos dedicados a las atenciones familiares y laborales y a las actividades personales y de ocio.

Según Caballero, en un estudio realizado en el año 2000¹²³, el 67% de los ciudadanos europeos y el 80% en el caso de España, consideraban que la responsabilidad de la CVPL debería recaer en las empresas. Aspecto éste, de difícil solución en el ámbito sanitario, ya que la presión laboral en los centros asistenciales, es importante, así como, los contratos laborales de interinidad, los horarios deslizantes y de 24h, dificultando las medidas de flexibilidad horaria, en el entorno laboral.

En cambio, otro estudio sobre el equilibrio entre la vida profesional y personal de 2216 directivos, realizado en España, Finlandia, Reino Unido y Suiza en el 2001¹²⁴, concluyó que, ayudar a los empleados a conseguir un buen equilibrio entre su vida laboral y personal, beneficiaba tanto a la empresa, como al trabajador, y aumentaba el nivel de satisfacción laboral.

En un estudio de Santolaria¹²⁵, se concluyó que en España, en el año 2001, únicamente un 5,6% de los asalariados, disponían de horarios de entrada y salida flexibles, y desde las empresas, las cargas familiares se perciben, con frecuencia, como una amenaza para el rendimiento laboral. En este estudio, se añadía que más del 60% de los responsables de las empresas encuestadas, opinaban que la CVPL, debía solucionarse de forma privada por las familias, a la vez, que casi un 70%, consideraban que la empresa debería tener una orientación exclusiva hacia el logro de la mayor productividad, considerando que las responsabilidades de la familia, limitan el rendimiento laboral de sus trabajadores.

Según Artazcoz-García¹²⁶, casi un 15% de las mujeres españolas, se han sentido alguna vez discriminadas en un proceso de selección, y más del 70% de los/as responsables de personal de las empresas, dicen que la aplicación de medidas de conciliación, como flexibilidad horaria, supone una limitación de las capacidades de los trabajadores, lo que demuestra el conflicto de intereses, entre empresa y trabajador, en relación con la conciliación.

A su vez, Martínez¹²⁷ dice, que pocos estudios han tenido en cuenta la perspectiva de género, y añadió que los resultados de su investigación, en diferentes sectores de actividad, entre ellos sanidad, confirman que el rol familiar es el más importante para las mujeres, y el que les proporciona mayor satisfacción.

También, el Instituto de la Mujer, realizó en el año 2005^{128,129} un estudio, sobre la CVPL, a una población de 4004 individuos del sector empresarial, organizaciones sindicales, profesores universitarios, expertos, técnicos y responsables de programas de intervención, en materia de conciliación de la administración pública, con el objetivo de conocer, como compatibilizaban la vida laboral y familiar la población activa de 16 a 65 años, de ambos sexos, residentes en todo el territorio español, y cuál era la posición de un conjunto de empresas españolas, con un 65% de mujeres trabajadoras, frente a la CVPL. Se evidenció, que en la actualidad, la conciliación es utópica para el 46% de la población entrevistada, y el 55% de las mujeres ocupadas, reconocían la dificultad de lograr este objetivo. En este estudio, se añadía que el problema de la conciliación, se inscribe en la problemática social, de un cambio de valores asignados al sexo, con una fuerte carga emocional. Este cambio, necesita un proceso de construcción y asignación de valores distintos, al establecido por la lógica masculina patriarcal de la producción, y la lógica femenina maternal de la reproducción, siendo ésta, la responsable de la contradicción en la asignación de roles.

El Centro Internacional de Trabajo y Familia de IESE^{130,131}, realizó en el año 2006, un estudio de las políticas de CVPL, a un total de 360 empresas procedentes de 22 sectores de actividad, entre los que se incluían en el sector salud, algunos centros asistenciales del ICS. Se destacó, la escasa formalización y compromiso de las empresas en políticas de conciliación, y la necesidad de avanzar en la implantación de las mismas. Añadía, que el 39% de la muestra, tenía dificultades para CVPL, y la ausencia por emergencia familiar, no estaba considerada como medida de conciliación.

Meil, y otros autores¹³², presentaron un análisis de las políticas de conciliación, dentro del proyecto "Madrid, empresas y conciliación", y concluyeron que los retos para mejorar la CVPL, son la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres, la flexibilidad horaria y las medidas organizativas, ya que el disfrute de medidas sólo para las mujeres, no favorece el reparto de responsabilidades entre ambos géneros, y contribuye a reforzar el techo de cristal para sus carreras profesionales.

Al mismo tiempo, el informe presentado el 2008, en el III Congreso Nacional de racionalización de horarios laborales¹³³, concluye que, la colaboración entre administraciones y empresas, es clave para poder implementar medidas y modelos de organización del tiempo de trabajo, que avancen en la optimización y racionalización de los horarios.

En otro estudio, realizado el año 2009, sobre "Experiències en Organització del Temps del Treball a les Empreses de Catalunya"¹³⁴, en diferentes empresas productivas y un centro hospitalario, se destaca el "salario emocional"^o como una estrategia clave, para mejorar la satisfacción de sus profesionales, concediendo gran importancia, a las posibilidades de compatibilizar el tiempo de trabajo con la vida personal. Destaca el informe, que las empresas que ponen en marcha políticas de conciliación, reducen el absentismo laboral en un 30%, y se añade, que las empresas con un mayor porcentaje de mujeres en su plantilla, tienen más políticas de CVPL, siendo la medida más aplicada, las vacaciones flexibles en un 64%, seguida de la excedencia para cuidar a un familiar 37%, el horario flexible en un 31%, y la posibilidad de disponer de un día libre recuperable, durante el resto de la semana 21%, entre otros.

- **Usos y distribución del tiempo**

Es importante, tener en cuenta los usos y distribución del tiempo, ya que en las últimas décadas, la variable tiempo y su disfrute, se puede considerar como un valor añadido en las sociedades occidentales, y la incorporación de la mujer a los

^o El "salario emocional" se considera como el incentivo que el trabajador percibe en forma de prestación social, flexibilidad horaria, etc.

espacios sociales, laborales, políticos y culturales, han provocado una necesidad de redefinir el reparto de las responsabilidades, en los distintos ámbitos de la esfera social y familiar.

La preocupación, por el tiempo de trabajo y el reparto equilibrado del mismo, constata la desigualdad entre los dos sexos, en función de los usos del tiempo en la asunción de los diferentes roles, familiar, doméstico y laboral.

Según García Comas¹³⁵, podemos hablar del uso del tiempo, en:

- El *espacio doméstico*, donde el tiempo se organiza en función de las necesidades del individuo y la familia, donado o regalado y, por tanto, sin valor económico.
- El *espacio laboral*, donde se organiza en función de la estructura horaria impuesta por la empresa, donde el tiempo se vende, a cambio de un salario, por tanto, con valor económico.
- El *espacio personal y público*, donde tiene una dimensión discontinua, siendo la persona quién organiza su propio tiempo y el valor del mismo, en relación a la satisfacción, que puede producir la libertad en el uso.

En el amplio contexto de los usos sociales del tiempo, juega un papel preponderante, la flexibilidad en la jornada laboral y su distribución, siendo a veces, un factor tanto o más determinante, que las posibilidades reales de CVPL, como pueden ser, la regulación de los permisos y excedencias por responsabilidades familiares.

El Instituto Nacional de Estadística INE¹³⁶, realizó la primera Encuesta de Empleo del Tiempo en España, entre los años 2002 y 2003, simultáneamente con las de otros países europeos, siguiendo las recomendaciones de la Oficina Estadística de la Unión Europea EUROSTAT. Según los resultados de la encuesta realizada, son notables las diferencias en el tiempo, que dedicaban hombres y mujeres a las tareas del hogar y cuidados familiares. A modo de ejemplo, destacar, que las tareas domésticas y el cuidado de niños y ancianos, lo realizaban el 93% de las mujeres, que dedicaban una media diaria de 4 horas y 45 minutos, frente al 70% de los hombres, que dedican 2 horas y 4 minutos diarios.

No obstante, y a pesar de que los datos aportados, constatan un mayor uso del tiempo a las tareas familiares, por parte de las mujeres, cabe destacar una evolución favorable en las parejas, en las que ambos cónyuges trabajan, hacia la corresponsabilidad de las tareas domésticas y de atención a menores y familiares dependientes, así como, la búsqueda de servicios de soporte, para el cuidado de los hijos pequeños¹³⁷.

En relación a los turnos y horarios, según la Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida laboral y personal (2004),¹³⁸ alrededor del 22% de los ciudadanos europeos, dicen que sus horarios no se adaptan a las responsabilidades familiares y compromisos personales. Más del 20% de los trabajadores, consideran estar cansados, cuando llegan a casa después de la jornada laboral y consideran que el trabajo nocturno y de fines de semana, puede considerarse un trastorno para la familia.

Los resultados de otro estudio, realizado por esta misma Fundación Europea en el año 2005¹³⁹, sobre el tiempo disponible y la CVPL de los trabajadores españoles, a una población de 6020 individuos, de todo el territorio español (excepto Ceuta y Melilla) de ambos sexos, activos laboralmente y de diferentes sectores de ocupación, fueron los siguientes: El grado de satisfacción, con respecto al disfrute del trabajo, relación con los compañeros, salario y horario, era de 6,81 en los hombres (escala de 0 a 10). En cambio, las mujeres con un grado de satisfacción del 6,77, ponen más énfasis en el salario y en la disponibilidad de un horario adecuado. Las razones de insatisfacción en ambos sexos, era el salario y el horario inadecuado.

La Comisión Nacional para la Racionalización de los Horarios Españoles¹⁴⁰, realizó en el año 2006, un estudio sobre CVPL con 554 personas representantes de diferentes sectores de la sociedad española, y el 80,70% de los encuestados, consideraba, la necesidad de lograr una mayor flexibilización de los horarios laborales (jornadas continuadas), y de hacer más compatible su horario laboral, con los horarios escolares.

Por otro lado, un informe presentado por la Fundación Europea en Bruselas 2006¹⁴¹, concluye, que las políticas de apoyo a la innovación de la conciliación, pueden tener un impacto positivo en las empresas, aumentando la satisfacción de los trabajadores, disminuyendo el absentismo, mejorando el compromiso con la empresa, y aumentando la eficiencia productiva.

Según, el estudio realizado por el Ministerio de Trabajo e Inmigración en el año 2007¹⁴², acerca de la CVPL de los ocupados, y determinados aspectos de su vida familiar, el cuidado de los hijos menores de 3 años durante la jornada laboral, se realiza en el 41,4% por un servicio especializado, el 27,2% por familiares, vecinos o amigos y el 22,9% por otra persona ajena a la familia, con remuneración.

En relación al cuidado de los hijos menores de 14 años, fuera del horario laboral de las parejas ocupadas, el 33,5% de las mujeres, asumen solas la atención de los pequeños, frente al 6% de los hombres, que asumen el cuidado. Cuando se trata de cuidados esporádicos, como llevarles al médico o atenderlos cuando están enfermos o no tienen colegio, no hay diferencias significativas (30% los hombres y 38% las mujeres).

Respecto al cuidado de personas dependientes, que necesitan regularmente atención durante la jornada laboral, según Úbeda¹⁴³ *“el perfil del cuidador es una mujer (47,3% las hijas, 18,1% esposas), con una media de edad de 58,3 años y el 90% de los cuidadores, manifiestan tener menos tiempo libre y más del 40% tienen menos relaciones sociales y dedican menos tiempo al cuidado personal”*.

En relación al tiempo dedicado a ir y volver del trabajo, según un estudio realizado por la Agencia de Salud Pública de Barcelona³⁵, y a partir de los datos obtenidos de la Encuesta de Movilidad cotidiana de Cataluña en el año 2006, el 93,9% de los residentes en Barcelona, realizaron al menos un desplazamiento en día laborable. El tiempo medio invertido para desplazamientos ocupacionales, es de 32 minutos, de 35,9 minutos en desplazamientos personales y de 39,4 minutos en los desplazamientos de regreso al hogar, independientemente del origen, siendo más frecuente, el desplazamiento a pie, entre las mujeres que en los hombres.

Por otro lado, y en el marco de revisión de las estrategias europeas, se rechazó la propuesta de la Directiva Europea de Ordenación del Tiempo de Trabajo, de ampliar la jornada máxima laboral hasta las 65 horas semanales, adoptada el mes de junio del 2008, por el Consejo de Ministros de Empleo y Política Social de la Unión Europea y defendida por los británicos. También, se hizo un llamamiento para oponerse a esa reforma, ya que supondría graves consecuencias, para la salud del personal sanitario en particular y de los trabajadores en general. Y se añadió, en las conclusiones del Congreso, que la CVPL es una cuestión de derechos humanos, que garantiza la estabilidad de las personas y, por lo tanto, de la sociedad en su conjunto¹⁴⁴.

2.4. EL ESTUDIO DE LA CVPL EN LA PROFESIÓN ENFERMERA

La CVPL, tiene una especial relevancia en la profesión enfermera, ya que el coste personal, familiar y social que supone el ejercicio de su profesión es elevado, teniendo en cuenta, entre otros aspectos, que la asistencia sanitaria, se presta las 24h. al día y los 365 días del año, lo que implica la realización de atención continuada, con turnos rotatorios, horarios poco flexibles y fines de semana.

Es por ello, que el colectivo de profesionales de Enfermería, reivindica una mejora de las condiciones de trabajo, en el Sistema Sanitario, dirigido a facilitar el ajuste, entre el desarrollo de una vida laboral activa y el disfrute de una vida personal, normalizada.

Este aspecto, se contempla en la Directiva Comunitaria 92/85 de 19 de octubre, que regula una serie de medidas de protección a la salud de la mujer trabajadora, antes y después del parto, o en periodo de lactancia, con un tratamiento individualizado del riesgo, sobre el embarazo o lactancia. Incluye la directiva, la no realización de trabajo nocturno, o de trabajo a turnos, durante el embarazo o durante el periodo consecutivo al parto. La realización de la actividad laboral de noche, es considerada por la Directiva, como riesgo para la maternidad, con la propuesta de la reducción de la jornada nocturna, o el traslado al horario diurno¹¹¹.

El Sindicato de Enfermería (SATSE)¹⁴⁵, propone algunas medidas, que puedan mejorar la CVPL de las enfermeras, si quieren evitarse situaciones como el incremento de los permisos de excedencia, o el absentismo laboral por fatiga y estrés, como: la creación de guarderías, en los centros que dispongan de horarios compatibles con los turnos laborales, la posibilidad de cambio de puesto de trabajo, en caso de maternidad con riesgo, la ampliación de la reducción de jornada por lactancia, el incremento del permiso de maternidad, post-parto y adopción, la ampliación de excedencias por cuidado de hijos, y la ampliación del periodo, de aplicación de reducción de jornadas y flexibilización horaria, si los trabajadores tienen hijos con discapacidad.

También propone, que antes de la implantación definitiva del “Plan Concilia”, en las comunidades autónomas, se debería consensuar y adaptar a las características y necesidades de este colectivo, ya que sino, supondría un perjuicio para los profesionales sanitarios, ya que sus condiciones laborales son diferentes y, por tanto, necesitan unas medidas de conciliación que se adapten a su realidad. Estas medidas son imprescindibles, en un ámbito en el que el 87,67% de los profesionales de enfermería, son mujeres⁷.

No obstante, muchas son las situaciones que evidencian la dificultad de lograr este ajuste y que obligan al Sindicato de Enfermería, entre otros, a denunciarlas, como son, que algunos centros asistenciales tienen problemas para sustituir a los profesionales de contrato laboral, que solicitan reducción de jornada voluntaria, suponiendo una carga de trabajo, para el resto de compañeros del equipo asistencial, la denegación a una enfermera a solicitar la ayuda por guardería, la negación a aplicar la ley 39/99 de CVPL, sobre el derecho de los trabajadores a fraccionar las excedencias, por cuidado de menores de tres años, en varios periodos, la denegación sistemática de todas las peticiones del periodo de vacaciones, a las/los trabajadoras/es con hijos menores de 12 años o mayores dependientes que estén a su cuidado¹⁴⁵.

En un estudio sociológico, realizado por el Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona y la Universidad de Barcelona en el años 2004¹⁴⁶, a 2122 enfermeras,

los resultados demostraron, el alto grado de importancia que se concede a la familia, con un 9,5 , y a los amigos con un 8,2,sobre 10. En este mismo estudio, se analizó el tiempo medio que dedicaban las enfermeras a diferentes tareas de la vida cotidiana, concluyendo, que dedican al día, una media de 9h. a la práctica profesional, 5 h. al cuidado y tareas del hogar, 2,9 h. al ocio y las relaciones sociales y 7,1h. al descanso y sueño.

A menudo, las enfermeras abandonan temporalmente la profesión, por razones de maternidad, y en muchas ocasiones su incorporación al trabajo, supone un problema añadido a su responsabilidad como madres, por la insuficiencia de medidas de conciliación, existiendo la posibilidad de aparecer problemas de salud, asociados al estrés laboral y la presión familiar^{147,148}.

De acuerdo con Úbeda¹⁴³, el género de los cuidadores se escribe en "*femenino singular*", aspecto éste de gran relevancia en las enfermeras, que asumen el rol de cuidadoras en el ámbito familiar y profesional, pudiendo ocasionar situaciones de conflicto, por la necesidad de reajustar ambos roles. Pero, algunos autores^{149,150,151} afirman, que ante la necesidad de prestar cuidados, el trabajo puede actuar como catalizador de las tensiones acumuladas en la asunción del rol familiar, pudiendo modular el impacto en la salud del cuidador.

Según un estudio, realizado por el Departamento de Salut de la Generalitat de Catalunya, a 346 Equipos de Atención Primaria (EAP) de Cataluña¹⁵², acerca de la situación de las enfermeras, con una muestra total de 3371 profesionales, los resultados obtenidos fueron que, el 97% de los EAP de esta comunidad, hacían actividad asistencial espontánea los sábados, y el 93%, también hacían domicilios programados los sábados.

En relación al género, el 89% de la muestra, eran mujeres y el 11% hombres, siendo la región de Cataluña central, la que tiene un porcentaje mayor de mujeres (93%), con una media de edad de 44,08 años. Estos resultados, ponen de manifiesto, la dificultad que tienen las personas que viven solas, para atender a los hijos pequeños escolarizados y personas dependientes.

Otro estudio realizado por Vela¹⁵³, a 221 enfermeras españolas, con el objetivo de conocer entre otros, el impacto que el trabajo a turnos, tenía en el doble rol de la mujer como enfermera trabajadora y como ama de casa, concluyó que el 50,43% de las enfermeras, estaban poco o mal adaptadas al trabajo a turnos y añadieron que la adaptación al trabajo a turnos, es determinante del nivel de satisfacción laboral, concluyendo que el 71% de las enfermeras entrevistadas, dejaría la jornada de trabajo a turnos, si pudiera.

Del 49,57% de enfermeras, que estaban bastante adaptadas, el 13,12% habían decidido trabajar en el turno de noche, para poder facilitar la CVPL. El 57,6% de la muestra vivía en pareja, el 37,5% estaban solteras y el 4,9% separadas o divorciadas. Añadían, que el 15,3% del absentismo laboral, era debido a responsabilidades familiares y el 4% por baja maternal, formación y estrés, entre otros, y consideran que la tasa de separación y divorcios, es más elevada en el personal con trabajo a turnos.

Gottlieb, Killien y otros autores^{154,155}, investigaron los predictores del conflicto trabajo-familia, en los profesionales de Enfermería, e identificaron que las variables relacionadas con las responsabilidades del cuidado de los niños, el apoyo familiar y organizacional, tenían una importante influencia en la CVPL, y se plantearon la necesidad, de seguir avanzando, en el conocimiento del impacto que el rol de cuidadora, podía tener sobre la salud de las enfermeras, y plantean, a su vez, la necesidad de medir la naturaleza y la influencia del conflicto, en cada uno de los roles.

Otros autores¹⁵⁶, realizaron un amplio estudio, a un total de 27.603 enfermeras de 8 países europeos (no se incluyó España), donde se analizaron, entre otras variables, la interferencia que el trabajo podía tener en la familia o viceversa, obteniendo una media de 2,7, en una escala de 5, siendo las enfermeras italianas, las que tenían más conflicto para la CVPL, y las finlandesas y alemanas, las que referían tener menor interferencia, entre la vida laboral y la profesional.

Añade el estudio, que anteriormente, las enfermeras situaban el trabajo como la primera prioridad vital, y en cambio en la actualidad, si bien el trabajo, es un

aspecto importante de la vida de las enfermeras, las generaciones más jóvenes (de 25 a 35 años), consideran prioritario, conciliar su vida personal y familiar.

En otro estudio, realizado por Grzywacz y otros autores¹⁵⁷ en EEUU, en el año 2006, para cuantificar el tipo de conflicto que tenían las enfermeras con la CVPL y la dirección del mismo, considerando como predictores, el ambiente laboral y familiar y las variables sociodemográficas, se concluyó, que el 92% de las enfermeras, habían tenido durante los últimos 6 meses alguna interferencia del trabajo hacia la familia, y el 63% alguna interferencia de la familia hacia el trabajo, considerando que la falta de conciliación, tiene implicaciones en la calidad de los cuidados, en la satisfacción y en la retención de estos profesionales. A su vez, se consideró, que la dirección del conflicto, era mayor de la familia hacia el trabajo en las enfermeras de raza asiática y que aquellas que tenían edades más avanzadas, tenían menos problemas para la CVPL.

Desde el punto de vista, de las demandas emocionales y físicas, se planteó un estudio con enfermeras holandesas¹⁵⁸, para evaluar la interferencia del conflicto entre trabajo y familia, ya que una elevada carga de trabajo y demanda emocional, pueden provocar tensión. Se concluyó, que las demandas de trabajo tienen claros efectos en la interferencia del trabajo con la familia, así como efectos negativos en la salud, con un aumento importante del estrés crónico.

Resultados similares, se encontraron en otra investigación¹⁵⁹, donde también se exploró, la influencia del soporte de la familia en la CVPL y la satisfacción, en 80 enfermeras italianas, concluyendo, que existía una correlación negativa, entre la satisfacción y la CVPL, destacando la importancia del soporte de la pareja, en la asunción de las responsabilidades del hogar.

En otro estudio realizado con enfermeras japonesas¹⁶⁰, se planteó la necesidad, de evaluar el impacto que tenía el trabajo a turnos, en la CVPL y la posible influencia en el descenso de éstas profesionales, en los centros asistenciales, ya que, las razones principales del abandono laboral de las enfermeras, son estar casadas, el cuidado de niños pequeños y la falta de conciliación. Contrariamente

a lo esperado, los resultados demostraron, que el trabajo a turnos no tiene efectos significativos en la CVPL, incrementando el conflicto, entre las enfermeras que trabajan en tres turnos, en comparación con las que trabajan en dos.

También, se realizó otro estudio¹⁶¹, donde se midió la influencia que podía tener las demandas, sobrecarga de trabajo y horario laboral irregular en la CVPL, así como la satisfacción de las enfermeras turcas. Los resultados concluyeron, que el horario irregular y la sobrecarga de trabajo, tienen una fuerte asociación con el incremento del conflicto, entre el trabajo y la familia. Al mismo tiempo, se establece una correlación negativa entre la falta de CVPL y la satisfacción laboral, siendo las medidas de soporte de la organización, un elemento moderador en el conflicto.

Según Noor^{162,163}, la persistencia del conflicto, entre la actividad laboral y familiar, puede tener implicaciones en la salud mental de las enfermeras. Algunos autores^{164, 165}, dicen que las mujeres afro-americanas, son más vulnerables a tener depresión o alteraciones psicológicas, pudiendo aumentar la susceptibilidad a los conflictos, entre el trabajo y la familia.

En esta línea, Gipson-Jones y otros autores¹⁶⁶, realizaron un estudio sobre la percepción que tenían del conflicto familia-trabajo, las enfermeras asistenciales afro-americanas, matriculadas en cursos de formación de postgrado, analizando la dirección (trabajo-familia / familia-trabajo) y calidad (negativa o positiva) del conflicto. Para el 100% de las enfermeras, la escasez de personal y presión asistencial, interfería de forma negativa entre el trabajo-familia y viceversa, y para el 43%, la asunción del doble rol (laboral y familiar), les generaba estrés, considerando, que el soporte de la empresa (flexibilidad horaria), ayudaba a gestionar mejor el conflicto, en situaciones de emergencia familiar. El 83% de las enfermeras, manifestaron sentirse discriminadas, a nivel de reconocimiento profesional, promoción laboral y retribución económica, por su condición racial. Todas las participantes, concluyeron que su entrega espiritual les ayudaba a gestionar mejor el estrés, por la falta de conciliación.

En un estudio, realizado por Harris y otros autores¹⁶⁷, sobre la aplicación de medidas de flexibilidad horaria, en enfermeras inglesas a partir de los 45 años de edad, se puso de manifiesto, la inequidad y las dificultades de implementación de estas medidas, al colectivo de profesionales. Las políticas gubernamentales, dirigidas a facilitar la CVPL, estaban diseñadas para el cuidado de niños menores de 16 años y/o discapacitados, generando agravios comparativos, entre las enfermeras mayores de 45 años, cuyas prioridades eran su salud, el bienestar y la conciliación.

Por último, se presentó un estudio¹⁶⁸, que analizaba el impacto global que puede tener una epidemia como el SARS^p, en las enfermeras canadienses de servicios de emergencias y cuidados intensivos, si se aplicaban medidas de cuarentena en los centros escolares, donde estudiaban los hijos de éstas; considerando que el soporte social y organizativo, es vital para ayudar a amortiguar los efectos del estrés, a la vez que les permita gestionar el conflicto de roles, durante la situación de emergencia sanitaria.

2.5. VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS QUE PUEDEN INCIDIR EN LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL Y LABORAL (CVPL)

Algunos de los datos sociodemográficos¹⁶⁹ que se presentan a continuación, permiten ilustrar la medida del problema y la realidad empírica de la dificultad de armonizar la vida personal y laboral. Al mismo tiempo, nos permite evidenciar la influencia que las cargas familiares y las exigencias del mercado laboral, pueden tener en la reproducción de las trabajadoras, pudiendo desencadenar la dicotomía entre el rol productivo y el rol reproductivo.

^p SARS. Síndrome Respiratorio Agudo

2.5.1 Natalidad

La tasa bruta de natalidad^q, ha pasado de 10,6 ‰ en Europa, 9,9 ‰ en España y 10,2 ‰ en Cataluña en el año 2000, a 10,6 ‰ , 11 ‰ y 11,7 ‰ respectivamente en el año 2007.

La proyección a corto plazo de la población española, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), prevé una desaceleración de la tasa de crecimiento de la población, desde un 1,8% anual registrado en 2007, hasta el 0,7% en el año 2010. La previsión de la tasa de natalidad en España en el año 2017, se estima en 9,40‰.¹⁷⁰

2.5.2 Fecundidad

El índice sintético de fecundidad^r en España, ha pasado de tres hijos por mujer a finales de la década de los 70, hasta 1,2 hijos a finales del siglo XX. No obstante, en los primeros años del siglo XXI, se está produciendo una recuperación de la fecundidad, teniendo en cuenta, que el aumento de ésta en los últimos años, ha coincidido con el incremento de mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años, especialmente población inmigrante, y un cierto incremento en las tasas de fecundidad, en las edades más jóvenes¹⁷¹. Así pues, cabe destacar, que el número promedio de hijos que garantice el relevo generacional, se sitúa en 2,1 hijos por mujer.

El número medio de hijos por mujer, se ha elevado desde el año 2000 y se sitúa en 1,54 hijos en el año 2008 en Cataluña, indicador algo superior al del conjunto de España, con 1,46 hijos por mujer. En Cataluña, el 28,2% de los nacimientos son de madre extranjera, cifra superior a España con un 20,7%. La media de edad de las madres, es de 30,8 años, frente a los 25 años de 1980.

Esta realidad, plantea la incógnita de si las madres con hijos recién nacidos, tienen pareja con quién compartir las responsabilidades familiares, o por el

^q La tasa bruta de natalidad, se entiende como el número total de nacidos vivos de una población por cada mil habitantes en un periodo de un año.

^r El índice sintético de fecundidad, se define como el número de hijos por mujer en edad fértil entre los 15 y los 49 años en un período de un año.

contrario, se trata de familias monoparentales, ya que el 33,5% de las madres, no están casadas¹⁷⁰.

Si comparamos, a las mujeres españolas que tienen hijas/os, con las que no tienen, se observa que con la llegada del segundo hijo, se produce un descenso notable en la tasa de ocupación remunerada femenina, siendo la proporción de mujeres ocupadas con dos hijos en el 2003 (el más pequeño menor de 2 años), del 42,5%, y las mujeres ocupadas sin hijos, es del 54%. Respecto a la tasa de ocupación femenina en Europa, para las mujeres con 2 hijos es de 48,9%¹⁷⁰.

La existencia de hogares con dos y más hijos, especialmente de corta edad, parece estar claramente asociada, a la inactividad de las madres¹⁷².

2.5.3 La Dependencia en Cataluña

Cabe destacar, que España presenta uno de los índices más altos de envejecimiento, no sólo de Europa, sino del mundo¹⁷³, situándose actualmente, en más de siete millones de ciudadanos (un 16,7% de la población de nuestro país tiene más de 65 años), con un aumento importante de las personas mayores de 80 años, que constituyen un 4,1% del total de la población, cifra que se estima que aumentará en los próximos años¹⁷⁴.

Este envejecimiento poblacional, puede comportar un aumento progresivo de la morbilidad, asociada a procesos crónicos y degenerativos, frecuentemente incapacitantes, con una tendencia al incremento de la dependencia, en aquellos sectores de población mayor.

Entendiendo por discapacidad o dependencia, *"la necesidad de ayuda o asistencia importante, para las actividades de la vida cotidiana"* o *"como un estado en el que se encuentran las personas, que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes, a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal"*¹⁷⁵.

Según la Encuesta sobre discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD-2008) ¹⁷⁶, el número total de personas que declaran tener alguna discapacidad en España, en el año de referencia 2008, asciende a 2,227.500 de individuos, lo que supone un 30,3% de las personas mayores. La tasa de discapacidad de las mujeres, es de 34,9%, siendo más elevadas, que la tasa de discapacidad de los hombres, con un 24,1%, en edades superiores a 50 años ¹⁷³.

Según, el Libro Blanco “Atención a las personas en situación de dependencia en España” 2005 ¹⁷⁷, el envejecimiento hará aumentar las tasas de dependencia en nuestro país, alrededor de un 10%, considerando que la edad cronológica, es un factor de riesgo no modificable, pero no es sinónimo de enfermedad, discapacidad, ni dependencia. Una característica demográfica, que se irá agudizando con el paso del tiempo, es la que se ha llamado “envejecimiento del envejecimiento”, siendo el gran aumento que va a experimentar el colectivo de población de 80 y más años, y el aumento de personas centenarias, al igual que en otros países desarrollados ¹⁴³.

En cuanto a la distribución territorial, de este envejecimiento en España, afecta a todas las comunidades autónomas, destacando Cataluña, Andalucía y Madrid, como las que tienen un mayor número de personas empadronadas en sus municipios, con más edad. Sin embargo, Castilla y León, Asturias, Aragón y Galicia, son las más envejecidas proporcionalmente. Analizando la discapacidad de personas mayores, por comunidades autónomas, Murcia es la que tiene una tasa de discapacidad más elevada de España con un 37,4%, seguida de Extremadura, Castilla-La Mancha y Andalucía. En el otro extremo, se sitúan La Rioja con un 20,3% de discapacidad ¹⁷³.

Los indicadores de dependencia en Cataluña, en el año 2006 ¹⁷⁸, que hacen referencia a la población de 75 años y más, que necesita ayuda para realizar las actividades básicas de la vida cotidiana y que vive sola, son los siguientes:

- Dependencia grave 11,2% de hombres y 15,8% mujeres
- Personas con limitación para realizar alguna actividad básica de la vida cotidiana, un 36,5% de hombres y 43,7% mujeres.

Sin embargo, si tenemos en cuenta la esperanza de vida libre de discapacidad, y la expectativa de discapacidad en España, tenemos el 10,10% en mujeres y 6,77 en hombres, y en Cataluña el 10,56% en mujeres y el 6,93% en hombres. (ver tabla 2.5.1).

Las comunidades con una mayor expectativa de discapacidad en mujeres (ED), son Ceuta y Melilla con un 13,34%, seguidas de Murcia con un 12,05% y Andalucía con un 12,01%. Las comunidades que presentan una expectativa de discapacidad más baja son La Rioja con un 5,67%, y las Baleares con un 7,92%¹⁷⁹.

Tabla 2.5.1: Esperanza de vida libre de discapacidad

País y CCAA	EVLD en ♀	EVLD en ♂	ED ♀	ED ♂
Cataluña	72,01%	68,64 %	10,56	6,93
España	72,21%	68,52%	10,10	6,77

EVLD: esperanza de vida libre de discapacidad

ED: expectativa de discapacidad

Fuente: Elaboración Propia

Esta realidad, plantea la necesidad de establecer prioridades, en las políticas de atención primaria, otorgando protagonismo a los profesionales de enfermería, ya que, los cuidados de larga duración^s, pueden ser provistos por la propia familia, en el domicilio, o a través de un servicio de salud¹⁴³. Pero, no podemos olvidar, que los servicios de atención social y los recursos disponibles, para dar atención a

^s Los cuidados de larga duración se diferencian de los cuidados agudos o puntuales en que los objetivos se centran en minimizar, restablecer o compensar la pérdida del funcionamiento físico y/o mental de la persona, en ayudar a las personas a completar las tareas esenciales de la vida diaria y permitirle vivir lo más independiente posible.

las personas dependientes, no son muchos ni los más adecuados, siendo las propias familias y en general las mujeres, las responsables máximas del cuidado de sus familiares, lo que supone, una dificultad para la necesaria armonización, entre el tiempo dedicado a la actividad laboral y las responsabilidades familiares.

2.5.4 Composición de los hogares españoles

La transformación que se está produciendo, a nivel de la composición de los hogares españoles, puede tener consecuencias importantes, para la CVPL.

Si las dificultades para armonizar el tiempo dedicado al cuidado familiar y a las responsabilidades laborales, son ya importantes en el caso de la pareja, cuando se trata de un solo progenitor, esa situación puede ser más complicada⁹.

Según los datos del INE⁴⁷, las familias españolas cada vez están compuestas por menos miembros. El tamaño medio de los hogares españoles, ha pasado de casi 4 personas/hogar en el año 2001, a 2,9 miembros en el 2008. La composición media de los hogares europeos, es aún menor de 2,45 miembros y 2 de cada 3 hogares no tienen ningún niño y uno de cada 5 europeos, es mayor de 65 años, representando el 17% de la población europea.

En cuanto a la presencia de los padres en el hogar familiar, cuando los niños salen de la escuela, según la Encuesta de Infancia en España 2008¹⁸⁰, realizada a 9174 niños entre 6 a 14 años, el 17% de éstos, están solos toda la tarde, un 20% el padre no está normalmente a la hora de la cena, y un 3% no tiene a ninguno de sus progenitores a la hora de cenar. En este mismo estudio, el 27% de los niños, manifiesta sentir soledad en su casa.

Al mismo tiempo, se considera que las dificultades que encuentran los padres y madres que trabajan, para conciliar su tiempo, incide de manera especial en la calidad de vida de los hijos y en la convivencia familiar. El conocimiento mutuo entre padres e hijos, resulta imprescindible para el correcto desarrollo de los menores, e implica que éstos, no pasen solos demasiadas horas al día dedicados a actividades poco constructivas, generalmente relacionadas con los aparatos

electrónicos y la tele-adicción, aumentando considerablemente el riesgo de realizar juegos individualistas⁷⁹.

En muchas ocasiones, los centros educativos y los profesores, acaban siendo el soporte directo de los efectos negativos que provoca nuestro actual modelo de organización social, delegándoles la responsabilidad de la educación de los hijos a los maestros, lo que conlleva un elevado nivel de presión para éstos, al exigirle durante amplios periodos de tiempo, el desempeño de funciones, que deben asumir la propia familia.

Las prolongadas jornadas laborales de los padres, pueden tener efectos indeseables sobre los hijos, en edad escolar, lo que denominan los expertos como el "hogar vacío"^{130,131}, como consecuencia, de la salida del mismo, de todos sus miembros: los padres al trabajo y los niños a las escuelas (guarderías), con jornadas de 12h y un incremento notable de actividades extraescolares.

Al mismo tiempo, se ha definido la proliferación de los "niños llaveros", un término acuñado, para referirse a los pequeños que llevan consigo el juego de llaves en edades impropias, porque cuando salen de la escuela, no hay nadie en casa.¹⁸¹

En cuanto a la estructura y tipo de familias en Cataluña⁴⁷, siguen un patrón mediterráneo, a medio camino entre la tipología familiar europea y la del resto de España, y el tamaño de los hogares catalanes es superior a los europeos e inferior a los españoles (ver tabla 2.5.2 y 2.5.3). El número de hogares unipersonales en Cataluña, ha aumentado significativamente en el período 2000-2008.

Tabla 2.5.2: Tipos de familias en Cataluña

Tipos de familia	%
Unipersonal	20,9
Pareja sin hijos	22,4
Pareja con hijos	40,9
Madre con hijos	7,6
Padre con hijos	1,8
Sin núcleo familiar. 2 ó más personas	4
Plurinucleares	2,4

Fuente: Pla de Salut de Catalunya a l'horitzó 2010.Generalitat de Catalunya.

Tabla 2.5.3: Tamaño hogares en Cataluña

Tamaño hogar	%
1 persona	20,9
2 personas	28,0
3 personas	22,4
4 personas	20,0
5 personas y más	8,7

Fuente: Pla de Salut de Catalunya a l'horitzó 2010.Generalitat de Catalunya.

2.5.5 Abandono del trabajo por razones familiares

El abandono voluntario del mercado de trabajo por razones familiares, según la Encuesta de Población Activa (EPA), en España, entre 1992 y 2004, se ha incrementado el número y la proporción de mujeres, que han abandonado la ocupación por razones personales o responsabilidades familiares, pasando del 3,3% en 1992, al 5,4% en 2004¹⁸².

Con respecto a los hombres, el abandono del empleo remunerado por razones personales o responsabilidades familiares, ha sido insignificante.

Estos datos, ponen de relieve la persistencia en la asignación tradicional de roles, y la desigual posición de las mujeres en el ámbito productivo y reproductivo, a pesar, de los avances introducidos en nuestra sociedad, con la incorporación de la mujer a la actividad laboral remunerada. No obstante, aún hoy, persiste la asunción de la doble jornada, por parte de ésta, lo que indudablemente puede dar lugar a una disminución de su productividad, o a un estrés por sobrecarga, pudiendo constituir un problema para su salud física y mental.

2.6. ÁMBITOS DE LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL Y LABORAL (CVPL)

Si queremos intentar conciliar, nuestra actividad profesional con la vida de desarrollo personal, parece necesario conocer los principales protagonistas en la asunción de responsabilidades, siendo tal vez, la propia familia la que tiene un papel más destacable en las estrategias de conciliación, así como el individuo, los poderes públicos y las estructuras sociales.

En la actualidad, se está revisando en España¹⁸³, la regulación jurídica de las unidades de convivencia, ya que en la legislación actual y en los diferentes convenios colectivos, hay escasas referencias a las familias monoparentales o

unipersonales, a pesar de que éstas, son cada vez más frecuentes en nuestro entorno, así como, el reconocimiento de las uniones de hecho.

2.6.1 Individuo:

Es necesario, que el individuo se haga responsable de la utilización de las políticas de flexibilización, con una base de confianza, madurez y profesionalidad, asumiendo la gestión de su tiempo laboral y personal, lo que conducirá a una mayor satisfacción profesional y una excelencia en la calidad de los cuidados ofrecidos a la población.

Pero también, es importante que el propio individuo asuma la responsabilidad compartida, erradicando la división por género, del trabajo doméstico, tan insertado aún en nuestra sociedad.

2.6.2 Familia:

La familia, es la agrupación humana más elemental que conecta a los individuos con la sociedad¹⁴³.

No obstante, y a pesar del cambio social que se ha producido en la asignación de roles en la pareja, todavía sigue arraigado culturalmente, el modelo “familista”, aquel, en el que la producción de bienestar y atención a las necesidades de sus hijos, de personas con discapacidad, o de edad avanzada, debe ser asumido por los propios miembros de la estructura familiar¹²².

Por ello, es importante prestar atención a la transformación de los modelos de familias^t, ya que la armonización entre la vida laboral y familiar está vinculado a la responsabilidad de las tareas del hogar¹²².

- 1) *Familia extensa*, el modelo tradicional caracterizado por la convivencia en el hogar de varias generaciones, ha dado paso, a un modelo de familia nuclear, con una reducción importante del número de hijos. En la década

^t El concepto estándar de familia ha dado paso a conceptos como “formas de vida familiar” o simplemente “formas de convivencia”, teniendo en cuenta que se han definido diferentes tipos de familia. Chinchilla N (2007), habla de tipos de parejas (establecidas, aliadas, adversarias y equilibradas) y Domínguez C (2001), propone la familia (igualitaria, transición en equilibrio, transición vulnerable y tradicional).

de los años 70 del siglo pasado, el 71% de las personas mayores, vivían con los hijos y otros familiares. En la primera década del siglo XXI, sólo un 16% viven en modelos de familia extensa, y el tema clave es que el cuidado principal de los hijos y personas dependientes, lo realiza una persona externa del núcleo familiar.

2) *Familia monoparental o unipersonal*, ya sea como consecuencia de la separación, divorcio, viudez o decisión del individuo de tener hijos al margen de la pareja convencional, lo que plantea la dificultad en el reparto de responsabilidades del hogar y la familia.¹⁸⁴

3) *Parejas de hecho heterosexuales y homosexuales (matrimonio)*, con un reparto de responsabilidades, en función del tipo de pareja, que según Chinchilla y Moragas¹³¹ pueden ser:

- parejas establecidas, donde cada uno trabaja en un área diferente (profesión o familia).
- parejas aliadas, los dos miembros de la pareja trabajan fuera de casa, pero no tienen grandes necesidades ni responsabilidades en el hogar.
- parejas adversarias, los dos miembros de la pareja ponen más énfasis en su actividad profesional y laboral, que en las responsabilidades del hogar, y las tareas familiares pueden generar conflicto.
- Parejas equilibradas, los dos miembros de la pareja trabajan fuera y dentro del hogar, con un reparto bastante equilibrado de responsabilidades.

4) *Unidad familiar estable*, donde se ha pasado de las uniones, a partir del matrimonio como la norma general, al principio de libertad en la convivencia de pareja, con separaciones y divorcios y la formación de nuevas parejas, repartiendo las responsabilidades de los hijos y personas dependientes, de forma desigual y en la mayoría de los casos, por acuerdos judiciales.

Algunos autores¹⁸⁵, plantean que la tendencia general en la mayoría de los países de nuestro entorno, es la diversificación creciente del número de hogares, estableciendo seis tipos, algunos de los cuales se han descrito anteriormente, como son: *unipersonales*, (compuestos por una única persona), *sin núcleo* (integrados por personas que no forman núcleo o que carecen de relaciones de conyugalidad y/o filiación) *monoparentales*, (formado por uno de los progenitores con uno o varios hijos), *nucleares* (con una pareja e hijos), *extensos* (en los que se incorpora al núcleo otras personas emparentadas o no) *múltiples* (formados por dos o más núcleos de convivencia)

2.6.3 Empresa

La negociación de los convenios colectivos y la organización empresarial, se plantea como una estrategia, que permita la introducción gradual de derechos sociales y de políticas orientadas a fomentar la CVPL, como condición vinculada a la igualdad de oportunidades entre géneros, y como una vía, para la mejora de la satisfacción laboral de los profesionales.

No obstante, cabe destacar, que existe una tendencia clara y preocupante a “feminizar” los derechos para la conciliación. Algunos autores¹⁸⁶ señalan, que esos patrones de feminización de la CVLP, se reproducen por igual en las diferentes comunidades autónomas.

En muchas ocasiones, para las direcciones de los centros asistenciales, la conciliación se limita, a los permisos de maternidad/paternidad y a la disponibilidad de tiempo para estudios u otras actividades de carácter personal, que se suelen gestionar de forma individualizada. Pero, hay que tener en cuenta, que las estrategias de conciliación, planteadas desde las direcciones, deben facilitar el desarrollo de la trayectoria vital y profesional de las enfermeras.

En muchos casos, la conciliación es más un tema de voluntad, creatividad y organización logística, que de recursos económicos y posiblemente la clave sea, la flexibilidad en los horarios.

2.6.4 Poderes públicos

Los poderes públicos, son los responsables de la adopción de medidas legislativas en el ámbito de la conciliación, así como de su aplicación y cumplimiento posterior, debiendo poner a disposición de los ciudadanos, los servicios sociales necesarios, para atender a la infancia y a las personas en situación de dependencia, como guarderías, centros de día, atención a domicilio, etc.; y al margen de las actividades normativas o administrativas, los poderes públicos, deben jugar un papel fundamental en la sensibilización social en materia de conciliación, como es, fomentar la corresponsabilidad en el reparto de tareas, entre hombres y mujeres.

2.7. MITOS O REALIDAD SOBRE LA CVPL

A pesar del debate generado en los últimos diez años, aún hoy no tenemos muy claro, cuáles son las estrategias que permitan mejorar la CVPL, con el consenso mayoritario de empleados y empleadores. Hay que tener en cuenta, que los profesionales de enfermería, ejercen una profesión de servicios a la sociedad, vinculada a la mejora de la calidad de vida de la población y al estado del bienestar, entendido éste, como la provisión de servicios por parte del Estado, asumiendo la responsabilidad del bienestar de sus ciudadanos.

Esta realidad, plantea ciertas incógnitas e incertidumbres, acerca de si las medidas propuestas para la mejor conciliación de las personas activas laboralmente, son extrapolables al colectivo de profesionales de la salud, siendo importante reflexionar, acerca de los mitos "posiblemente erróneos" que la población tienen con respecto a la CVPL, y ver con la mayor objetividad posible, algunas ideas, que pueden estar alejadas de la realidad.

Según diversos autores ^{187, 188, 189}, éste concepto ha ido adquiriendo importancia por varias razones, que son atribuidas erróneamente a la falta de conciliación y que merece la pena comentar :

- SE CONSIDERA QUE EN LA ACTUALIDAD, LA POBLACIÓN ACTIVA TIENE QUE TRABAJAR MÁS HORAS: Esta premisa parece no ser cierta en determinados sectores productivos, y según los datos de la OCDE (2008) y de la Encuesta de Población Activa (EPA)¹⁸², las horas de trabajo remunerado se han reducido en todos los países de Europa. Las parejas en España trabajan un 2% menos en el año 2006, respecto al año 1995.

No obstante, tiene mayor interés la flexibilidad y autonomía para hacer compatibles los horarios laborales, con el cuidado de los hijos pequeños y las personas dependientes, sin perjuicio de las perspectivas profesionales. Pero esta premisa, adquiere gran interés en los profesionales de enfermería, que a pesar de no incrementar el número de horas de trabajo cuantitativamente, sí se ha aumentado la presión asistencial, lo que dificulta la posibilidad de realizar una jornada laboral más flexible.

- EL TRABAJO REMUNERADO CADA VEZ ES MÁS INTENSO Y ESTRESANTE: Aspecto éste importante, en los profesionales de enfermería que desarrollan sus actividades en los CAPs. La socialización de la cartera de servicios^u de los EAP a la población, ha generado una mayor demanda de prestación de cuidados por parte de ésta, aumentando de forma progresiva la presión asistencial y la carga de trabajo, en los equipos asistenciales de los centros de salud.

El hecho de ser un proceso dinámico, participativo y abierto a las sociedades científicas de APS, implica una constante revisión de los procesos asistenciales, con la inclusión de nuevos servicios o la mejora de los ya existentes.

Sin embargo, algunos autores¹⁹⁰ afirman, que a muchos trabajadores les cuesta más, atender las exigencias familiares que las obligaciones laborales, lo que nos demuestra que el problema de la CVPL, está más relacionado con el equilibrio entre el binomio trabajo-familia, que con la intensidad de la propia actividad laboral.

^u La cartera de servicios, es el catálogo de las prestaciones relacionadas con actividades de promoción, prevención, curación, rehabilitación y seguimiento de los problemas de salud de la población.

- LAS TÉCNICAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC) AYUDAN A CVPL: La incorporación de las TICs¹⁹¹ en el entorno sanitario, suponen una herramienta clave para la mejora de la prestación de cuidados de salud a la comunidad, y nos brinda diferentes oportunidades, de satisfacer necesidades de asistencia, a cualquier hora del día.

Si bien es cierto, que la utilización de las Tic, puede agilizar el desarrollo de determinadas tareas (menos desplazamientos y trámites burocráticos), plantea algunas contradicciones, ya que puede perjudicar la vida personal por la sobrecarga de trabajo y por la disponibilidad permanente para atender las cuestiones relacionadas con la atención de las tareas familiares y domésticas, o bien, porque se difumina la frontera entre la esfera privada y laboral.

En un estudio realizado por la Universidad Complutense de Madrid, durante el bienio 2007-08, sobre la utilización de las TICs¹⁹², se concluyó que, para los hombres la conciliación a través de las TICs, es una cuestión de autodisciplina y saber poner límites a las actividades. Para las mujeres, el uso de las TICs eran consideradas contradictorias, ya que la flexibilidad en el tiempo y espacio del uso de las mismas, les conduce a una especie de esclavización.

- EL AUMENTO DEL EMPLEO FEMENINO ES LA CAUSA DE LA DISMINUCIÓN DE LA FECUNDIDAD: En el conjunto del estado español, es cierto que la incorporación de la mujer al trabajo remunerado, ha coincidido con la disminución de la tasa de fecundidad. Pero tal vez, la clave de este hecho sociodemográfico, está más relacionada con la atribución del doble rol a las mujeres y la falta de medidas laborales y sociales en la asunción de responsabilidades, que en el hecho en sí, de la incorporación de la mujer al trabajo remunerado.

Según Gutiérrez-Doménech¹⁹³, las mujeres, tanto las que trabajan como las que no, dedican mucho más tiempo al cuidado de los hijos que los hombres ocupados y no ocupados.

Otros autores,^{194, 195} han analizado el efecto de la ocupación de las madres y los padres, sobre el desarrollo cognitivo infantil en el Reino Unido y aún

concluyendo que puede tener efectos negativos, no existe un consenso entorno a los efectos que pueda tener en el desarrollo posterior y el rendimiento académico. Concluyen, que todo depende del tipo de cuidado que las madres que trabajan eligen para sus hijos.

- LA FALTA DE POLÍTICAS Y RECURSOS SOCIALES y ECONÓMICOS, INTERFIERE EN LA CVPL Y NO FACILITA EL AUMENTO DE LA FECUNDIDAD: Si bien es cierto, que las políticas familiares han estado poco desarrolladas en nuestro país y no se han potenciado medidas pronatalistas, no podemos atribuir la escasa natalidad, exclusivamente a la falta de políticas. En términos generales, no se tienen en cuenta las ayudas familiares y sí el tiempo disponible a la hora de la planificación familiar.

Las políticas pronatalistas que fomentaron las familias numerosas, surgieron en Europa tras la Primera Guerra Mundial y se asociaron a una ideología totalitaria y dictatorial, que penalizaba y condenaba el uso de medidas anticonceptivas.

En Francia, primer país donde bajó la natalidad y fecundidad, fueron las clases sociales privilegiadas, las primeras en reducir la natalidad y no las clases bajas, como preconizaba Malthus, las que redujeron el número de hijos por mujer, confirmando que las razones económicas, juegan un papel poco determinante en el incremento de la fecundidad y sí se puede atribuir, a cuestiones más relacionadas con la disponibilidad de tiempo¹⁹⁶.

En Cataluña, dentro de las políticas pronatalistas se han instaurado prestaciones y ayudas a las familias, con el objetivo de facilitar recursos económicos, que ayuden a las personas con hijos a conciliar mejor su vida laboral, familiar y social. (ver tabla 2.5.4)

Tabla 2.5.4: Políticas pronatalistas en Cataluña

BENEFICIARIOS	AYUDA
Familias residentes en Cataluña que tengan hijos nacidos entre 01/01/05 y el 31/12/08	638 € por cada hijo menor de 3 años
Familias numerosas o monoparentales residentes en Cataluña con hijos nacidos entre 01/01/02 y el 31/12/08	745 € por cada hijo menor de 6 años
Familias residentes en Cataluña por parto múltiple, adopción o acogimiento simultáneo de dos o más niños entre 01/01/08 y el 31/12/08	663 € por familia (2 niños) 1020 € por familia (3 niños) 1224 € por familia (4 y más)
Familias que no superan los ingresos de la renta básica con parto doble, acogimiento o adopción	Entre 2346 € y 3264 € por familia

Fuente: Generalitat de Catalunya.

Informació general sobre les prestacions i ajuts a les famílies (2008)

- LA ESCASA IMPLICACIÓN DE LOS HOMBRES EN LAS TAREAS DOMÉSTICAS: Si tenemos en cuenta el patrón clásico, de mayor asunción de responsabilidades familiares y domésticas por parte de la mujer, entenderemos la disminución de la tasa de fecundidad. También es cierto, que la tendencia actual de las parejas jóvenes, es la del reparto más equitativo de las responsabilidades del hogar, a pesar de que para las mujeres, es más difícil la consolidación de la carrera profesional y la crianza y cuidado de los hijos y de las personas dependientes¹³⁷.

- LAS EMPRESAS CONSIDERAN QUE ESTAN TOMANDO MEDIDAS PARA FACILITAR LA CVPL: Es cierto, que muchas empresas están adaptando sus políticas laborales, para facilitar a sus trabajadores una mejor CVPL, a partir de los diferentes "Planes Concilia", aprobados en cada una de las comunidades autónomas del territorio español.

Según el III Informe Randstad “Las políticas de Conciliación”¹⁹⁷, las empresas estudiadas, contemplaban alguna medida de CVPL y hacían referencia casi exclusiva, a la estructura de asignación de roles de familia tradicional, utilizando una terminología sexista, para referirse a la asunción de responsabilidades familiares. Tan sólo el 2,7% de los convenios analizados, contemplaban la flexibilidad horaria, como medida de conciliación.

- EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL, PUEDE DIFICULTAR LA CVPL: Las proyecciones demográficas, estiman un aumento de la longevidad en los países desarrollados, siendo la esperanza de vida en Cataluña de 83,8 años en las mujeres, y 77,3 en los hombres. La proyección de la población de España a corto plazo 2008-2018, se estima que la esperanza de vida en ese periodo, se incrementará en 2 años en los hombres y 1,5 años en las mujeres⁴⁷.

Si al mismo tiempo, se produce una disminución de la población productiva, por la reducción de la natalidad y por la crisis financiera, podría presentarse como una amenaza en la financiación del estado del bienestar.

No obstante, la mayor longevidad, no tiene porque ir asociada a una cuestión amenazante ni negativa para el estado del bienestar, sino que debe estar vinculada, a la mejora de la expectativa de vida libre de incapacidad. Cabe suponer, que una vida más longeva, activa y saludable, puede considerarse como un valor añadido en nuestra sociedad, facilitando a su vez, la mejor CVPL de las personas productivas y reproductivas.

Concluir, que algunas de estas reflexiones, nos pueden ayudar a clarificar aquellos prejuicios que tenemos establecidos “a priori” sobre la conciliación, sin una base objetiva, facilitando a su vez, la identificación de recursos y estrategias de mejora, de nuestro tiempo productivo y reproductivo.

✦ CAPÍTULO 3: LA SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO (ST)

*“La felicidad del cuerpo
se funda en la salud;
la del entendimiento
en el saber”*

Tales de Mileto

La satisfacción se considera como un constructo de carácter multidimensional y asociada a la calidad de vida en términos de condiciones objetivas y componentes subjetivos¹⁹⁸, siendo inevitable la relación satisfacción laboral y conducta o acción.

El análisis de la satisfacción en el trabajo (ST), como indicador del equilibrio entre trabajo y vida familiar, se entiende como el grado de bienestar percibido por el individuo, siendo un valor en alza en todas las organizaciones. Se incluye en cualquier evaluación de la calidad global de los servicios de salud, ya que la excelencia de los cuidados prestados a la población en los centros asistenciales, está vinculada en gran medida a la satisfacción de sus profesionales¹⁹⁹.

Según Peya²⁰⁰ y otros autores^{201,202}, es una de las variables de estudio más frecuentes, en investigaciones relativas a los fenómenos relacionados con las teorías organizativas y los puestos de trabajo en la profesión enfermera y otras. También, son muchos los estudios sobre ST y conductas de liderazgo y compromiso con la organización²⁰³, aunque pocos, plantean como variable de estudio la satisfacción, en relación con la conciliación de la vida personal y laboral en enfermería. Sin embargo, resulta paradójico, que a pesar del incremento de estudios de la satisfacción o insatisfacción en el trabajo, los avances conseguidos en la práctica, son poco significativos, ya que se detectan las posibles causas, pero posiblemente no se aplican las soluciones.

En la actualidad, también se considera que la satisfacción de los profesionales de enfermería está relacionada con las condiciones de trabajo, las relaciones, el

reconocimiento profesional, las expectativas, la autonomía laboral, la posibilidad de promoción, así como el liderazgo, las políticas de flexibilidad horaria y los protocolos organizativos, pudiendo desencadenar reacciones afectivas y cognitivas, que condicionarán la actitud de las enfermeras hacia el entorno laboral y familiar²⁰⁴.

3.1. TEORÍAS Y MODELOS DE APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO (ST)

El modelo tradicional de ST, se centra en las percepciones que una persona tiene respecto a su trabajo. Sin embargo, lo que produce satisfacción o insatisfacción no depende únicamente de la naturaleza del trabajo, pero sí de las expectativas que se cree que el trabajo puede proporcionar²⁰¹

A principios del siglo XX, Taylor asumió que la ST estaba totalmente relacionada con el salario recibido, (recompensa) y Haprock (años 30) consideró que la ST formaba parte de la satisfacción general con la vida y la relacionaba con la habilidad del individuo para adaptarse a nuevas situaciones. Sin embargo, Mayo (1945), aseguró que la interacción del individuo con el grupo era el determinante más importante de la ST²⁰⁵, lo que ponía de relieve que la satisfacción familiar podría considerarse como una variable predictora de ésta²⁰⁶.

A partir del interés creciente por el conocimiento de las influencias de la satisfacción, varios autores^{207, 208} mencionan a Herzberg y Mausner (1959) y su "Teoría Dual o De los Dos Factores", basada en la idea de que las personas tienen dos clases de necesidades: "las de Higiene o factores extrínsecos", relacionadas con las políticas de empresa, aspectos de supervisión, salario, relaciones interpersonales y condiciones del trabajo; y "las Motivadoras o factores intrínsecos", que tienen que ver con la posibilidad de desarrollo, autonomía, reconocimiento, asunción de responsabilidades, promoción y oportunidades.

Éstas, se concibieron como muy similares a la teoría de la jerarquización de las necesidades de Maslow (1954), establecidas en cinco niveles, que van desde las necesidades fisiológicas, de seguridad, de pertenencia y autoestima a las de autorrealización.

Posteriormente Lawler (1973), destaca la relación entre satisfacción, expectativas y recompensas y Locke (1976) se refiere a las *“Teorías de Procesos”*, (que incluye la teoría de la equidad y teoría de las expectativas), donde la satisfacción laboral la define como *“un estado emocional positivo y placentero resultante de la percepción subjetiva que tenga el individuo de su trabajo”*, a condición de que sus valores sean compatibles con sus necesidades o expectativas, y también postulan por la satisfacción por facetas, como un modelo “compensatorio”, de forma que un nivel elevado de satisfacción en una determinada faceta, pueda compensar deficiencias en otras facetas²⁰⁹.

Otros autores como Blum (1976) y Loitegui (1990) , definen la satisfacción como un constructo pluridimensional, que depende tanto de las características generales del individuo como de las especificidades del trabajo y la define como: *“una reacción afectiva general de una persona en relación a todos los aspectos del contexto laboral”*²⁰⁵.

En los diferentes estudios sobre satisfacción, siempre se ha planteado desde la percepción de lo que se recibe, y las aspiraciones que el individuo tiene, y la medida en que éstas se consiguen²⁰⁸. Por lo tanto, el planteamiento básico, se establece entre lo que se espera o desea y lo que se recibe.

Algunos autores^{210,211}, hacen referencia a la satisfacción como un estado emocional, sentimientos o respuestas afectivas y otros, opinan que va más allá de las respuestas afectivas o emocionales y las conciben como una actitud general ante el trabajo. En cambio Brooks y Anderson²¹², en un estudio sobre las enfermeras, son más críticos, y dicen que la ST es un constructo poco satisfactorio para evaluar las sensaciones acerca del trabajo de éstas, en cambio, hablan de que la calidad de vida de estas profesionales, está en relación con la

satisfacción que tienen respecto a sus necesidades personales y plantean la dimensión "*trabajo-casa*", como dimensiones de la vida de las enfermeras.

Es evidente, que los diferentes modelos de ST, se centran en todos los sentimientos que un individuo tiene acerca de su trabajo, sin embargo, ésta no depende sólo de la naturaleza del trabajo, pero sí de las expectativas que se plantee el individuo²¹³. De este modo, podemos enmarcar la ST, a partir de una actitud general, resultante de muchas actitudes específicas, relacionadas con diversos aspectos profesionales y personales²¹⁴; siendo ésta, la predisposición que el individuo tiene frente a un determinado estímulo favorable o desfavorable, pudiendo desencadenar un nivel de satisfacción determinado.

En general, todas estas aportaciones tienen que ver con dos componentes básicos, que son: el "*componente cognitivo*" y las percepciones de que el trabajo podrá satisfacer las necesidades personales, y el "*componente afectivo*" capaz de generar sentimientos y actitudes en el trabajo y su contexto²¹⁵. Pero ante la diversidad de teorías planteadas, se puede considerar que en ocasiones se pueden olvidar aspectos de la ST, que forman parte de las percepciones individuales importantes.

Siendo así, es necesario reconocer, que dadas las interrelaciones entre las distintas esferas de la vida, las circunstancias del entorno no laboral, en concreto las familiares, han sido integradas como variables explicativas en los modelos de satisfacción laboral, destacando, la importancia de invertir en calidad de vida laboral como herramienta decisiva, para mejorar las propuestas de conciliación²¹⁶.

Teniendo en cuenta, a su vez, que las múltiples aproximaciones teóricas y no siempre coincidentes, reflejan la multiplicidad de variables o dimensiones que pueden incidir en la satisfacción y el equilibrio entre las expectativas del individuo y la realidad laboral percibida por el mismo.

3.2. LA SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO (ST) Y LOS FACTORES LABORALES EN LA PROFESIÓN ENFERMERA

En el ámbito laboral, se han definido un gran número de factores susceptibles de provocar satisfacción o insatisfacción en el personal de enfermería, como son, entre otros: los organizacionales, los inherentes al puesto de trabajo y los personales, relacionados con el equilibrio entre la vida personal y laboral^{217,218}.

En un análisis presentado por Lu y otros autores²¹³, sobre ST entre las enfermeras, dice que a pesar de ser una variable de estudio frecuente en investigaciones sobre conducta organizacional, son necesarios más estudios que incorporen variables que incidan en la satisfacción, como los aspectos personales, profesionales y ambientales, para entender la importancia de la multiplicidad de factores que pueden influir en la satisfacción²¹⁹.

En un estudio multicéntrico, realizado en diferentes países²²⁰, muestra que el índice de insatisfacción laboral de las enfermeras, se sitúa entre el 17% de las alemanas, 36% de las inglesas, 33% de las canadienses y el 41% de las enfermeras en los Estados Unidos. En cambio, en otro estudio realizado con enfermeras americanas²²¹, nos dice que las variables demográficas tienen una gran influencia en las dimensiones de la ST, siendo a su vez, predictoras de la calidad de vida.

Sin embargo, en una amplia revisión de los estudios realizados con enfermeras comunitarias americanas²²², para analizar la ST de éstas, se manifestó la dificultad de sacar conclusiones globales, como consecuencia de las notables diferencias en la metodología, escenarios y características de la muestra. Añadían los autores, que las políticas de la organización, las condiciones de trabajo, el contacto con los pacientes y las relaciones con los compañeros, eran variables constantes en los diferentes estudios revisados, con una influencia directa con la satisfacción.

Una investigación con enfermeras de Escocia y Noruega²²³, concluyó, que la satisfacción estaba relacionada con la opinión que tenía la población de la calidad de los cuidados ofrecidos por estas profesionales, así como, la relación con sus compañeros. Aspecto éste, que se confirmó en otro estudio realizado con enfermeras mejicanas²²⁴, donde se consideraba que la variable satisfacción de las enfermeras y del usuario tenía una alta correlación.

Algunos autores como Andersen y Hjortdahl^{225,226}, establecen una relación positiva y lineal entre la satisfacción de los profesionales de enfermería, la calidad de los cuidados prestados y la utilización de los servicios de APS por parte de la población, considerando: *factores de necesidad*, a partir de la salud percibida por el paciente, acompañada de morbilidad objetiva, *factores predisponentes* como la edad, la cronicidad, etc. y *factores facilitadores*, como son las características de la organización y la implantación o no de programas preventivos.

En el ámbito de la APS en España, se presentó un estudio realizado en Madrid en el año 2000, para conocer entre otros, la ST percibida por los profesionales sanitarios²²⁷, obteniendo un nivel de satisfacción en Enfermería de 3,24 sobre 10, siendo la promoción profesional y la tensión laboral, los ítems peor valorados. Destacamos, que en ese lugar se realizó otro estudio posterior en el año 2003²²⁸, donde se medía la satisfacción global, como indicador de la calidad de vida, con un resultado mejor, para el conjunto de trabajadores de la APS, siendo de 6,15 sobre 10 en las enfermeras. Al mismo tiempo, los resultados de otro estudio realizado en nuestro país en el año 2004²²⁹, nos confirman que el nivel de satisfacción global de las enfermeras, es medio con un 3,9 sobre 7, siendo la retribución y la carga de trabajo, los ítems con menor valoración.

Por otro lado, algunos autores²³⁰ plantean la existencia de una relación significativa, entre la percepción de las demandas emocionales asociadas al rol familiar y la ST de los profesionales de atención primaria, considerando éstos, que existen diferencias notables en los resultados, según el centro, el equipo, tipo de organización y el ambiente laboral.

A la vista de estos estudios, se considera oportuno, comentar algunos de los factores que pueden condicionar un mayor o menor nivel de satisfacción en el ámbito profesional y personal, como son, los factores relacionados con la organización, el desgaste profesional, el estrés laboral, el déficit y abandono de la profesión. .

3.2.1 Clima organizacional

El clima organizacional y laboral^v, puede favorecer el buen funcionamiento del servicio asistencial, pudiendo actuar como catalizador en la ST de sus profesionales, ya que las personas se pueden considerar como el principal activo de cualquier organización²³¹.

Según Caballero²³², Hoppoch publicó ya en el año 1935 del siglo pasado, una monografía sobre el clima laboral y su impacto en la satisfacción de los profesionales, donde enfatizaba la multiplicidad de factores que influyen sobre las actitudes de éstos, incluyendo aspectos fisiológicos y psicológicos, a la vez que oportunidades de desarrollo, estatus y reconocimiento, en donde intentaba explicar qué necesidades o valores debían ser satisfechos por el individuo dentro de una organización.

En la actualidad, algunos autores^{233,234,235} proponen, que la relación entre ST y clima organizacional debería revisarse, sobre todo en profesiones de servicios sanitarios, ya que si ésta, es positiva, facilita el compromiso y la fidelización con la empresa, resultando beneficioso para ésta, con mayor efectividad, mejorando la calidad asistencial y la relación entre los miembros del equipo de salud.

Por otro lado, diferentes estudios^{236,237} evidencian, que algunas de las dimensiones más valoradas por los profesionales sanitarios, hacen referencia al

^v El clima laboral lo entendemos como el conjunto de atributos o características que definen objetivamente una organización y que la distinguen de otras organizaciones, son de permanencia relativa en el tiempo e influyen en la conducta de las personas que forman parte de ella.(Forehan GA, Gillmer B.1964).

apoyo y gestión directiva de los trabajadores de los centros de salud. También plantean, la personalidad del trabajador, como un elemento condicionante, lo que pone de manifiesto que la satisfacción de este colectivo, está estrechamente vinculada con el soporte de las direcciones de recursos humanos de los centros de salud, hacia las necesidades concretas de cada uno de sus profesionales.

Otros estudios realizados en el ámbito de la APS en España, nos ponen de manifiesto, cual es la percepción de las enfermeras respecto al apoyo de sus equipos directivos. Así vemos, que un estudio realizado en Asturias²³⁸, para conocer la percepción que tenían las enfermeras, del apoyo de la organización frente a sus necesidades laborales y personales, se constató que el grado de satisfacción percibida era, de 4,78 sobre diez. Los resultados de otro estudio realizado en Baleares²³⁹ fueron similares, con unos valores no demasiado elevados, con una percepción media de las enfermeras de 4,9 sobre diez.

Queremos destacar, que otros autores^{240,241}, proponen aumentar la autoestima laboral y el nivel de satisfacción de los profesionales sanitarios, implicándolos en la toma de decisiones del equipo asistencial, potenciando su participación en la gestión, la elaboración de objetivos, guías clínicas, contratos programas, etc.

Así pues, con estos referentes, resulta evidente que la actitud del personal directivo y de los responsables de Recursos Humanos de los centros de salud, hacia la mejora de la satisfacción de las enfermeras, será fundamental y es uno de los grandes retos a los que se enfrentan las direcciones de los centros asistenciales, siendo cada vez, más conscientes del alto valor del capital humano, como prestador de cuidados a la población²⁴².

3.2.2 Desgaste profesional en las enfermeras "burnout"

El síndrome de desgaste profesional, conocido también como "*Burnout o Síndrome del quemado*"²⁴³, fue descrito en 1974 por Freudenberger como: "*un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo*". Maslach en el año

1976 lo definió como: *“una respuesta inadecuada a un estrés laboral crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y/o psicológico”*. Este síndrome, parece afectar en mayor medida a las profesiones de ayuda, en las cuales se gestionan emociones intensas de enfermedad, dolor y/o sufrimiento, sobre todo a los profesionales de la salud²⁴⁴.

En el ámbito laboral, el *“burnout”* aparece por el estrés laboral continuo y por la ausencia de expectativas de superación del mismo. Se caracteriza por tres componentes: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal²⁴⁵, con manifestaciones tanto físicas como psíquicas, generando insatisfacción, absentismo y disminución de la calidad del trabajo, afectando tanto al trabajador como a la familia, al usuario y a la institución²⁴⁶.

Cuando una enfermera manifiesta que está *“quemada”*, refleja el hecho de que la situación laboral, familiar, o social le ha sobrepasado, agotando su capacidad de reacción y respuesta y es el precio que se paga por intentar satisfacer el rol profesional y el personal²⁴⁷. Hasta llegar al agotamiento emocional, la persona pasa por diferentes fases, desde la actitud de entusiasmo y altas expectativas, a la fase de estancamiento y frustración, pasando por la apatía o indiferencia hacia el trabajo, lo que repercute negativamente en la calidad asistencial²⁴⁸.

Diversos estudios^{249,250}, realizados en personal de enfermería de APS, nos confirman, la percepción de que el estrés está fuertemente asociado con el *“burnout”* y con efectos adversos para la salud y la satisfacción de las enfermeras. En un amplio análisis realizado por Blegen²⁵¹, para describir la relación entre la ST de las enfermeras americanas y las variables que más influían en ésta, los resultados revelaron, que el estrés era la variable que tenía una mayor correlación con la satisfacción, seguida del compromiso con la organización; destacando en el estudio, la complejidad de identificar la multiplicidad de variables que pueden influir en el estrés.

Otros estudios^{252,253} realizados en Europa, constataron un alto grado de agotamiento emocional y despersonalización con una correlación importante con

el conflicto de rol y la salud psicosomática de las enfermeras, y la influencia que el estrés puede tener en el rendimiento laboral, en la eficiencia organizacional y en los cuidados ofrecidos a los pacientes, con un coste añadido para el sistema de salud.

También, un estudio²⁵⁴ realizado para conocer la prevalencia de "burnout" en las enfermeras en España, se concluyó que el 28,8% de estas profesionales, tenían un alto grado de agotamiento emocional, el 32,2% un alto grado de despersonalización y el 92,8% tenían un grado moderado de falta de realización personal. En cuanto al bienestar psicológico, se evidenció además, que el 28,8% de la muestra, fueron consideradas como probable caso psiquiátrico, con un valor medio de despersonalización de 4,78 en un rango comprendido entre 0 y 24, por lo que debían ser sometidos a un estudio psiquiátrico más amplio, para determinar si era por estrés o enfermedad.

Según los autores de un reciente estudio²⁵⁵, realizado en personal sanitario hispanoamericano y español, para conocer la influencia de factores personales, profesionales y transnacionales, la prevalencia de "burnout" fue mayor en España y Argentina, que en el resto de países estudiados. Los autores, atribuyeron que las diferencias transnacionales, apoyan la influencia del contexto social en la génesis de este síndrome y añaden que las condiciones laborales y personales que podrían considerarse más "duras", pueden ser percibidas como menos estresantes, en los países con niveles de bienestar inferiores, dando mayor importancia al contexto macrosocial y familiar que al laboral.

3.2.3 Estrés laboral

El estrés laboral, se caracteriza por altos niveles de excitación y angustia, con la sensación de no poder enfrentarse a la situación, pudiendo afectar al ámbito de la productividad con una disminución de la ST y un aumento del absentismo laboral^{256,257,258}.

Las experiencias que pueden provocar situaciones de estrés en la profesión enfermera, son diversas: la brevedad en la duración de los contratos, la falta de un horario fijo, los turnos con semanas de 60h. y otras de 20h., la precariedad en el trabajo, la rotación de centros asistenciales, la falta de expectativas de promoción, la dificultad de obtener permisos de maternidad y paternidad por la inestabilidad contractual, la sobrecarga de trabajo, los recursos inadecuados y factores ambientales, junto a las características personales^{259,260,261}.

Según Casanovas²⁶², la precariedad laboral^w en Enfermería, se traduce en que la media de contratos laborales firmados en un mismo centro ha aumentado, de manera que el 44% de los profesionales ha firmado de 1 a 25 contratos, el 31% de 35 a 140 y el 25% de 150 a 420 contratos laborales en los últimos 4 años, lo cual representa, una reducción en la capacidad y autonomía en la planificación de la vida personal y familiar. También ha aumentado de forma significativa, el número de centros y servicios donde han trabajado, lo que demuestra un alto índice de rotación laboral.

También, el Consell Català de la Profesió Enfermera²⁶³ en un informe realizado en el año 2008, constató que la precariedad laboral, influía negativamente en las dinámicas de los equipos y añadía además, que tenía un impacto poco favorable en los resultados clínicos de los pacientes y sobre la continuidad de los procesos asistenciales. Al mismo tiempo, el informe concluía que la enfermera se sentía menos satisfecha con su actividad profesional, disminuyendo su calidad de vida²⁶⁴.

Esta realidad, demuestra, que a pesar de haberse incrementado el nº de los contratos fijos en el personal de enfermería, estos siguen siendo bajos, lo que refleja que la situación contractual de las enfermeras, obedece más a criterios económicos que a criterios de calidad, dificultando enormemente la formación y la integración en los equipos asistenciales, así como la planificación y gestión de su tiempo²⁶⁵.

^w La precariedad laboral se entiende como la situación de vulnerabilidad que tienen las personas como consecuencia de un acceso inseguro e inestable al trabajo.

Estos hechos, entran en contradicción con el discurso imperante de los gestores de nuestro sistema de salud, que van dirigidos a potenciar el desarrollo de una práctica asistencial, de colaboración entre los distintos profesionales y el trabajo en equipo, para ofrecer a los ciudadanos un servicio de calidad, basado en la continuidad de los cuidados y la eficiencia del sistema²⁶⁶. La intermitencia y la falta de estabilidad contractual, pueden ocasionar la pérdida de referente de la enfermera, y no facilita el seguimiento adecuado del paciente, con una optimización del tiempo y los recursos.

En un reciente estudio²⁶⁷, cuyo objetivo era explorar la influencia que la presión del tiempo podía tener en la toma de decisiones de las enfermeras, concluyeron que el tiempo limitado para decidir, reducía la capacidad de las enfermeras para detectar la necesidad de intervenir, incluso en aquellas con mayor experiencia, lo que influía negativamente en su nivel de satisfacción.

3.2.4 Abandono de la profesión y déficit de enfermeras

Las estadísticas nos revelan que las enfermeras de APS en Cataluña⁶, tienen una media de edad de 47 años, cifra similar al resto de países europeos. Este aspecto, es de gran interés en el análisis del abandono y la escasez de profesionales en los últimos años.

Esta realidad sociodemográfica de las enfermeras en nuestro país, coincide con los datos presentados en diferentes estudios a nivel internacional, siendo especialmente importante, el abandono de la profesión entre los grupos de mayor edad^{268,269}. En el análisis realizado por diferentes investigadores, en estudios recientes, concluyen que hay importantes lagunas en la literatura, en relación a los factores que influyen en la retención de las enfermeras en la APS, pero sí hay una coincidencia clara en todos ellos, y es que la satisfacción es un elemento clave^{270,271}, considerando que las enfermeras que están insatisfechas, tienen un 65% de probabilidad mayor, de abandonar el trabajo, que las que están satisfechas²⁷⁰.

Según Ballester²⁷², el déficit de enfermeras en los últimos años en Cataluña, no se produce de la misma forma que en el resto de comunidades autónomas, representando un 27% menos que la media europea²⁰. Éste autor, sugiere el análisis de los motivos de este déficit de profesionales, y añade a su vez, que esta situación se verá agravada por el paso actual de la titulación de enfermería de 3 a 4 años, con lo que durante un año no se titulará ninguna enfermera, es decir una promoción (1.800 enfermeras en Cataluña). No obstante, cabe destacar que durante ese periodo de transición, la finalización de los estudios de la diplomatura de enfermería será de forma gradual, ya que tendremos los alumnos repetidores. Según Esteve⁴⁸, faltarían en los próximos años en Cataluña 15.000 enfermeras, un 35% más de las existentes en la actualidad.

También, existen coincidencias en los diferentes estudios realizados a nivel internacional en Australia²⁷³, Canadá^{274,275}, EEUU^{276,277,278,279}, Jordania²⁸⁰, Irán²⁸¹, en relación a los factores que pueden influir en la ST, considerando la flexibilidad en el horario de trabajo, la falta de políticas organizativas y el reconocimiento profesional, como la clave en la decisión de abandonar el trabajo como consecuencia de la falta de satisfacción.

Según un estudio de casos de abandono de la profesión, hecho en 11 países europeos, sobre unas 40.000 enfermeras, se puso de manifiesto la relación evidente entre la ST y la intención de abandonar la profesión, cuanto menor era la satisfacción, mayor era la intención de abandonar la profesión. Concluyeron, que los motivos principales estaban relacionados con unas condiciones laborales deficientes, y abandonan el trabajo, para encontrar otro que les ofrezca un mejor horario laboral, mayor remuneración, más seguridad que en el entorno del sector de salud, o que les permita cuidar de su casa y familia^{282,283}.

Otros estudios realizados en Irlanda²⁸², Reino Unido^{284,285} y Francia²⁸⁶, pusieron de manifiesto la necesidad de ofrecer unos horarios laborales flexibles, considerando que la falta de políticas de CVPL, incidía en el nivel de satisfacción, ya que las enfermeras que realizaban jornada partida, no tenían las mismas oportunidades de formación y promoción profesional, que el resto de sus

compañeras, estableciendo diferencias entre las enfermeras recién graduadas y las de mayor edad, siendo mayor el abandono profesional, en éstas últimas.

3.3. LA SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO Y LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL Y LABORAL (CVPL).

En el capítulo 2.3, se han descrito los diferentes estudios que analizan la CVPL en general, y en las enfermeras en particular, pero a continuación, se comentarán algunas investigaciones, que hacen referencia explícita, a la conciliación como uno de los factores, que pueden incidir en la satisfacción de las enfermeras.

En el ámbito internacional, tenemos algunos estudios, que nos dan a conocer la influencia negativa, que la falta de CVPL puede tener en la salud, física, mental, y la satisfacción de las enfermeras, destacando que las demandas excesivas en uno de los dos roles (familiar-laboral), puede influir en las experiencias del otro rol, disminuyendo sus capacidades y la ST^{89,287}. Según algunos autores^{288,289}, cuando el trabajo interfiere en la familia, la satisfacción es baja, sin embargo, no se han encontrado diferencias significativas, con respecto a la satisfacción, cuando es la familia la que interfiere en el trabajo.

De nuevo, se plantea la dificultad de establecer el equilibrio alcanzado en uno de los roles, y su repercusión en la satisfacción, ya que generalmente, se está más satisfecho con un rol que con otro, influyendo aspectos de personalidad, culturales¹⁶⁶ y de apoyo familiar, lo que se postula como el modelo de satisfacción por facetas, descrito con anterioridad²⁰⁹.

A nivel europeo, el análisis de los resultados, nos confirman las mismas conclusiones, estableciendo igual correlación entre la CVPL y la ST. A pesar, de que la conciliación no se considera como la principal causa, sí tiene una notable relación con la satisfacción^{159,290}, destacando que, cuando las oportunidades de recuperación de la actividad laboral son inadecuadas, por las altas demandas en

el ámbito no laboral, el sistema psicobiológico se altera, y existen dificultades para relajarse y sentirse satisfecho²⁹¹.

En un reciente estudio realizado en España²⁹², se hace énfasis en la importancia de desvincularse psicológicamente del trabajo, para poder hacer frente a las necesidades familiares, a partir de actividades deportivas, de relajación o de ocio. Añaden los autores, la necesidad de que las enfermeras desarrollen competencias emocionales, que les permita expresar verbalmente sus emociones, como estrategia de afrontamiento y sugieren que el conflicto familia trabajo, puede verse aliviado a partir de la expresión de éstas. También, otro estudio realizado por Vela¹⁵³, nos dice que el nivel medio de satisfacción global que tienen las enfermeras con la CVPL, es medio bajo con un 2,49 sobre cinco.

Por último, destacar que las consecuencias de la falta de conciliación son visibles también, en las consultas de enfermería de APS, ya que con mayor frecuencia, los profesionales se encuentran con dificultades, para poder realizar actividades preventivas, por falta de disponibilidad de horarios adecuados, por parte de la población, aumentando de forma considerable los problemas de salud²⁹³.

Con esta realidad, parece evidente que el estudio de la CVPL, como uno de los indicadores de la ST, de las enfermeras que desarrollan su actividad en el ámbito de la APS, nos permitirá avanzar en la búsqueda de propuestas concretas que faciliten el equilibrio de las obligaciones laborales y las responsabilidades familiares, a partir de la responsabilidad y el compromiso de todos los actores implicados.

✦ OBJETIVOS E HIPÓTESIS

✓ **OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS**

El **objetivo general** de esta tesis, es determinar la influencia que la Conciliación de la Vida Personal y Laboral (CVPL), puede tener en la Satisfacción en el Trabajo (ST), de una muestra de profesionales de enfermería de Atención Primaria de Salud (APS) (ver fig.4.1).

Este objetivo general se concreta en los siguientes **objetivos específicos**:

- ✓ Describir y analizar las características sociodemográficas de la muestra
- ✓ Describir y analizar las características psicométricas del cuestionario para medir el constructo de Conciliación de la Vida Personal y Laboral (CVPL), y de la Satisfacción en el Trabajo (ST).
- ✓ Estudiar las relaciones entre ambos constructos y entre las diferentes dimensiones que componen cada uno de ellos.
- ✓ Finalmente, establecer un modelo que nos permita predecir el nivel de satisfacción en el trabajo de los profesionales de enfermería a partir de la Conciliación de la Vida Personal y Laboral (CVPL).

✓ **HIPÓTESIS**

Las hipótesis que se plantean son las siguientes:

1. Que el modelo de análisis propuesto, se ajuste a los datos de la muestra del colectivo de enfermeras de APS estudiado. Destacar que se ha definido la Conciliación de la Vida Personal y Laboral (CVPL) como un constructo con 4 dimensiones o factores en las que se consideran tanto la dirección de la interacción (trabajo-familia o familia-trabajo), como las características de la misma (positiva o negativa). Y la Satisfacción en el Trabajo (ST), se ha definido como un constructo de 9 dimensiones.

2. Se espera encontrar que, a mayor interacción negativa, trabajo-familia, y familia-trabajo, le corresponden niveles bajos de satisfacción global en el trabajo, y a mayor interacción positiva, trabajo-familia y viceversa, le corresponden niveles altos de satisfacción global en el trabajo de las enfermeras de APS de la muestra.
3. Se espera obtener que, la Conciliación de la Vida Personal y Laboral (CVPL), tenga una influencia positiva y significativa sobre la Satisfacción en el Trabajo (ST) en general, y sobre cada uno de sus componentes o dimensiones en particular, en los profesionales de enfermería de APS. Hay que tener en cuenta que, junto con otras variables personales, grupales y de las organizaciones, se puede explicar en gran medida la Satisfacción en el Trabajo (ST).

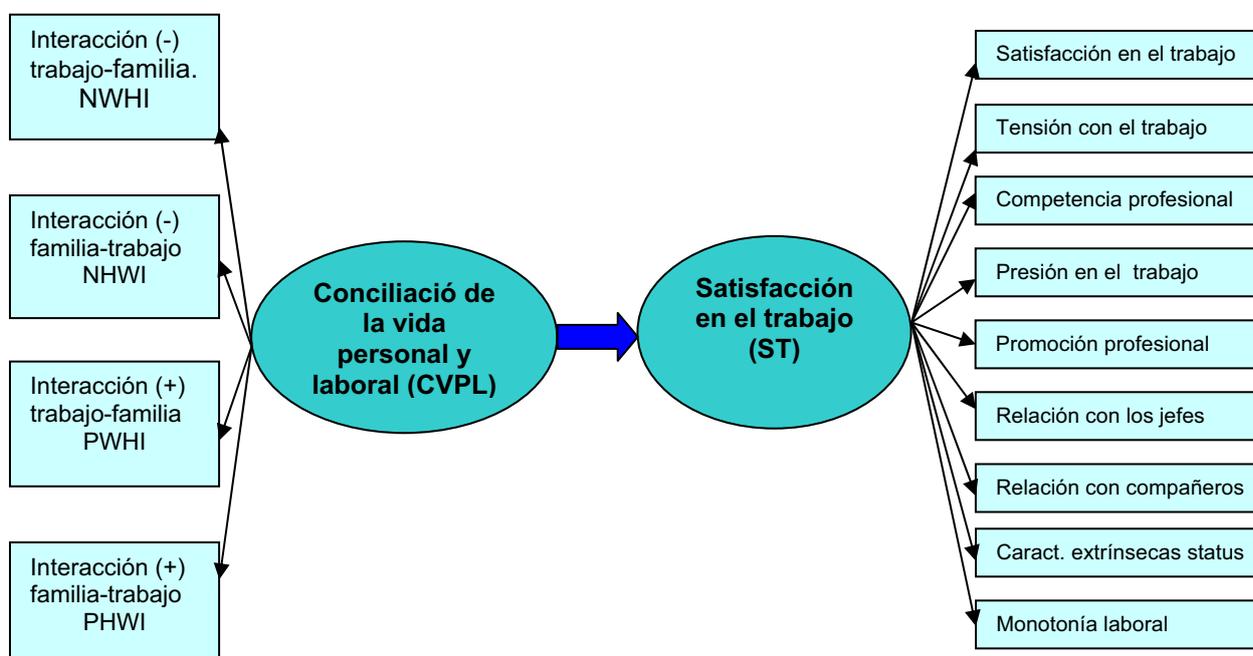


Fig.4.1 Modelo de análisis de la influencia de la CVPL en la ST

SEGUNDA PARTE: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN



✚ CAPÍTULO 4: MATERIAL Y MÉTODOS

*“Leer sin pensar
nos hace una mente desordenada.
Pensar sin leer
nos hace desequilibrados”
Confucio*

El punto de partida de un proceso de investigación, es el planteamiento de una incertidumbre o inquietud, que va tomando forma a partir de la planificación del estudio, obtención de los datos, del análisis de la información y de la comunicación de los resultados^{294,295}. En este capítulo, se definirá el proceso de la investigación, a partir del tipo de estudio, del ámbito de realización, de las características de selección de la muestra, del instrumento utilizado y de la definición operativa de las variables. El presente estudio, se ha planteado desde un enfoque cuantitativo, a partir de la contrastación de las hipótesis descritas y de la recogida de datos numéricos, susceptibles de análisis estadístico.

4.1. PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN

Se trata de un estudio analítico transversal. Se ha trabajado con una muestra definitiva de 276 enfermeras de APS, para un nivel de confianza del 95% y máxima indeterminación ($p=q=0,5$). El margen de error de los resultados, se sitúa en un valor de 6,019%, que se ve notablemente reducido, si tenemos en cuenta el carácter finito y limitado de la población.

La selección de las enfermeras, candidatas a pasarles el cuestionario, se hizo mediante un muestreo no probabilístico de conveniencia, ya que el estudio se realizó en los Centros de Atención Primaria (CAP), de los siguientes Servicios de Atención Primaria (SAP): Baix Llobregat Norte, Centro y Litoral, Hospitalet de Llobregat, Esquerra de l'eixample, Barcelona ciudad, Barcelonés norte y Maresme y Terrasa ciutat de la provincia de Barcelona, donde los alumnos de la EUE de la UB, realizan su periodo de prácticas en el marco del Prácticum Comunitario.

Se realizó una prueba piloto a 32 enfermeras, para identificar posibles errores en el planteamiento del cuestionario. Se modificó un ítem de las variables sociodemográficas, y posteriormente se hizo la distribución y recogida del cuestionario.

El proceso realizado para la distribución del mismo, fue el siguiente:

- *En una primera fase*, se contactó con las/os directoras/es de los ámbitos territoriales, para explicarles el objetivo de la investigación, y para solicitar su autorización, para pasar el cuestionario a las enfermeras asistenciales.
- *En una segunda fase*, se contactó con las/los coordinadores de procesos de los "Serveis d'Atenció Primària" (SAP) vía telefónica, y por correo electrónico, enviándoles previamente una carta explicativa del proyecto, y el cuestionario que se pretendía pasar a las enfermeras.
- *En una tercera fase*, se contactó con las profesoras asociadas de la EUE de la UB, que trabajan en los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPs) seleccionados para llevar a cabo este estudio, y se les hizo llegar personalmente, y por correo postal, los cuestionarios durante la primera quincena del mes de Junio del 2009, para su distribución a las enfermeras que trabajaban en su CAP. A los 30 días de la entrega del cuestionario, se hizo un recordatorio por teléfono y por correo electrónico, a las profesoras asociadas responsables de distribuir y recoger las encuestas.
- Por último, y *en una cuarta fase*, se recogieron personalmente, durante el mes de Septiembre del 2009, todas las encuestas que habían sido contestadas, para proceder a su análisis posterior.

Se entregaron un total de 400 cuestionarios, de los que finalmente se recogieron un total de 286, de los cuales 10 fueron rechazados por estar duplicadas las respuestas de algunos de los ítems, o por estar incompleta la cumplimentación de algunos de éstos, obteniendo un total de **276 cuestionarios**, lo que representa una tasa de respuesta del 71,5 %, considerando que es una muestra adecuada²⁹⁷.

Los criterios de *inclusión* de la muestra, fueron las enfermeras de APS que trabajan en los CAPs, donde los alumnos de 3er. curso de la EUE de la UB realizan el Prácticum Comunitario.

Los criterios de *exclusión* de la muestra, fueron las enfermeras con menos de un año de contrato laboral en el ámbito de la APS y las enfermeras en periodo de prácticas (Programas de Intercambio Nacional e Internacional y estudiantes de Postgrado en periodo de prácticas).

4.2. INSTRUMENTO DE MEDIDA y DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

El instrumento de medida, que se ha utilizado para la recogida de la información, ha sido un cuestionario de administración directa, estructurado y diseñado en tres partes claramente diferenciadas:

- Para medir la variable Conciliación de la Vida Personal y Laboral (CVPL), se han utilizado 20 ítems.
- Para medir la variable Satisfacción en el Trabajo (ST), se han utilizado 23 ítems.
- Por último, para medir las variables Sociodemográficas, se han utilizado 10 preguntas abiertas. El cuestionario tiene un total de 53 ítems.

A continuación, se define las características del cuestionario utilizado para cada una de las variables definidas:

✦ Conciliación de la Vida Personal y Laboral (CVPL)

Para medir el constructo Conciliación de la Vida Personal y Laboral (CVPL), se ha utilizado el cuestionario “**Survey Work Interaction Nijmegen**”, conocido como **SWING**, desarrollado en la Universidad holandesa de la ciudad de Nijmegen (2005).

El cuestionario diferencia entre la “*dirección*” de la influencia de la vida laboral en la vida personal y viceversa y las “*características*” de la influencia (positiva o negativa). A partir de este planteamiento, nos encontramos con 4 dimensiones de la CVPL (ver tabla 4.2.1).

La valoración de los ítems es:

1:nunca, 2:muy pocas veces, 3:algunas veces, 4:bastantes veces, 5:siempre, para los ítems que miden la influencia negativa, y viceversa para los ítems que miden la influencia positiva.

Tabla.4.2.1 Dimensiones de la variable CVPL

DIRECCIÓN DE LA INTERACCIÓN DE LA VARIABLE CVPL	Tipo	ÍTEMS
Interacción trabajo-familia <i>Negative Work Home interaction (NWHI)</i>	Negativa	1 al 5
Interacción familia-trabajo <i>Negative Home Work interaction (NHWI)</i>	Negativa	6 al 10
Interacción trabajo-familia <i>Positive Work Home interaction (PWHI)</i>	Positiva	11 al 15
Interacción familia-trabajo <i>Positive Home Work interaction (PHWI)</i>	Positiva	16 al 20

Fuente: Elaboración propia

Los autores del cuestionario SWING⁸⁸, después de varias secuencias en el proceso de selección de los ítems definitivos del cuestionario, y habiendo partido de 187 enunciados, obtenidos de 17 instrumentos diversos para medir la CVPL, llegaron a una primera versión del citado cuestionario, que constaba de 27 ítems distribuidos en: 9 ítems para la dimensión NWHI, 6 ítems para la dimensión NHWI, 6 ítems para la dimensión PWHI, y 6 ítems para la dimensión PHWI.

Posteriormente, se llevó a cabo un proceso de cribado de ítems, hasta llegar a la versión que hemos utilizado en nuestro trabajo, y que consta de un total de 20

ítems, es decir de 5 ítems para cada una de las 4 dimensiones de la CVPL. En este proceso, se han ido eliminando aquellos ítems que se solapaban con otros de la misma dimensión, o que tenían cargas factoriales muy bajas en sus respectivas dimensiones.

La fiabilidad del cuestionario, se obtuvo a través de la constatación de la estructura de 4 dimensiones en 5 subgrupos diferentes, y que permaneció invariante en los mismos, en tanto que, la validez del cuestionario, se obtuvo a partir de una muestra de N = 2472 individuos, pertenecientes a 5 grupos diferentes, y viendo la relación de los resultados del mismo, con variables externas (teóricamente relevantes), tales como características del trabajo, características del hogar e indicadores de salud y bienestar.

El cuestionario en su versión original está en inglés, por lo que se ha procedido a su traducción al castellano, siguiendo el proceso de traducción directa e inversa, recomendada en la literatura especializada, sobre adaptación de tests y escalas^{296, 297, 298}. La primera fase del proceso, consistió en la traducción de la escala al castellano, y posteriormente se realizó un grupo de discusión, para analizar y revisar la reformulación de algunos de los ítems.

✦ Satisfacción en el Trabajo (ST)

Como instrumento de medición de la Satisfacción en el Trabajo (ST), se ha utilizado el cuestionario Font Roja (2007)²⁹⁹, adaptado para la atención primaria³⁰⁰, de otro instrumento utilizado en el Tecumseh Community Health Study de la Universidad de Michigan en EEUU³⁰¹, que consta de 23 ítems agrupados en 9 factores, y que permiten explorar, todas las dimensiones que intervienen en la ST de los profesionales de enfermería.

El Factor 1: “*Satisfacción en el Trabajo*”, contiene aquellos ítems que hacen referencia al interés que tiene el profesional por el trabajo que realiza, y la satisfacción que le produce.

El Factor 2: “*Tensión relacionada con el trabajo*”, se refiere a la sensación de cansancio y a la alteración del estado de ánimo y la salud.

El Factor 3: "*Competencia profesional*", se refiere a la capacidad profesional y a la percepción de estar plenamente capacitado, para el desarrollo de sus competencias profesionales.

El Factor 4: "*Presión en el trabajo*", incluye aquellos ítems, que miden la relación tiempo disponible y carga de trabajo.

El Factor 5: "*Promoción profesional*", se refiere a la capacidad de aprender cosas nuevas, al reconocimiento y a las posibilidades de promoción.

El Factor 6 y 7: "*Relación interpersonal con los jefes y con los compañeros*", incluye aquellos ítems, que hacen referencia a las relaciones personales y profesionales con el equipo asistencial.

El Factor 8: "*Características extrínsecas de estatus*", se refiere al grado de autonomía, para realizar el trabajo y el sueldo percibido.

El Factor 9: "*Monotonía laboral*", se refiere a la sensación que tiene el profesional, de que su trabajo no varía de un día para otro.

Cada uno de estos ítems, fue valorado a partir de una escala tipo Likert de 1 a 5, en el sentido de menor a mayor grado de satisfacción en el trabajo, donde un valor de 1 significa poca satisfacción, y un valor de 5 mucha satisfacción (ver tabla 4.2.2)

Se ha tenido en cuenta, la transformación de las puntuaciones para los Ítems redactados en términos inversos, que son los siguientes:

4 – 5 – 6 – 11 – 12 – 13 – 14 – 15 – 16 y 18

Tabla. 4.2.2 Dimensiones de la variable ST

DIMENSIONES	ÍTEMS
1. Satisfacción en el trabajo	6 – 9 – 10 – 15
2. Tensión relacionada con el trabajo	2 – 3 – 4 – 5
3. Competencia profesional	21 – 22 – 23
4. Presión en el trabajo	17 – 19
5. Promoción profesional	8 – 11 – 16
6. Relación interpersonal con los jefes	12 – 18
7. Relación interpersonal con los compañeros	13
8. Características extrínsecas de estatus	7 – 14
9. Monotonía laboral	1 – 20

Fuente: Elaboración propia

4.3. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO Y ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Con las respuestas dadas por los 276 individuos de la muestra, se llevó a cabo la edición de la base de datos, y el posterior análisis de los mismos, de acuerdo con la siguiente secuencia, utilizando la versión 17.0 del programa SPSS:

- ✓ En primer lugar, se generaron los valores correspondientes a las 4 dimensiones del constructo Conciliación de la Vida Personal y Laboral (CVPL), promediando el valor de los 5 Ítems correspondientes a cada dimensión, así como el promedio de los 20 ítems de la escala. En relación al constructo Satisfacción en el Trabajo (ST), se promediaron igualmente, el valor de los Ítems de cada una de las 9 dimensiones, así como, el promedio de los 23 ítems de la escala.
- ✓ A continuación, se llevó a cabo un estudio descriptivo de toda la información contenida en la base de datos, a través de los diversos índices

de tendencia central y dispersión para ítems, dimensiones y variables de clasificación si procede, con sus correspondientes representaciones gráficas.

- ✓ Para contrastar la primera hipótesis, se utilizó un Análisis Factorial Exploratorio, Método de Componentes Principales, Rotación VARIMAX.
- ✓ Para la segunda de las hipótesis, se utilizó el Coeficiente de Correlación de Pearson, previo estudio del cumplimiento de las condiciones de aplicación.
- ✓ Finalmente, para la tercera y última de las hipótesis se utilizó la Regresión Múltiple, procedimiento "Stepwise" o por pasos.
- ✓ Acabamos con algunos análisis descriptivos, de las variables de clasificación.

✦ CAPÍTULO 5: RESULTADOS

“La ciencia es como la tierra, sólo se puede poseer un poco de ella”.

Voltaire

En este capítulo, se presentan los resultados obtenidos, de acuerdo con los objetivos planteados en la tesis. En primer lugar, se describen las características sociodemográficas de la muestra, situación familiar y laboral y tipo de actividad profesional. A continuación, se presentan los datos descriptivos de las dos variables, el análisis psicométrico de ambos constructos, las relaciones entre las variables y el modelo de regresión o predicción de la influencia de la CVPL en la ST.

5.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Las características sociodemográficas que se describen, hacen referencia al género, edad, situación familiar y laboral y tipo de actividad profesional, de las enfermeras de APS que han formado parte del estudio

5.1.1 Género y edad

Un total de 241 enfermeras, corresponden al género femenino (87,3%) y 35 al género masculino (12,7%), (ver fig.5.1.1).

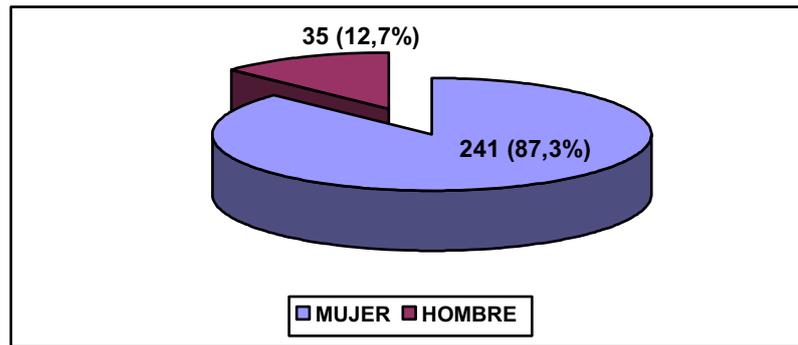


Fig. 5.1.1 Género de las enfermeras de APS

La media de edad de las enfermeras de APS estudiadas, es de 42,76 años, con una desviación estándar de 10,84. Destacar que los mayores picos de edad se concentran entre los 30-35 años, con 55 enfermeras (20%) en esta franja de edad. Entre los 50-55 años, tenemos 49 enfermeras (18%). Entre los 40 y 45 años nos encontramos con el menor número, con un total de 25 enfermeras (9%) del total de la muestra. Y por último, entre los 60 y 70 años tenemos a 11 enfermeras (0,4%) del total de la muestra estudiada. (ver fig. 5.1.2).

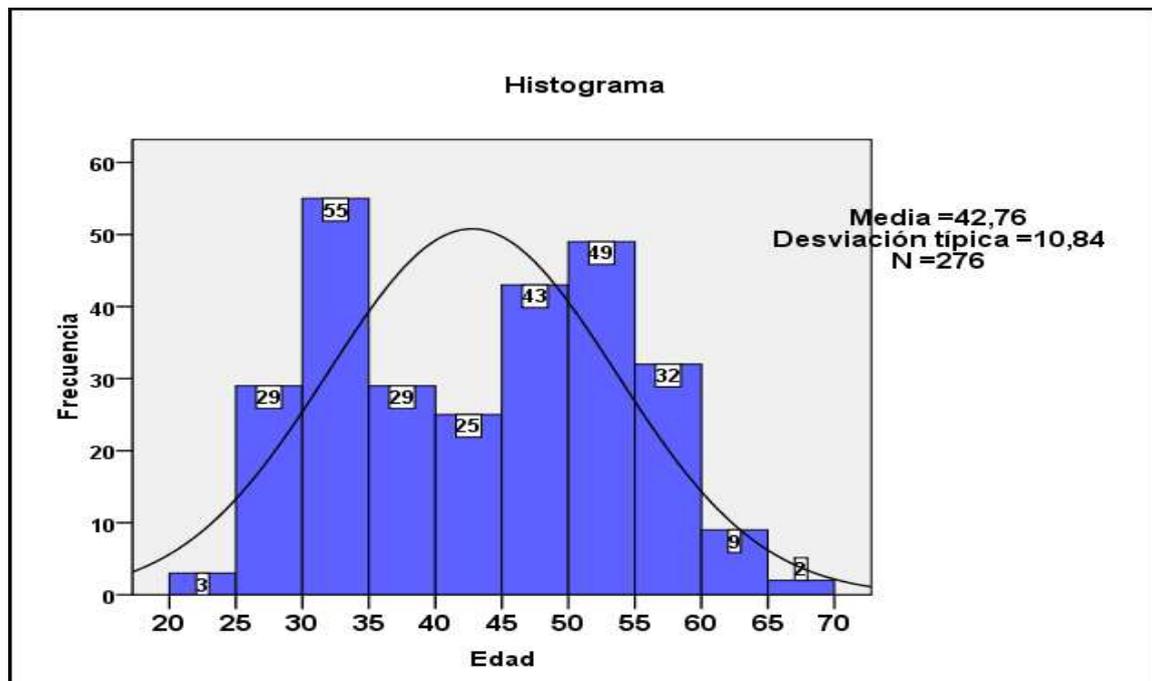


Fig. 5.1.2 Edad de las enfermeras de APS

5.1.2 Situación familiar

De las enfermeras de APS encuestadas, 191 de ellas viven en pareja, (69,2%), 38 enfermeras (13,8%) viven solas, 44 enfermeras (15,9%) de la muestra viven con los padres, hermanos o amigos, y 3 enfermeras no respondieron a este ítem, (ver fig.5.1.3).

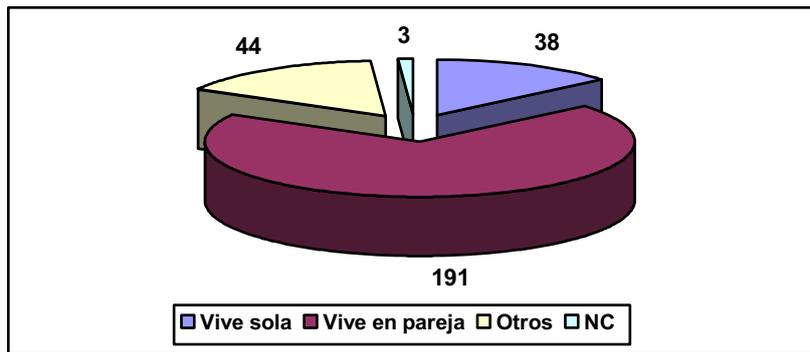


Fig.5.1.3 Situación familiar de las enfermeras de APS

5.1.3 Hijos que conviven en el mismo domicilio

En relación al número de hijos que conviven en el mismo domicilio, con las enfermeras encuestadas, éstos se han analizado por grupos de edad, considerando el nivel de dependencia en el caso de discapacidad. De acuerdo con este criterio, los resultados obtenidos nos muestran que, 125 enfermeras (45,3%) no tienen ningún hijo, 68 (24,6%) tienen un 1 hijo; 69 (25%) tienen 2 hijos; 12 (4,3%) tienen 3 hijos, 1 enfermera tiene 4 hijos, y 1 enfermera tiene 6 hijos, representando el (0,4%) respectivamente del total de la muestra. (ver fig. 5.1.4)

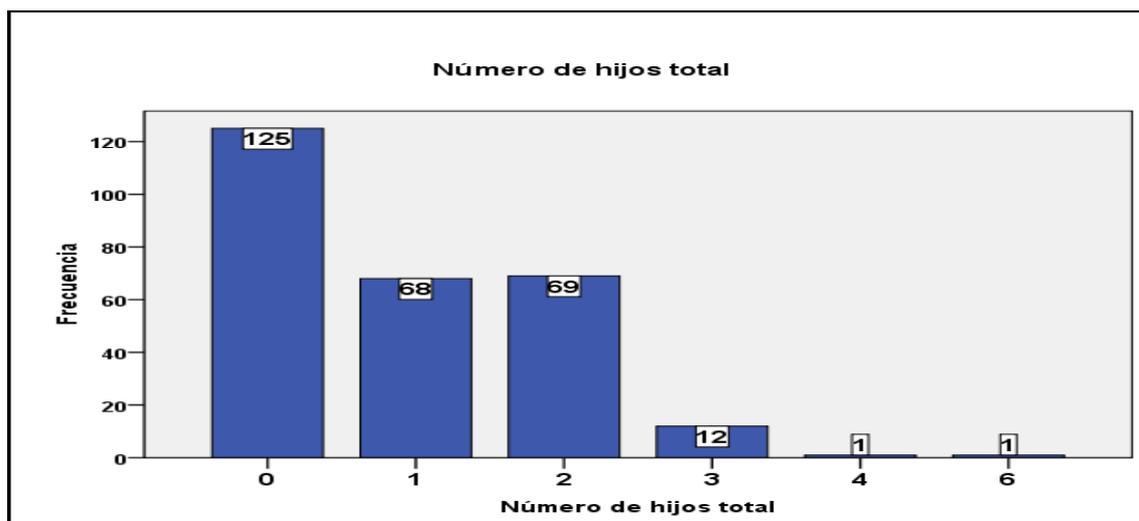


Fig. 5.1.4 Número de hijos totales que conviven en el domicilio familiar

Por lo que respecta al **número de hijos menores de 5 años**, 236 enfermeras (85,5%) no tienen hijos menores de 5 años, 30 enfermeras (10,9%) tienen 1 hijo menor de 5 años y 10 enfermeras (3,6%) tienen 2 hijos menores de 5 años, (ver fig 5.1.5).

Entre 5 y 16 años, 220 enfermeras (79,7%) no tienen ningún hijo en esa franja de edad, 33 (12%) tienen 1 hijo, 19 (6,9%) tienen 2 hijos, 3 (1,1%) tienen 3 hijos y 1 enfermera (0,4%) tiene 5 hijos en esa franja de edad, destacando que los hijos pueden ser propios o de la pareja que conviven en el mismo hogar. (ver fig. 5.1.5).

Respecto al número de hijos **mayores de 16 años**, que conviven en el mismo núcleo familiar, tenemos que 200 enfermeras (72,5%) no tienen ningún hijo en esa franja de edad, 43 (15,6%) tienen 1 hijo, 28 (10,1%) tienen 2 hijos, 4 (1,4%) tienen 3 hijos y 1 enfermera (0,4%), tiene 4 hijos. (ver fig. 5.1.5)

En relación al número de hijos discapacitados, hay 2 enfermeras que tienen 1 hijo discapacitado cada una.

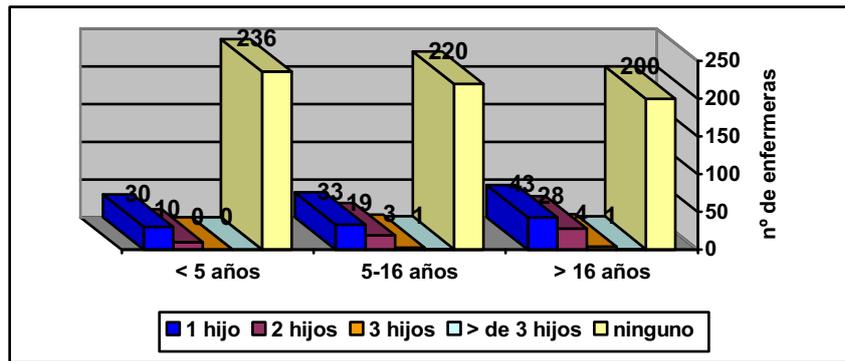


Fig. 5.1.5 Número de enfermeras según el nº de hijos por edades

5.1.4 Familiares

Al analizar el número de familiares, cuya responsabilidad recae en las enfermeras, se ha tenido en cuenta, si viven en el mismo domicilio, o si están institucionalizados, y si son autónomos o dependientes, sin entrar a valorar el grado de dependencia. En relación al **número de familiares autónomos** que viven en el mismo domicilio, encontramos 30 enfermeras con 1 familiar , 21 con 2 familiares, 10 con 3 familiares, 6 con 4 familiares, 2 con 5 familiares y una enfermera con 6 familiares como padres y tíos. (ver fig 5.1.6)

Respecto al **número de familiares dependientes**, que viven en el mismo domicilio, encontramos 25 enfermeras que tienen la responsabilidad de 1 familiar, y 7 enfermeras que tienen 2 familiares dependientes. (ver fig 5.1.6)

En relación al número de **familiares institucionalizados autónomos y dependientes**, tenemos 2 enfermeras con 1 familiar autónomo y 4 enfermeras con 1 familiar dependiente. (ver fig 5.1.6)

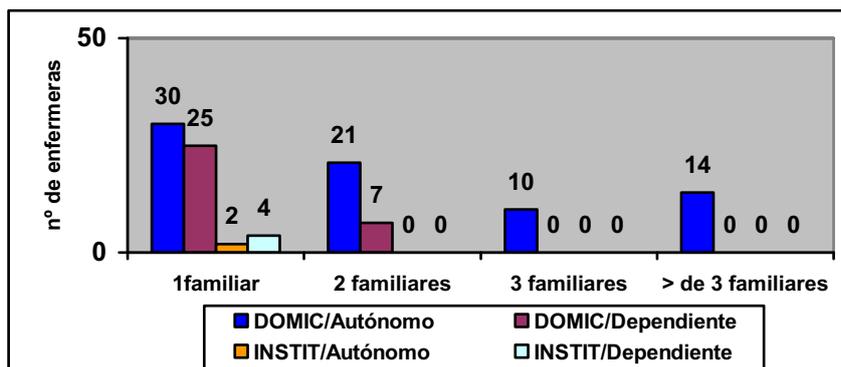


Fig.5.1.6 Número de familiares autónomos y/o dependientes

Si consideramos el número total de personas dependientes, ya sean hijos menores de 5 años, discapacitados u otros familiares, tenemos un total de 78 enfermeras (28,26%), que tienen responsabilidades del cuidado y atención de estos, ya sea en el propio domicilio o en la institución que estén ingresados.

5.1.5 Situación laboral de la pareja

En relación a la actividad laboral de la pareja de las enfermeras de la muestra, nos encontramos que: (ver fig. 5.1.7)

- la pareja de 166 de las enfermeras (60% del total), trabaja fuera de casa,
- la pareja de 16 enfermeras (6% del total), está en paro,
- la pareja de 7 enfermeras (2,5% del total), se dedican a las responsabilidades familiares y no tienen actividad remunerada fuera del hogar,
- la pareja de 2 enfermeras (0,7% del total) están jubiladas o incapacitadas laboralmente,

Destacar que 85 de las enfermeras encuestadas (30,8% del total), no respondieron a este ítem, por que no viven en pareja.

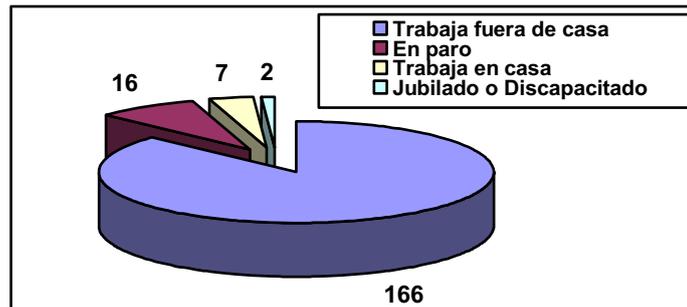


Fig. 5.1.7 Situación laboral de la pareja

5.1.6 Tipo de contrato laboral de las enfermeras

En relación al tipo de contrato laboral que tienen las enfermeras encuestadas, nos encontramos que: (ver fig 5.1.8)

- un total de 179 enfermeras (64,9%) tienen un contrato laboral fijo,
- 58 enfermeras (21%) tienen un contrato laboral de interinidad,
- 20 enfermeras (7,2%) tienen contrato de suplente de larga duración,
- 16 enfermeras (5,8%) tienen contrato de suplencias de corta duración,
- 3 enfermeras (1,1%) tienen otro tipo de contrato, siendo éste un contrato anual del Instituto Català de la Salut (ICS) a partir del contrato-programa.

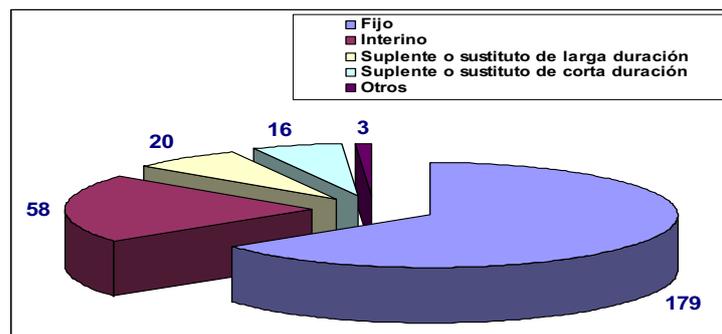


Fig. 5.1.8 Tipo de contrato laboral de las enfermeras de APS

5.1.7 Turno de trabajo de las enfermeras

En relación al turno de trabajo, destacar que casi la mitad de las enfermeras encuestadas, tienen horario deslizante, siendo los resultados obtenidos los siguientes: (ver fig 5.1.9)

- 129 enfermeras (46,8%), tienen horario deslizante,
- 77 enfermeras (27,9%), tienen horario de mañana,
- 58 enfermeras (21%) tienen horario de tarde,
- 12 enfermeras (4,3%), tiene horarios diversos tales como: de 9 a 17h, de 10 a 17h, de 9,30 a 16,30h, y 1 día cada 15 días trabajan 11h, por reducción laboral para cuidar de los hijos.

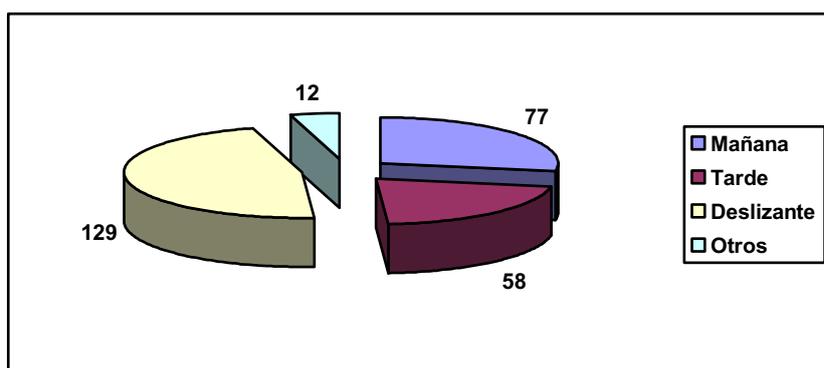


Fig. 5.1.9 Turno de trabajo de las enfermeras de APS

5.1.8 Experiencia laboral

Los años de experiencia laboral previa, que tienen las enfermeras en la APS es alto, con una media de 13,53 años, y una desviación estándar de 9,43.

Más de la mitad de las enfermeras, es decir un 59,1% tienen entre 10 y 39 años de experiencia en APS y un 19,2% tienen entre 5 y 10 años de experiencia en APS.(ver fig. 5.1.10)

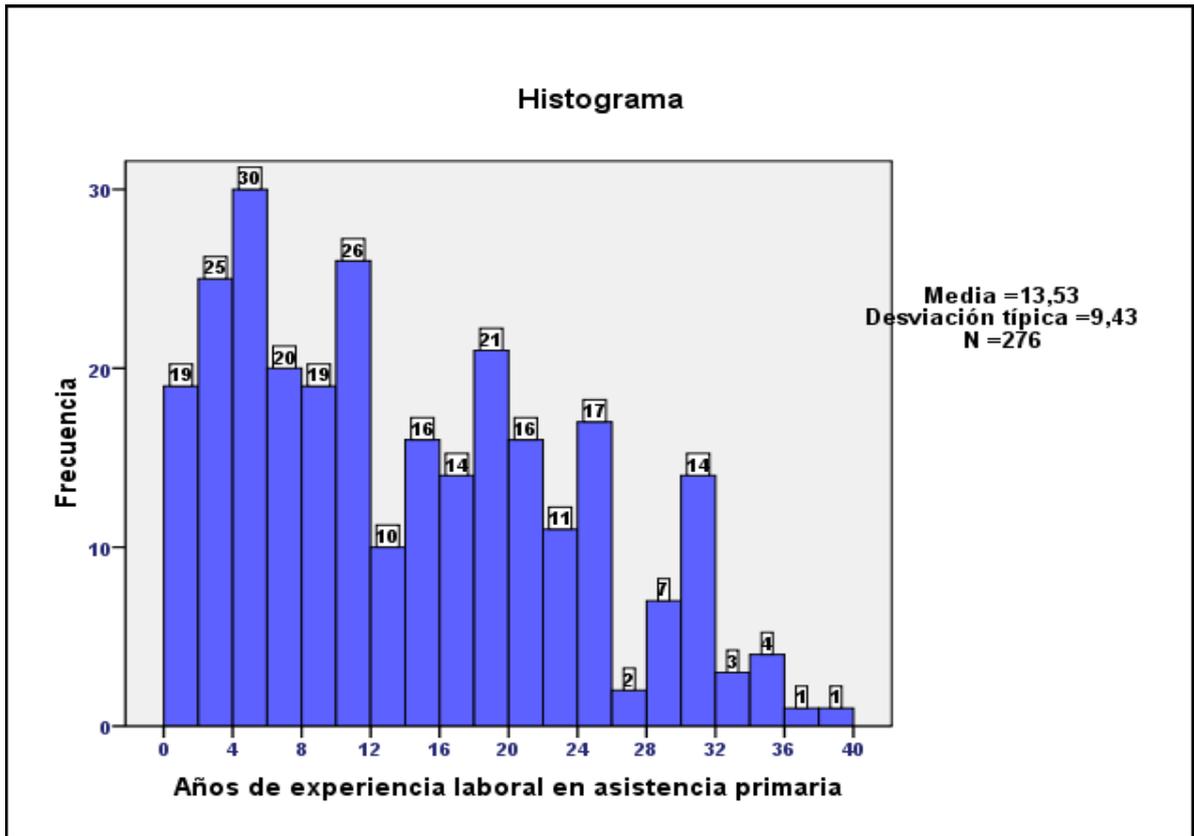


Fig. 5.1.10 Años de experiencia laboral en APS

5.1.9 Tipo de actividad asistencial

La actividad de las enfermeras de la muestra, que trabajan en el ámbito de la APS: (ver fig. 5.1.11)

- 245 enfermeras (88,8%), se dedican exclusivamente a la actividad asistencial,
- 27 enfermeras (9,8%), a la gestión y a la asistencia ,
- 4 enfermeras (1,4%), únicamente a la gestión y administración.

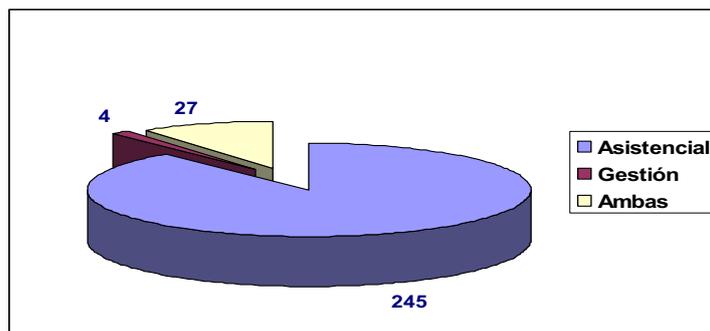


Fig. 5.1.11 Tipo de actividad de las enfermeras en APS

5.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES

Se presentan a continuación, los resultados descriptivos de las variables utilizadas en el estudio, así como los principales estadísticos obtenidos del análisis de las mismas.

5.2.1 Análisis descriptivo de la Conciliación de la Vida Personal y Laboral (CVPL)

A partir de los datos descriptivos de la variable CVPL, obtenidos de la media aritmética de los 20 ítems del cuestionario, que se han utilizado para medir dicho constructo, se observa como la muestra de enfermeras de nuestro estudio da una **mayor relevancia a las influencias positivas** que la familia puede tener en el trabajo y viceversa, correspondiendo a los ítems 11 al 20. Destacamos una puntuación máxima de 4 y 3,83, para los ítems 16 y 11 respectivamente, que miden la influencia positiva que puede tener la vida familiar en el trabajo (PHWI)^x y a la inversa, es decir, la influencia que diferentes aspectos positivos de la vida laboral pueden ejercer sobre la vida familiar (PWHI)^y, en una escala de 1 a 5, donde 1 significa ninguna influencia, y 5 mucha influencia. (ver tabla 5.2.1 y fig 5.2.1).

^x Positive Home Work Interaction (PHWI), significa la Influencia positiva que la familia puede ejercer en el trabajo.

^y Positive Work Home Interaction (PWHI), significa la influencia positiva que el trabajo puede ejercer en la familia.

Observamos que, a pesar de que los ítems 13 y 18, que hacen referencia a la influencia positiva que la asunción de compromisos en uno de los ámbitos (familiar o laboral), puede ejercer en la aceptación de responsabilidades en el otro, son los menos valorados con una puntuación de 2,55 y 2,51 respectivamente. Ninguno de los 10 ítems que miden la influencia positiva en ambas direcciones (PHWI-PWHI) ítems 11 al 20, tienen una media aritmética por debajo de los valores otorgados a la influencia negativa en ambas direcciones (NHWI^z-NWHI^{aa}) (ítems 1 al 10).

En relación a las **influencias negativas**, destacar que el ítem 1, que hace referencia al estado de irritabilidad en casa, como consecuencia de las exigencias en el trabajo, es el que ha obtenido una influencia más negativa (NWHI), con una puntuación de 2,44.

En cambio, los ítems 6 y 9, que hacen referencia a la interferencia que la familia provoca en los compañeros del ámbito laboral, y en la puntualidad en el trabajo (NHWI), han obtenido los valores que menor influencia negativa tienen, con unas puntuaciones de 1,45 y 1,47 respectivamente, en una escala de 1 a 5, donde 1 significa que no ejerce ninguna influencia y 5 mucha.

Las desviaciones estándar para los 20 ítems, pueden considerarse dentro de los parámetros normales y habituales en este tipo de escalas, al igual que la amplitud de las respuestas medidas a través de los valores mínimos y máximos.

Destacar finalmente el hecho, de que 14 de los 20 ítems utilizados en el cuestionario, no tienen ni un solo valor “missing” o de no respuesta, y que 4 de ellos tienen tan solo 1 valor “missing”, y 2 ítems tienen 2 valores “missing”, lo que demuestra la extraordinaria tasa de respuesta de las enfermeras a este instrumento de medición de la CVPL (ver tabla 5.2.1)

^z Negative Home Work Interaction (NHWI), significa la influencia negativa que la familia puede tener en el trabajo.

^{aa} Negative Work Home Interaction (NWHI), significa la influencia negativa que el trabajo puede ejercer en la familia.

Tabla 5.2.1 Estadísticos descriptivos de los ítems de la variable CVPL

	N= 276					
	Válidos	Perdidos	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Conciliación 1 (NWHI)	276	0	2,44	,836	1	5
Conciliación 2 (NWHI)	276	0	2,15	,839	1	4
Conciliación3 (NWHI)	276	0	2,20	,879	1	5
Conciliación 4 (NWHI)	276	0	2,44	,983	1	5
Conciliación 5 (NWHI)	276	0	2,42	,982	1	5
Conciliación 6 (NHWI)	276	0	1,45	,677	1	4
Conciliación 7 (NHWI)	276	0	1,97	,779	1	4
Conciliación 8 (NHWI)	276	0	1,85	,736	1	4
Conciliación 9 (NHWI)	276	0	1,47	,700	1	4
Conciliación 10 (NHWI)	276	0	1,97	,779	1	5
Conciliación 11 (PWHI)	276	0	3,83	1,002	1	5
Conciliación 12 (PWHI)	275	1	2,72	1,198	1	5
Conciliación 13 (PWHI)	275	1	2,55	1,088	1	5
Conciliación 14 (PWHI)	275	1	2,73	1,165	1	5
Conciliación 15 (PWHI)	276	0	2,78	1,162	1	5
Conciliación 16 (PHWI)	276	0	4,00	,978	1	5
Conciliación 17 (PHWI)	274	2	2,67	1,101	1	5
Conciliación 18 (PHWI)	274	2	2,51	1,127	1	5
Conciliación 19 (PHWI)	276	0	2,94	1,147	1	5
Conciliación 20 (PHWI)	275	1	3,50	1,144	1	5

Fuente: Elaboración propia

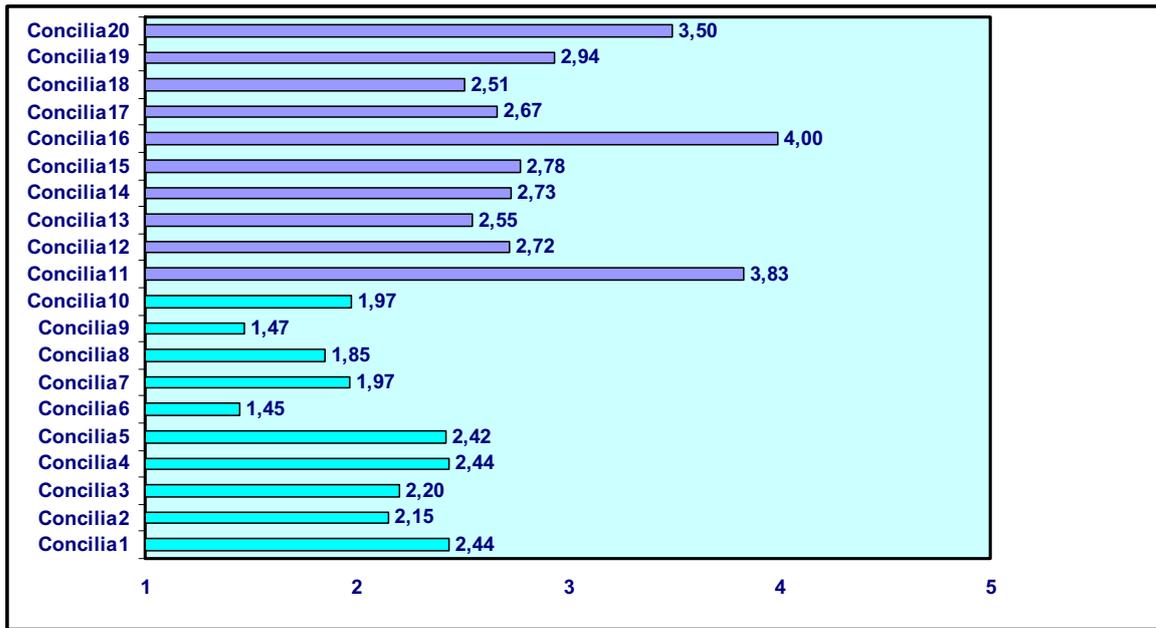


Fig. 5.2.1 Valores promedio de los ítems de la variable CVPL

En los resultados obtenidos, en función de las 4 dimensiones que componen el constructo CVPL, podemos observar de nuevo, como las dimensiones **positivas** de las interacciones trabajo-familia (PWHI) y familia-trabajo (PHWI), obtienen unos valores promedio, netamente superiores a las dimensiones negativas de esas interacciones, con promedios de 3,47 en la PHWI, y 3,13 en la PWHI, en tanto que, los resultados para la dimensión negativa, son de 2,33 en NWHI, y 1,74 en la NHWI. (ver tabla 5.2.2 y fig. 5.2.2)

**Tabla 5.2.2 Estadísticos descriptivos de las dimensiones de la variable CVPL
 (dirección y características)**

	N= 276					
	Válidos	Perdi dos	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Interacción negativa trabajo-familia (NWHI)	276	0	2,3312	,64185	1,00	4,20
Interacción negativa familia-trabajo (NHWI)	276	0	1,7413	,52918	1,00	4,20
Interacción positiva trabajo-familia (PWHI)	276	0	3,1319	2,72913	1,00	4,40
Interacción positiva familia-trabajo (PHWI)	276	0	3,4710	3,57004	1,00	4,50

Fuente: Elaboración propia

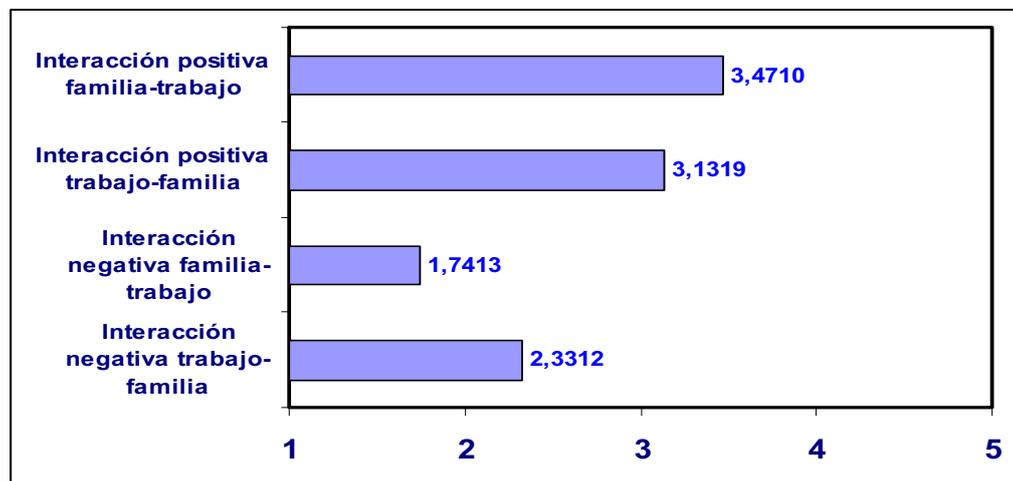


Fig. 5.2.2 Valores promedio de las dimensiones de la variable CVPL

Finalmente el diagrama de cajas o “Box Plot”, nos confirma estos resultados comentados anteriormente, y nos añade a su vez un matiz importante, cual es que hay una mayor dispersión de valoraciones en las respuestas de la muestra a las interacciones positivas, y por el contrario aparecen valores extremos en las valoraciones de las interacciones negativas entre los ámbitos familiar y laboral, lo que sería tanto como admitir que existen en la muestra, no muchos, pero sí algunos casos en los que la presencia de la influencia negativa es realmente notable y por lo tanto sus valores se alejan con respecto del 50 por 100 central de la distribución .(ver fig. 5.2.3)

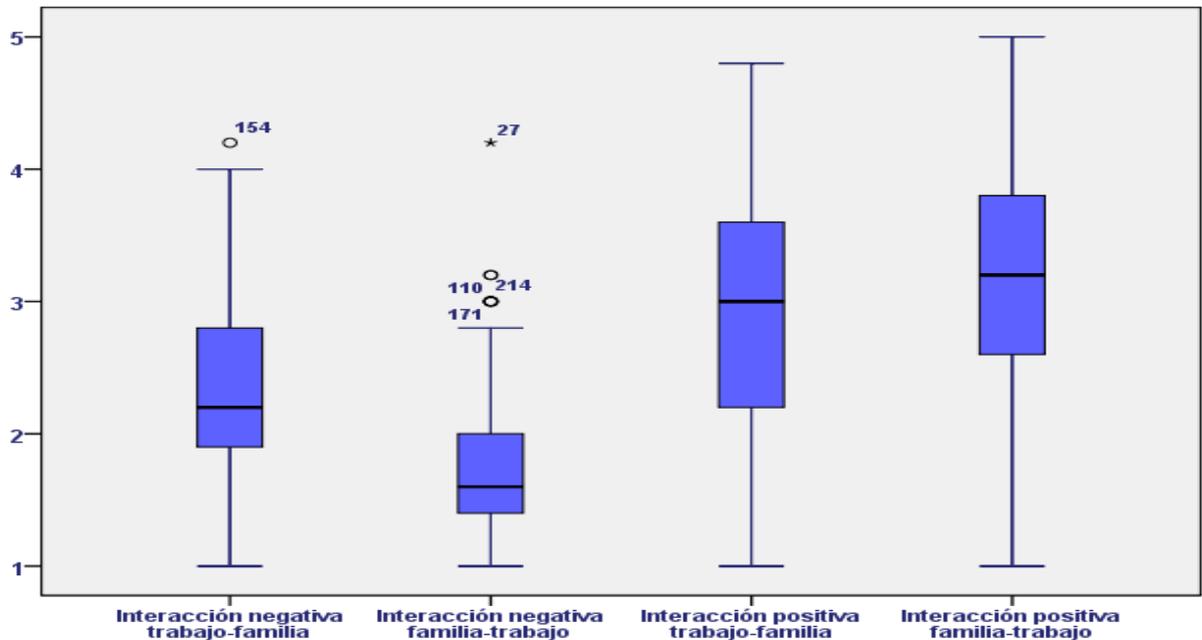


Fig. 5.2.3 Diagrama de cajas o “Box-Plot” de las dimensiones de la variable CVPL

5.2.2 Análisis descriptivo de la Satisfacción en el Trabajo (ST)

En los datos descriptivos de la variable ST, a partir de la media aritmética, de los 23 ítems del cuestionario que se han utilizado para medir dicho constructo, se observa que los ítems 9, 10, 21 y 13, son los que obtienen una mejor valoración, con un promedio de 4,42, 4,23, 4,10 y 4 respectivamente, en una escala de 1 a 5, donde 1 significa baja satisfacción, y 5 alta satisfacción. Estos ítems, hacen referencia al interés por las tareas que realizan en su trabajo, a la satisfacción global que les produce su actividad profesional, al valor que le conceden a su trabajo, a su capacidad profesional, y a las buenas relaciones con sus compañeros.

En cambio, los resultados nos demuestran que, los que obtienen una peor valoración, son los ítems 17 con un valor promedio de 2,41, el ítem 16 con un valor promedio de 2,68, y los ítems 2 y 4 con valores promedios de 2,70 cada uno. Estos ítems, hacen referencia a la falta de tiempo para realizar el trabajo, las pocas posibilidades de promoción profesional, el cansancio después de la jornada laboral, y la necesidad de emplear "a tope" toda su energía y capacidad para desarrollar el trabajo, respectivamente. (ver fig. 5.2.4 y tabla 5.2.3)

También en este caso, tanto las desviaciones estándar de las respuestas para los 23 ítems, como los valores mínimos y máximos en los diferentes ítems, pueden considerarse dentro de los parámetros normales y aceptables. En relación a los valores "missing" o de no respuesta, destacar que tan sólo hay 2 valores "missing" en el total de respuestas de la muestra de enfermeras, lo que demuestra también, una alta tasa de respuesta en la variable de ST.

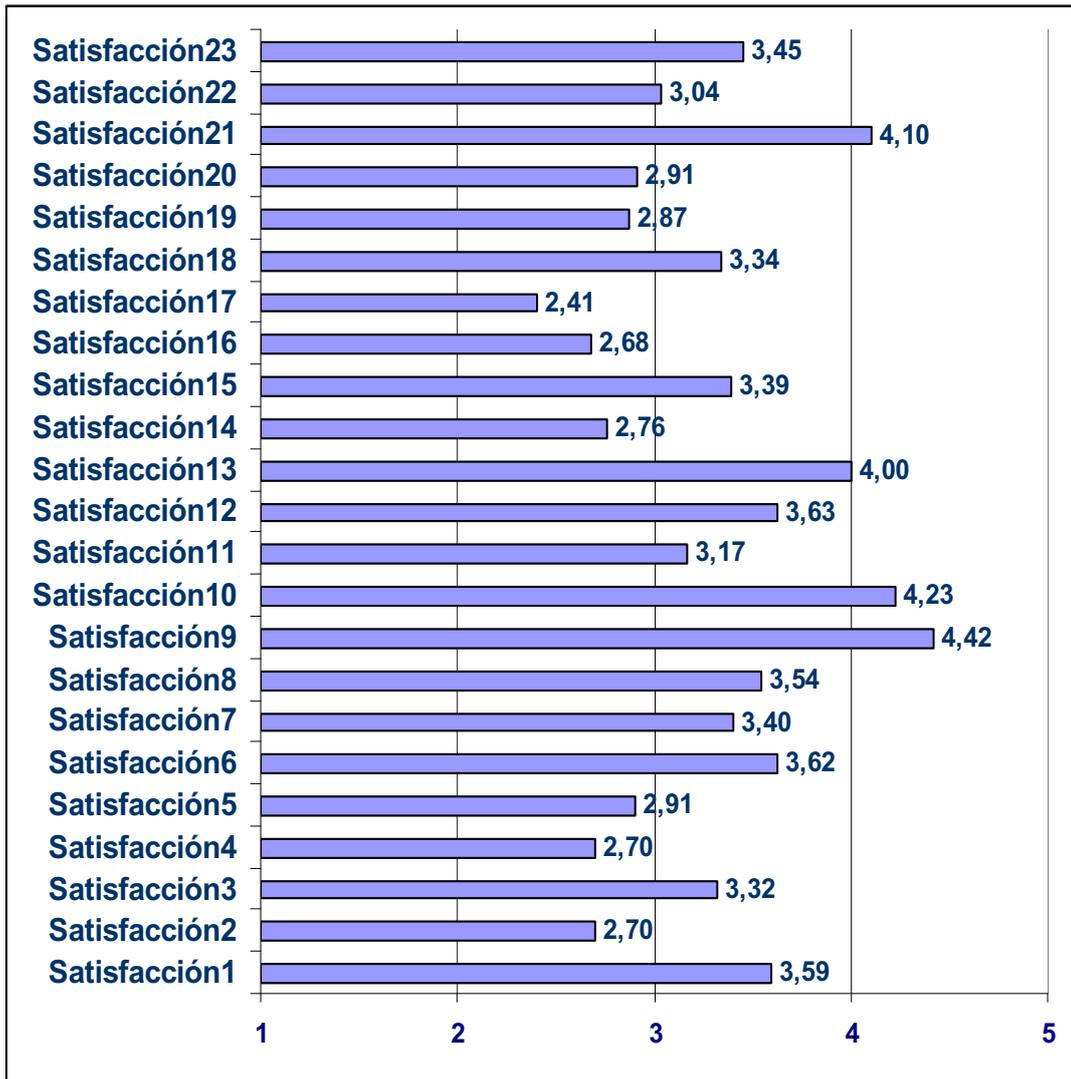


Fig. 5.2.4 Valores promedio de los ítems de la variable ST

Tabla 5.2.3 Estadísticos de los ítems de la variable ST

	Válidos	Perdidos	Media	Desv.Tip.	Mínimo	Máximo
Satisfacción1 Monotonía laboral	276	0	3,59	1,024	1	5
Satisfacción2 Tensión laboral	275	1	2,70	1,014	1	5
Satisfacción3 Tensión laboral	276	0	3,32	1,144	1	5
Satisfacción4 Tensión laboral	276	0	2,70	1,083	1	5
Satisfacción5 Tensión laboral	276	0	2,91	1,181	1	5
Satisfacción6 Satisfacción trabajo	276	0	3,62	,963	1	5
Satisfacción7 Estatus profesional	276	0	3,40	,966	1	5
Satisfacción8 Promoción profesional	276	0	3,54	,939	1	5
Satisfacción9 Satisfacción trabajo	276	0	4,42	,680	1	5
Satisfacción10 Satisfacción trabajo	276	0	4,23	,788	1	5
Satisfacción11 Promoción profesional	275	1	3,17	1,064	1	5
Satisfacción12 Relación con jefes	276	0	3,63	,841	1	5
Satisfacción13 Relación compañeros	276	0	4,00	,746	1	5
Satisfacción14 Estatus profesional	276	0	2,76	1,051	1	5
Satisfacción15 Satisfacción trabajo	276	0	3,39	1,012	1	5
Satisfacción16 Promoción profesional	276	0	2,68	,965	1	5
Satisfacción17 Presión trabajo	276	0	2,41	1,053	1	5
Satisfacción18 Relación con jefes	276	0	3,34	,930	1	5
Satisfacción19 Presión trabajo	276	0	2,87	,939	1	5
Satisfacción20 Monotonía laboral	276	0	2,91	,962	1	5

Satisfacción21 Competencia profes.	276	0	4,10	,727	1	5
Satisfacción22 Competencia profes.	276	0	3,04	1,151	1	5
Satisfacción23 Competencia profes.	276	0	3,45	1,048	1	5

Fuente: Elaboración propia

Los datos obtenidos, en función de las 9 dimensiones que componen el constructo de ST, presentan los mismos resultados agrupados por dimensiones o factores, donde podemos observar, que la dimensión mejor valorada, es la Relación con los compañeros, con un valor promedio de 4,00 sobre 5, seguida de la dimensión de la Satisfacción global con el trabajo, con un valor promedio de 3,91.

Destacar, que la Competencia profesional, tiene un valor muy aceptable de 3,53, y la Relación con los superiores o los jefes, tiene un valor de 3,48. En cambio, la dimensión peor valorada, es la Presión en el trabajo, con un valor promedio de 2,64, y la Tensión relacionada con el trabajo con un 2,90, considerada ésta, como la sensación de cansancio o alteración del estado de ánimo y de la salud.

(ver tabla 5.2.4 y fig. 5.2.5)

Tabla 5.2.4 Estadísticos de las 9 dimensiones de la variable ST

	Válidos	Media	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Satisfacción en el trabajo	276	3,9158	4,00	,62	1,00	5,00
Tensión relacionada con el trabajo	276	2,9055	3,00	,75	1,00	4,75
Competencia profesional	276	3,5302	3,66	,73	1,67	5,00
Presión en el trabajo	276	2,6413	2,50	,88	1,00	5,00
Promoción profesional	276	3,1298	3,33	,74	1,00	4,67
Relación con los superiores	276	3,4837	3,50	,75	1,00	5,00
Relación con los compañeros	276	4,0036	4,00	,74	1,00	5,00
Características extrínsecas de estatus	276	3,0833	3,00	,78	1,00	5,00
Monotonía laboral	276	3,2518	3,00	,68	1,00	5,00

Fuente: Elaboración propia



Fig. 5.2.5 Valores promedio de las dimensiones de la variable ST

Por último, el diagrama de cajas o “Box-Plot”, nos muestra grandes diferencias en las respuestas a la dimensión Monotonía laboral, con un valor promedio de 3,25, con muchos valores extremos, considerando que 14 enfermeras, han dado un valor alejado entre 1,25 y 3 veces del rango, y 1 enfermera, ha otorgado un valor muy extremo, es decir, superior a 3 veces el valor del rango intercuartil.

Por el contrario, hay mucha homogeneidad en las respuestas de la dimensión Relación con los compañeros, considerando a su vez, que 13 enfermeras han dado algunos valores más alejados del rango intercuartil, desde el extremo superior o inferior de la caja a esta dimensión. Los valores de la dimensión Presión en el trabajo, nos muestra mucha homogeneidad, aunque con valores muy bajos, destacando tan sólo 3 enfermeras que otorgan una valoración más alta. (ver fig. 5.2.6)

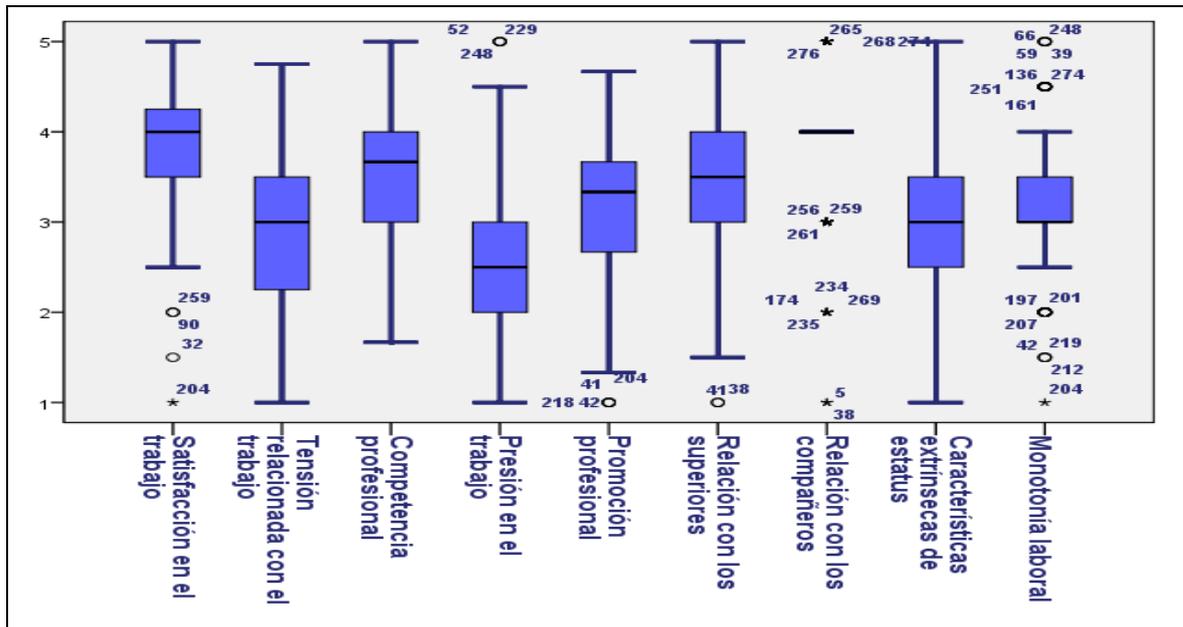


Fig. 5.2.6 Diagrama de cajas o “Box-Plot” de las dimensiones de la variable ST

5.3. ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DE LAS DOS VARIABLES Y AJUSTE DEL MODELO A LOS DATOS

Se analizarán a continuación, las características psicométricas de los dos instrumentos utilizados, para medir la CVPL y la ST de las enfermeras de APS, para conocer su fiabilidad, y así otorgar mayor confianza a los resultados obtenidos en esta tesis.

5.3.1 Análisis psicométrico de la variable Conciliación de la Vida Personal y Laboral (CVPL)

Por lo que se refiere al cuestionario SWING, tal y como se observa en la (tabla 5.3.1), se ha obtenido un coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach de 0,821 para el global de la escala de 20 ítems, no bajando de 0,800 esta fiabilidad en ningún caso al eliminar de la misma, cualquiera de los 20 ítems mencionados, tal y como se ve en la (tabla 5.3.2).

Los resultados obtenidos en las diferentes dimensiones, nos demuestran, que el instrumento tiene una fiabilidad excelente, con unos valores Alfa superiores para las dimensiones PWHI (0,801) y PHWI (0,815). En relación a las dimensiones NWHI (0,752) y NHWI (0,767), los valores obtenidos, también nos muestran una alta fiabilidad (ver tabla 5.3.3).

No obstante, si queremos profundizar en el análisis de la fiabilidad de este instrumento, en el Anexo, podemos observar con detalle, estos valores Alfa de Cronbach para cada una de las 4 dimensiones del cuestionario (NWHI, NHWI, PWHI, PHWI), teniendo en cuenta, la dirección y las características de la interferencia (ver anexo 1).

Tabla 5.3.1 Fiabilidad global de la escala de CVPL (PHWI + NWHI)

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	Nº de elementos
,821	,814	20

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5.3.2 Estadísticos de fiabilidad por ítems de la variable CVPL

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Concilia1	48,14	82,785	,251	,369	,820
Concilia2	48,44	81,387	,344	,388	,816
Concilia3	48,38	81,561	,312	,275	,817
Concilia4	48,15	82,408	,218	,412	,822
Concilia5	48,17	81,986	,245	,372	,821
Concilia6	49,14	83,351	,281	,408	,818
Concilia7	48,63	82,110	,329	,496	,816
Concilia8	48,74	82,585	,311	,467	,817
Concilia9	49,12	84,511	,178	,183	,822
Concilia10	48,62	83,576	,219	,391	,821
Concilia11	46,77	79,901	,356	,310	,815
Concilia12	47,86	73,900	,581	,552	,802
Concilia13	48,04	74,995	,590	,610	,802
Concilia14	47,86	73,794	,605	,618	,800
Concilia15	47,81	76,574	,461	,392	,809
Concilia16	46,60	80,586	,327	,340	,817
Concilia17	47,92	74,902	,586	,596	,802
Concilia18	48,07	75,715	,527	,668	,806
Concilia19	47,65	76,016	,499	,625	,807
Concilia20	47,10	77,859	,402	,465	,813

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 5.3.3 Estadísticos de fiabilidad de la variable CVPL
 por dimensiones**

COEFICIENTE	NWHI	NHWI	PWHI	PHWI	NWHI / NHWI	PWHI / PHWI
Alfa de Cronbach	,752	,767	,801	,815	,806	,875

Fuente: Elaboración propia

5.3.2 Análisis psicométrico de la variable Satisfacción en el Trabajo (ST)

Por lo que se refiere al cuestionario “Font-Roja”, los resultados de fiabilidad del mismo, a través de los resultados obtenidos en nuestra muestra, son todavía mejores, ya que el valor de Alfa de Cronbach para el total de los ítems del cuestionario, es de 0,848 (ver tabla 5.3.4). También podemos observar, como esta fiabilidad se mantiene estable, en torno a este valor global al eliminar del cuestionario cada uno de los 23 ítems que lo componen, obteniendo valores que oscilan entre 0,834 y 0,854, lo que confiere una alta fiabilidad al instrumento utilizado, para medir la satisfacción de las enfermeras(ver tabla 5.3.5)

La validez predictiva de ambos instrumentos, quedará ampliamente ratificada en los próximos apartados, cuando analicemos la relación entre uno y otro, así como, la potencia de la CVPL como predictora de la ST.

Tabla 5.3.4 Fiabilidad global de la escala de ST

Alfa de Cronbach	Alfa Cronbach basada en los elementos tipificados	Nº de elementos
,848	,849	23

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5.3.5 Estadísticos de fiabilidad por ítems de la variable de ST

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Satisfacción1	72,55	113,501	,096	,160	,854
Satisfacción2	73,45	104,526	,534	,385	,837
Satisfacción3	72,83	107,132	,345	,232	,845
Satisfacción4	73,45	109,113	,280	,163	,847
Satisfacción5	73,24	103,808	,474	,329	,839
Satisfacción6	72,53	103,466	,624	,481	,834
Satisfacción7	72,74	107,145	,427	,350	,841
Satisfacción8	72,61	105,610	,525	,480	,838
Satisfacción9	71,73	111,240	,344	,448	,844
Satisfacción10	71,92	108,316	,470	,483	,840
Satisfacción11	72,98	103,351	,562	,442	,836
Satisfacción12	72,52	107,357	,494	,484	,839
Satisfacción13	72,15	111,337	,303	,285	,845
Satisfacción14	73,38	108,267	,333	,182	,845
Satisfacción15	72,75	105,286	,496	,349	,839
Satisfacción16	73,47	109,393	,312	,199	,846
Satisfacción17	73,74	107,042	,389	,415	,843
Satisfacción18	72,81	108,572	,371	,289	,843
Satisfacción19	73,28	105,908	,510	,472	,838
Satisfacción20	73,24	108,521	,362	,242	,844
Satisfacción21	72,05	112,741	,219	,208	,848
Satisfacción22	73,11	104,017	,480	,349	,839
Satisfacción23	72,70	106,095	,436	,366	,841

Fuente: Elaboración propia

5.3.3 Ajuste del modelo propuesto a los datos

A continuación, se va a contrastar la primera hipótesis de este trabajo, y que se refiere al ajuste del modelo propuesto a nuestros datos, en el que se contemplan las 4 dimensiones o factores del cuestionario utilizado "SWING" para medir la CVPL, y de las 9 dimensiones del cuestionario de "Font Roja" utilizado para medir la ST.

Podemos observar, la proporción de variancia explicada por cada factor del cuestionario SWING, tanto individual como acumulada, siendo ésta del 57,072%, i nos atenemos a los cuatro primeros factores de la solución rotada VARIMAX, que se ha aplicado en nuestro caso, es decir, que estas 4 dimensiones explican por sí solas casi el 60% del constructo CVPL .(ver tabla 5.3.6).

Tabla 5.3.6 Estadísticos iniciales del cuestionario SWING.

Rotación VARIMAX

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4,853	24,265	24,265	4,468	22,340	22,340
2	3,723	18,616	42,881	2,721	13,604	35,944
3	1,562	7,809	50,691	2,609	13,045	48,989
4	1,276	6,381	57,072	1,617	8,083	57,072
5	,995	4,977	62,049			
6	,945	4,724	66,773			
7	,800	4,001	70,775			
8	,715	3,576	74,350			
9	,712	3,561	77,912			
10	,632	3,159	81,071			
11	,526	2,631	83,702			
12	,489	2,443	86,145			
13	,465	2,326	88,472			
14	,428	2,141	90,612			
15	,396	1,980	92,593			
16	,376	1,880	94,473			
17	,356	1,778	96,251			
18	,299	1,494	97,745			
19	,250	1,251	98,996			
20	,201	1,004	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Fuente: Elaboración propia

También, se puede observar la representación gráfica de estos resultados, correspondiendo al eje de abscisas, el número total de factores y en el eje de ordenadas, el valor propio de cada uno de los ellos. (ver fig. 5.3.1).

Los resultados obtenidos con otros procedimientos de extracción diferente al de "Componentes principales", no difieren significativamente de los que presentamos. Señalar finalmente, que antes de la realización del análisis factorial, se ha llevado a cabo a través del "test de esfericidad de Bartlett" i el "test de Kaiser-Meyer-Olkin", la verificación de si la matriz de correlaciones, es una matriz de identidad. Los resultados de ambos test, tienen valores de Chi-cuadrado= 2100,746, y significación $p \leq 0,000$ para el test de Bartlett, y 0,831 para el test de Kaiser-Meyer-Olkin (ver tabla 5.3.7), lo que nos ha permitido realizar el análisis factorial, con absolutas garantías.



Fig. 5.3.1 Gráfico de sedimentación del cuestionario SWING

Tabla 5.3.7 Inversa de la matriz de correlaciones y test de esfericidad del cuestionario SWING

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,831
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	2100,746
	Gf	190
	Sig.	,000

Fuente: Elaboración propia

Respecto a la matriz factorial del SWING, los pesos o cargas factoriales de cada ítem en los 4 factores extraídos, nos muestran como los ítems referidos a las dos dimensiones negativas del modelo, es decir (NWHI y NHWI) ítems 1 al 10, saturan en gran medida los 5 primeros ítems en un mismo factor, en este caso NWHI ítems del 1 al 5, y los siguientes en un segundo factor, en este caso NHWI, ítems del 6 al 10.

En cambio, no resulta tan clara esta separación de factores, en el caso de los 10 ítems correspondientes a las interacciones positivas, es decir (PWHI y PHWI), ítems del 11 al 20, teniendo ocho de ellos cargas factoriales elevadas en un mismo factor, ítems 12 al 15 y 17 al 20, incluidos en el componente 1 de la tabla. Al mismo tiempo, se observan dos ítems, en concreto el 11 y el 16, que aparecen en una dimensión diferente, en el componente 4 de la tabla, con cargas factoriales elevadas, lo que nos llevaría a replantear y reconsiderar el enunciado de los ítems, correspondientes a las dimensiones positivas de la CVPL. (ver tabla 5.3.8).

**Tabla 5.3.8 Matriz factorial del cuestionario SWING.
 Rotación VARIMAX**

	Componente			
	1	2	3	4
Concilia1	-,107	,301	,581	,228
Concilia2		,233	,707	
Concilia3	,175		,670	
Concilia4		,154	,716	-,158
Concilia5		,207	,681	
Concilia6		,673	,293	
Concilia7		,763	,230	
Concilia8		,824		
Concilia9		,412	,197	
Concilia10		,771		
Concilia11	,172		,204	,789
Concilia12	,636		,198	,339
Concilia13	,767		,155	
Concilia14	,803			,140
Concilia15	,694			
Concilia16	,251		-,125	,745
Concilia17	,785	,113		
Concilia18	,821			
Concilia19	,751			,196
Concilia20	,591		-,184	,380

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Fuente: Elaboración propia

Al analizar el modelo de 9 dimensiones, utilizado en el cuestionario de “Font Roja”, para medir la Satisfacción en el Trabajo de las enfermeras en la APS, se observa la proporción de variancia explicada por cada factor, tanto individual como acumulada, siendo ésta última del 67,7%, si nos atenemos a los nueve primeros factores de la solución rotada VARIMAX, que es tanto como decir, que

estos nueve factores, explican casi el 70% de la variancia de la ST. (ver tabla 5.3.9)

Tabla 5.3.9 Estadísticos iniciales del cuestionario “Font Roja”. Rotación VARIMAX

Componente	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5,658	24,598	24,598	2,509	10,908	10,908
2	2,062	8,963	33,561	2,494	10,841	21,749
3	1,609	6,996	40,557	1,978	8,598	30,348
4	1,393	6,055	46,612	1,950	8,478	38,825
5	1,139	4,951	51,564	1,702	7,400	46,225
6	1,068	4,643	56,207	1,306	5,680	51,905
7	,968	4,211	60,417	1,274	5,540	57,445
8	,875	3,803	64,220	1,227	5,334	62,779
9	,811	3,528	67,749	1,143	4,970	67,749
10	,762	3,312	71,061			
11	,716	3,112	74,173			
12	,662	2,879	77,052			
13	,621	2,700	79,752			
14	,608	2,645	82,397			
15	,585	2,543	84,940			
16	,566	2,459	87,399			
17	,521	2,267	89,666			
18	,490	2,130	91,796			
19	,480	2,087	93,883			
20	,399	1,734	95,617			
21	,386	1,679	97,296			
22	,332	1,442	98,737			
23	,290	1,263	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Fuente: Elaboración propia

Al mismo tiempo, y al igual que en el cuestionario SWING, se puede observar la representación gráfica de estos resultados, correspondiendo al eje de abscisas el número total de factores, y en el eje de ordenadas, el valor propio de cada uno de ellos (ver fig 5.3.2).

También en este caso, los resultados obtenidos con otros procedimientos de extracción diferentes, al de los componentes principales que hemos utilizado, no difieren significativamente de los que presentamos.



Fig. 5.3.2 Gráfico de sedimentación del cuestionario "Font Roja"

Los resultados del test de esfericidad de "Bartlett" y "Kaiser Meyer Olkin" para el cuestionario de satisfacción de "Font Roja", son de un Chi Cuadrado de 1672,746 y una significación de $p \leq 0,000$ para el test de "Bartlett" y de 0,851 para el "Kaiser Meyer Olkin", lo que nos conduce, también en este caso, a poder realizar el análisis factorial con absolutas garantías. (ver tabla 5.3.10)

Tabla 5.3.10 Inversa de la matriz de correlaciones y test de esfericidad del cuestionario “Font Roja”

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,851
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1672,746
	Gl	253
	Sig.	,000

Fuente: Elaboración propia

Respecto a la matriz factorial del cuestionario “Font Roja”, evidentemente en este caso y al tratarse de un modelo de nueve factores para 23 ítems, es difícil que las cargas factoriales máximas de los ítems, lo hagan en sus factores respectivos, a pesar de lo cual, cabe destacar, el excelente comportamiento del modelo en nuestros datos, en especial en las dimensiones referidas a la Satisfacción en el Trabajo, la Competencia Profesional, Presión en el trabajo, Relaciones interpersonales con los jefes. No obstante, el modelo nos abre posibilidades de agrupar algunos ítems y dimensiones del modelo, en el resto de los ítems planteados en el cuestionario original. (ver tabla 5.3.11)

Tabla 5.3.11 Matriz factorial del cuestionario Font Roja. Rotación VARIMAX

	Componente								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Satisfacción1	-,161			,143			,798	-,172	,204
Satisfacción2	,511	,148	,227	,207	,143	,369	,131		-,156
Satisfacción3	,308	,188	-,114		,226	,204	,545	,215	-,272
Satisfacción4	,109				,119	,879			,152
Satisfacción5	,490	,288		,281	-,150	,415	,157		
Satisfacción6	,287	,261	,259	,466		,196	,237	,283	
Satisfacción7	,169	,173	,757	,127			-,106		
Satisfacción8	,112	,186	,715	,229			,154	,138	,181
Satisfacción9		,109		,872	,144				
Satisfacción10			,274	,712	,240		,110		,182
Satisfacción11	,265	,486	,343	,260			,170	,181	,145
Satisfacción12		,786					,183	,130	,140
Satisfacción13	-,192	,651			,154	,167		,299	-,186
Satisfacción14		,134	,219					,796	
Satisfacción15	,138	,525	,300	,163		,152		,185	,109
Satisfacción16		,133	,129	,104		,138		,116	,861
Satisfacción17	,777		,154		,170		-,106		
Satisfacción18	,134	,758	,163		,100			-,257	
Satisfacción19	,762		,215		,161				
Satisfacción20	,499	,157	-,253		,343	-,162		,356	,191
Satisfacción21			-,111	,309	,712		-,148		
Satisfacción22	,259		,471		,569		,174	,111	,129
Satisfacción23	,285			,112	,682	,136	,217		

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Fuente: Elaboración propia

5.4. RELACIONES ENTRE VARIABLES

Planteamos en la segunda hipótesis de este estudio, que a mayor interacción negativa, entre el trabajo y la familia, y entre la familia y el trabajo, le correspondían niveles bajos de satisfacción global; y a mayor interacción positiva, entre el trabajo y la familia, y entre la familia y el trabajo, le correspondían niveles altos de satisfacción global.

Para poder cuantificar el grado de relación entre las dos variables, objeto de esta tesis, se ha utilizado el coeficiente de correlación de Pearson, y tal y como podemos observar en la matriz, esta hipótesis queda plenamente confirmada en todos sus términos, en este estudio. (ver tabla 5.4.1).

Observamos como, la correlación entre las **interacciones negativas** trabajo-familia, y familia-trabajo, con la satisfacción global de las enfermeras de APS de la muestra, es significativa, con un coeficiente de correlación de Pearson de $r=-0,508$ y un valor de significación de $p\leq 0,000$, entre trabajo-familia y un coeficiente de $r=-0,337$ y significación de $p\leq 0,000$, entre familia-trabajo.

Correspondiendo por tanto, una relación extraordinariamente significativa entre, las interacciones negativas de la CVPL, y la Satisfacción en el Trabajo. (ver tabla 5.4.1)

Por otro lado, también se observa una relación muy significativa con la satisfacción total, a pesar de no tener coeficientes de correlación tan elevados, entre las **interacciones positivas** de la CVPL trabajo-familia y familia-trabajo, y la satisfacción de las enfermeras de APS de la muestra. Los resultados obtenidos, son unos coeficientes de correlación de Pearson y valores de significación de $r=0,168$ y $p\leq 0,005$ respectivamente, para las interacciones trabajo-familia y unos valores de $r=0,193$ y $p\leq 0,001$ para las interacciones familia-trabajo. (ver tabla 5.4.1)

Si analizamos, las relaciones entre las diferentes dimensiones del constructo CVPL y la interacción total, observamos, que existe una relación muy alta y

significativa, entre las dimensiones de la interacción, tanto negativa como positiva, teniendo una correlación muy significativa, entre la interacción negativa trabajo-familia con unos valores de $r=0,517$ y $p\leq 0,000$ y familia-trabajo de $r=0,472$ y $p\leq 0,000$. (ver anexo A2.2)

En cambio, se observa que la relación entre las cuatro dimensiones positiva y negativa no son tan significativas, con unos valores de correlación entre $r=0,004$ y $r=0,134$, y una significación de $p\leq 0,947$ y $p\leq 0,026$ (ver tabla 5.4.2).

Tabla 5.4.1 Coeficientes de correlación de Pearson entre las dimensiones de CVPL y la ST

		NWHI	NHWI	PWHI	PHWI	Satisfacción total
Interacción negativa trabajo-familia	Correlación de Pearson	1,000	,440**	,134*	-,022	-,508**
	Sig. (bilateral)		,000	,026	,717	,000
	N	276	276	276	276	276
Interacción negativa familia-trabajo	Correlación de Pearson	,440**	1,000	,093	,004	-,337**
	Sig. (bilateral)	,000		,123	,947	,000
	N	276	276	276	276	276
Interacción positiva trabajo-familia	Correlación de Pearson	,134*	,093	1,000	,657**	,168**
	Sig. (bilateral)	,026	,123		,000	,005
	N	276	276	276	276	276
Interacción positiva familia-trabajo	Correlación de Pearson	-,022	,004	,657**	1,000	,193**
	Sig. (bilateral)	,717	,947	,000		,001
	N	276	276	276	276	276
Satisfacción total	Correlación de Pearson	-,508**	-,337**	,168**	,193**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,005	,001	
	N	276	276	276	276	276

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

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

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5.4.2 Coeficientes de Correlación de Pearson según características de las dimensiones de la CVPL

Dimensiones de la CVPL	Coefficiente de Correlación y significación
Interacción Negativa Trabajo-Familia (NWHI) y Interacción Positiva Trabajo-Familia (PWHI)	r= 0,134 p≤ 0,026
Interacción Negativa Trabajo-Familia (NWHI) y Interacción Positiva Familia-Trabajo (PHWI)	r= -0,022 p≤ 0,717
Interacción Negativa Familia-Trabajo (NHWI) y Interacción Positiva Trabajo-Familia (PWHI)	r= 0,093 p≤ 0,123
Interacción Negativa Familia-Trabajo (NHWI) y Interacción Positiva Familia-Trabajo (PHWI)	r= 0,004 p≤ 0,947

Fuente: Elaboración propia

Por lo que hace referencia, a las relaciones entre las diferentes dimensiones de la ST, y entre éstas y el índice global de satisfacción, cabe destacar como más relevantes, los coeficientes de correlación altamente significativos, entre la satisfacción global y las dimensiones que hacen referencia a la Satisfacción en el Trabajo, la Tensión relacionada con el mismo, y la Promoción profesional. (ver tabla 5.4.3)

En cambio, podemos comprobar, que en las dimensiones que hacen referencia a la Monotonía laboral, la Relación con los compañeros y la Relación con los superiores, se obtienen unos coeficientes de correlación menos significativos, matizando, que estos valores, no nos demuestran que exista una relación de causa efecto.(ver tabla 5.4.3).

En cuanto a las relaciones, entre las dimensiones de la CVPL, ST y la satisfacción total, la correlación es menos significativa, entre las dos dimensiones positivas (PWHI y PHWI), con unos coeficientes de correlación poco significativos, con valores de r=,168 p≤0,005 y r=,193 p≤0,001 respectivamente. En cambio, las dimensiones negativas (NWHI y NHWI) tienen unos valores de correlación de

$r=0,508$ $p\leq 0,000$ y $r=,337$ $p\leq 0,000$, siendo más significativos en relación a la satisfacción total.

Por último, destacar que si analizamos con mayor precisión los diferentes coeficientes de correlación, entre cada una de las dimensiones establecidas en la variable CVPL y ST, se puede observar, que los diferentes coeficientes, oscilan entre una correlación de Pearson poco significativa de $r=0,168$ $p\leq 0,005$ en la dimensión PWHL, y una correlación positiva y altamente significativa de $r=0,769$ y $p\leq 0,000$ en la dimensión de Satisfacción en el Trabajo, con respecto a la satisfacción total. (ver anexo A2.3).

Tabla 5.4.3 Coeficientes de Correlación de Pearson entre ST y sus dimensiones

Dimensiones de la ST	Coefficiente de Correlación y significación
Satisfacción en el trabajo	$r= 0,769$ $p\leq 0,000$
Tensión relacionada con el trabajo	$r= 0,718$ $p\leq 0,000$
Promoción profesional	$r=0,717$ $p\leq 0,000$
Monotonía laboral	$r=0,445$ $p\leq 0,000$
Relación con los compañeros	$r=0,365$ $p\leq 0,000$
Relación con los superiores	$r=0,581$ $p\leq 0,000$

Fuente: Elaboración propia

5.5. MODELO DE PREDICCIÓN DE LA SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO (ST) A PARTIR DE LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL Y LABORAL (CVPL).

Con el objetivo de verificar la tercera y última hipótesis de esta tesis, se ha planteado un modelo de regresión lineal múltiple, en el que la ST actúa como variable dependiente, y las cuatro dimensiones de la CVPL como variables independientes.

En primer lugar, se ha llevado a cabo esta verificación, utilizando un procedimiento, denominado “ENTER” de selección de variables, de modo que figuran como variables introducidas, las 4 dimensiones o factores de la CVPL, sin excluir ninguna de las dimensiones. (ver tabla 5.5.1).

Tabla 5.5.1 Variables contempladas en el modelo. Procedimiento “ENTER”: relación de variables CVPL Variables introducidas/eliminadas^b

Modelo	Variables introducidas	Variables eliminadas	Método
1 ^(a)	PHWI (Interacción positiva familia-trabajo) NHWI (Interacción negativa familia-trabajo) NWHI (Interacción negativa trabajo-familia) PWHI (Interacción positiva trabajo-familia)		<i>Introducir</i>
a. Todas las variables solicitadas introducidas b. Variable dependiente: Satisfacción total			

Fuente: Elaboración propia

A partir de los resultados obtenidos en el modelo de regresión, podemos concluir que 3 de las 4 dimensiones de la CVPL, contempladas en nuestro modelo, ejercen una influencia muy significativa en la ST, de las enfermeras de APS de la muestra utilizada en nuestro estudio, destacando en primer lugar, y como muy significativo, el efecto que sobre la ST, ejerce la interacción negativa trabajo-familia (NWHI), siendo esta dimensión de la CVPL, la que incide de manera más notoria en la ST de las enfermeras de la muestra, con unos coeficientes de regresión de $\beta = -0,47$; $t = -8,40$; $p \leq 0,000$.

También resulta muy significativa, la influencia que tiene en la ST, la segunda dimensión de la CVPL, la que hace referencia a la interacción negativa familia-trabajo (NHWI), con unos coeficientes de regresión de $\beta=-0,15$; $t = -2,71$; $p \leq 0,007$. Finalmente, resulta igualmente significativa, la influencia que ejerce sobre la ST, la tercera dimensión de la CVPL, que hace referencia a la interacción positiva trabajo-familia (PWHI), con un valor $\beta=0,21$; $t = 3,26$; $p \leq 0,001$.

Para finalizar, comentar que la dimensión de la CVPL, que hace referencia a la interacción positiva familia-trabajo (PHWI), no tienen una influencia significativa en la ST de las enfermeras, con un valor $\beta=0,04$; $t = 0,59$; $p \leq 0,553$ (ver tabla 5.5.2)

**Tabla 5.5.2 Modelo de regresión, Procedimiento “ENTER”:
 Coeficientes CVPL**

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Correlaciones			Estadísticos de colinealidad	
	B	Error típ.	Beta			Orden cero	Parcial	Semi-parcial	Tolerancia	FIV
(Constante)	3,916	,132		29,623	,000					
Interacción negativa trabajo-familia	-,343	,041	-,470	-8,402	,000	-,508	-,455	-,417	,784	1,275
Interacción negativa familia-trabajo	-,133	,049	-,150	-2,718	,007	-,337	-,163	-,135	,805	1,243
Interacción positiva trabajo-familia	,122	,037	,219	3,262	,001	,168	,194	,162	,545	1,835
Interacción positiva familia-trabajo	,022	,037	,040	,594	,553	,193	,036	,029	,555	1,800

Variable dependiente: Satisfacción total

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la capacidad predictiva del modelo, se puede afirmar que la variable de CVPL, tiene por sí sola una notable capacidad de predicción de la ST, ya que nos dice que, independientemente, del resto de variables que pueden influir, la CVPL nos explica el 33,4% de la ST, con un coeficiente de determinación de $R^2 =$

0,33, y un coeficiente de determinación corregido, de R^2 corregida = 0,32, corroborando por tanto, su capacidad de explicar, la influencia que la CVPL tiene en la Satisfacción en el Trabajo. (ver tabla 5.5.3)

**Tabla 5.5.3 Modelo de regresión, procedimiento “ENTER”:
Resumen del modelo^b CVPL**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,578 ^a	,334	,324	,38476	1,820
a. Variables predictoras: (Constante), PHWI, NHWI, NWHI, PWHI b. Variable dependiente: Satisfacción total					

Fuente: Elaboración propia

A continuación, se ha procedido a realizar esta misma contrastación de la tercera y última hipótesis, utilizando el procedimiento “STEPWISE”, que habilita al sistema, para que introduzca las variables en el modelo de regresión, de una en una, y de mayor o menor potencia explicativa, de la variable dependiente ST.

Se puede observar, que la primera dimensión que entra en el modelo 1 y por tanto la que tiene una mayor potencia explicativa, es la interacción negativa trabajo-familia (NWHI).

En segundo lugar, y por orden de mayor a menor potencia explicativa, en el modelo 2, entra la dimensión interacción positiva trabajo-familia (PWHI), y en el modelo 3, entra la dimensión interacción negativa familia-trabajo (NHWI). (ver tabla 5.5.4)

Se deduce por tanto, que la dirección en la interacción trabajo-familia, es la que más potencia explicativa tiene, tanto en sentido negativo como positivo, teniendo no obstante, mayor potencia, y por tanto mayor influencia, la interacción negativa trabajo-familia (NWHI), siendo la que más nos ayuda a explicar, el nivel de Satisfacción en el Trabajo de la enfermeras de APS.

**Tabla 5.5.4 Modelo de regresión, procedimiento “STEPWISE”(por pasos):
 Relación de variables CVPL
 Variables introducidas/eliminadas^a**

Modelo	Variables introducidas	Variables eliminadas	Método
1	<i>Interacción negativa trabajo-familia (NWHI)</i>		<i>Por pasos (criterio: Prob. de F para entrar <= ,050, Prob. de F para salir >= ,100).</i>
2	<i>Interacción positiva trabajo-familia (PWHI)</i>		<i>Por pasos (criterio: Prob. de F para entrar <= ,050, Prob. de F para salir >= ,100).</i>
3	<i>Interacción negativa familia-trabajo (NHWI)</i>		<i>Por pasos (criterio: Prob. de F para entrar <= ,050, Prob. de F para salir >= ,100).</i>

^aVariable dependiente: ST

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con los coeficientes de los tres modelos, con una, dos o tres variables respectivamente, se observa, que el propio modelo de regresión, también deja fuera la dimensión interacción positiva familia-trabajo (PHWI), que no alcanza, un efecto significativo sobre la ST.

Los coeficientes de regresión estandarizados, para la interacción negativa trabajo-familia (NWHI), interacción positiva trabajo-familia (PWHI) y la interacción negativa familia-trabajo (NHWI) del modelo 3, son respectivamente $\beta_1 = -0,47$, $\beta_2 = 0,24$ y $\beta_3 = -0,15$, con unos valores de “t” de Student de $t_1 = -8,55$, $t_2 = 4,91$, y $t_3 = -2,73$ y finalmente con una significación $p_1 \leq 0,000$, $p_2 \leq 0,000$ y $p_3 \leq 0,007$, siendo unos valores inequívocos, del peso significativo de estas tres dimensiones de la CVPL sobre la ST. (ver tabla 5.5.5)

Finalmente, la potencia explicativa de este modelo es muy similar a la obtenida en el método “ENTER”, con un valor $R^2 = 0,326$. (ver tabla 5.5.6)

Tabla 5.5.5 Modelo de regresión, procedimiento “STEPWISE” (por pasos): Coeficientes^a

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Correlaciones			Estadísticos de colinealidad	
		B	Error típ.	Beta			Orden cero	Parcial	Semi parcial	Tolerancia	FIV
		1	(Constante)	4,175			,092		45,51	,000	
1	Interacción negativa trabajo-familia	-,370	,038	-,508	-9,76	,000	-,50	-,50	-,50	1,00	1,000
2	(Constante)	3,838	,113		33,87	,000					
	Interacción negativa trabajo-familia	-,394	,037	-,540	-10,68	,000	-,50	-,54	-,53	,98	1,018
	Interacción positiva trabajo-familia	,134	,028	,240	4,75	,000	,16	,27	,23	,98	1,018
3	(Constante)	3,949	,119		33,12	,000					
	Interacción negativa trabajo-familia	-,346	,040	-,475	-8,55	,000	-,50	-,46	-,42	,79	1,254
	Interacción positiva trabajo-familia	,137	,028	,246	4,91	,000	,16	,28	,24	,98	1,020
	Interacción negativa familia-trabajo	-,133	,049	-,151	-2,73	,007	-,33	-,16	-,13	,80	1,242

a. Variable dependiente: Satisfacción total

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 5.5.6 Modelo de regresión, procedimiento “STEPWISE”(por pasos):
 Resumen del modelo^d**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. De la estimación	Durbin-Watson
1 (NWHI)	,508 ^a	,258	,255	,40387	
2 (NWHI) (PWHI)	,561 ^b	,315	,310	,38882	
3 (NWHI)(PWHI)(NHWI)	,577 ^c	,333	,326	,38430	1,828

a. Variables predictoras: (Constante), Interacción negativa trabajo-familia
 b. Variables predictoras: (Constante), Interacción negativa trabajo-familia, Interacción positiva trabajo-familia
 c. Variables predictoras: (Constante), Interacción negativa trabajo-familia, Interacción positiva trabajo-familia, Interacción negativa familia-trabajo
 d. Variable dependiente: Satisfacción total

Fuente: Elaboración propia

Como complemento a los análisis previos, y con carácter absolutamente exploratorio, se ha llevado a cabo un estudio de las posibles diferencias y/o influencias que, tanto a nivel de las 4 dimensiones de la CVPL, como a nivel de las 9 dimensiones de la ST total, puedan existir por parte de las variables sociodemográficas (personales y laborales), contempladas en la muestra.

Éstas, son denominadas como variables de clasificación, para conocer si existen influencias personales y laborales en la ST, como consecuencia de la CVPL.

Después, de proceder a comparar las medias de estas variables (CVPL y ST), y de sus respectivas dimensiones, entre los diferentes niveles de las variables categóricas (género, sexo situación familiar, contrato, turno, horario y actividad), o las relaciones entre éstas, y las variables numéricas (edad, hijos, familiares, años y experiencia), se puede concluir, con carácter general, que no se han detectado diferencias o relaciones significativas, entre las diferentes dimensiones de la CVPL, y las variables sociodemográficas, o entre la ST y las mismas variables, con alguna excepción, que comentamos a continuación.

Se puede observar que, de todas las variables de clasificación contempladas en el modelo de regresión lineal, en el que la interacción total de la CVPL (NWHI,

NHWI, PWHI, PHWI), figura como la variable dependiente, únicamente aparecen la edad y la situación laboral de la pareja, con un efecto significativo sobre la CVPL de las enfermeras de APS de la muestra, con unos coeficientes $\beta = -0,23$, $t = -2,02$ y una significación de $p \leq 0,045$ y de $\beta = 0,18$, $t = 2,63$ y $p \leq 0,009$ respectivamente (ver tabla anexo A3.1).

También observamos, que todas estas variables de clasificación, tienen una capacidad predictiva de la CVPL muy reducida, con un coeficiente de determinación de $R^2 = 0,183$ y R^2 corregida = $0,114$ (ver anexo A3.2).

En relación a la variable de ST global, los resultados son muy parecidos a la variable anterior, ya que tan sólo, los años de experiencia laboral, tiene un efecto significativo sobre la ST, y el coeficiente de determinación del modelo con todas las variables de clasificación, es prácticamente igual, al obtenido en las dimensiones de CVPL, con un coeficiente de determinación de $R^2 = 0,33$ y R^2 corregida = $0,32$, concluyendo que a más años de experiencia laboral, menor ST. (ver anexos A3.3 /A3.4/A3.5) .

✚ CAPÍTULO 6: DISCUSIÓN

En este capítulo, se presenta el análisis y discusión de los resultados, así como, la reflexión y comparación con los datos obtenidos, por otros autores en estudios similares al nuestro, aunque con enfoques y muestras diferentes.

Se analizarán las variables sociodemográficas, los parámetros descriptivos de la CVPL y la ST, las características psicométricas del cuestionario de CVPL y ST, las relaciones entre la CVPL y la ST y sus dimensiones, y por último la influencia que la CVPL tiene en la ST de las enfermeras, que realizan sus actividades profesionales en el ámbito de la APS, y que han formado parte de la muestra de esta tesis.

6.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

El perfil de las enfermeras de APS, que han formado parte de este estudio, responde en líneas generales, a las características sociodemográficas de los profesionales de enfermería, que desarrollan sus actividades laborales en el ámbito de la APS en Cataluña.

La muestra, nos da un tasa de enfermeras del género femenino del 87,3%, frente a un 12,7% masculino, datos que coinciden con los informes presentados por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya en el año 2008⁶, sobre el número de profesionales de enfermería colegiados en la ciudad de Barcelona, donde el 87,67% eran mujeres y el 12,33% hombres, y el presentado por el Centre d'Estudis Demogràfics de Catalunya en el año 2006³⁰², con el 88% mujeres y 12% hombres.

Señalar al respecto, que últimamente, se observa un ligero repunte del porcentaje de enfermeros que quieren acceder a la profesión, con un 83% de alumnos de género femenino y un 17% masculino, matriculados en el Grado de Enfermería en el curso 2009-2010, en la Escuela de Enfermería de la Universidad de

Barcelona^{bb}, lo que ratifica esta tendencia, de ser una profesión claramente femenina, pero teniendo en cuenta que son tendencias muy puntuales y fluctuantes y que posiblemente, no puedan ser extrapolables a todo el colectivo de profesionales de enfermería.

La media de edad, de las enfermeras de APS de la muestra es de 42,76 años, ligeramente inferior, a los 47 años de media de edad, de las enfermeras de APS en Cataluña⁴⁶.

Destacar, que entre los 30 y 35 años se concentran un 20% de las enfermeras de la muestra y entre los 50 y 55 años un 18%. A pesar, de que la media de edad de la muestra, es más baja que la media de edad en Cataluña, nuestros resultados señalan que un 50% de las enfermeras de APS, se sitúan entre los 45 y los 70 años, y el 12% restante, se sitúan entre los 20 y los 30 años de edad, de forma, que podría suponer un problema a medio plazo, la renovación generacional de las enfermeras, por un proceso de envejecimiento, coincidiendo estos datos con los presentados en recientes informes^{6,45,46,303}.

A su vez, hay un descenso importante en la presencia de enfermeras entre los 35 y los 45 años, representando el 20% del total de la muestra, lo que sugiere que la tasa de ocupación desciende en esa franja de edad, como consecuencia de la maternidad, ya que la media de edad al tener el primer hijo es de 30,8 años en Cataluña¹⁷¹ y 30,7 años en España, y la edad de tener el segundo hijo es de 36 años. Según el estudio "Fecundidad y trayectoria laboral de las mujeres en España" realizado en el año 2008³⁰³, el 70% de las mujeres de 35 a 49 años, consideran la maternidad un obstáculo para su vida profesional.

Si se analiza la situación familiar de las enfermeras, podemos constatar que un porcentaje muy bajo de la muestra (13,8%) vive sola, lo cual no nos permite establecer ninguna conclusión respecto al reparto de responsabilidades familiares, teniendo en cuenta que un 45% de las enfermeras de la muestra no tienen hijos, y un 28,6% tienen a su cargo las responsabilidades del cuidado de

^{bb} Datos facilitados por la Secretaría Académica de la EUE de la UB, y que corresponden a los alumnos matriculados en el Grado de Enfermería en el curso 2009-2010.

familiares dependientes (hijos o padres). Un indicador que nos llama la atención es, que la tasa de fertilidad de las enfermeras de la muestra es de 0,9 hijos/enfermera, dato éste preocupante, si tenemos en cuenta que se sitúa por debajo del nivel considerado óptimo para el relevo generacional, que es de 2,1 hijos por mujer¹⁶⁹. No obstante, estos datos representan a la propia muestra, y por tanto, no se pueden extrapolar a la población catalana, ni española.

Esta baja natalidad, está en la línea con los resultados de las proyecciones de población, presentados en el Informe “Estadística Demográfica. Proyecciones de población 2021-2041” en el año 2009³⁰⁴, en el que la tendencia de la población catalana es a disminuir el nº de hijos por mujer, pasando de 2,75 hijos/mujer en 1975, a 1,54 en el año 2008, registrando mínimos históricos en el último cuarto del siglo XX, lo que indican que la pirámide demográfica evolucionará hacia una distribución más envejecida, estimando que en el horizonte del año 2021, el peso relativo de la población de 65 años y más crezca de forma considerable.

Este crecimiento futuro del número de personas de 65 y más años, y el aumento de su peso relativo en la población total, es un hecho a tener en cuenta de cara a planificar los servicios de salud, por lo que de aumento previsible de las patologías crónicas puede representar, y por el incremento de la expectativa de vida de la población. Esta realidad, plantea un nuevo reto en la planificación de recursos humanos en los centros asistenciales, y muy especialmente en el colectivo de profesionales de enfermería, para ofrecer una mayor respuesta, al aumento de las necesidades de cuidados a la población.

Al analizar la situación laboral de las enfermeras de APS de la muestra, sorprende que, a pesar de que la media de años de experiencia laboral es de 13,53 años, y que el porcentaje de contratos fijos es casi de un 65%, se observa que, aproximadamente, la mitad de las enfermeras encuestadas, es decir el 46,8%, tienen horario deslizando. Destacar, que este horario facilita la CVPL de la población en general atendida en los centros asistenciales, pero en cambio no facilita la CVPL de las enfermeras, ya que trabajan cuatro mañanas y una tarde, ó dos mañanas y tres tardes, según las necesidades del servicio.

Al mismo tiempo se observa también, que el 35% de las enfermeras tienen contratos de interinidad y de suplencias de corta y larga duración, aspecto éste a tener en cuenta, ya que no facilita la planificación a corto y medio plazo de las actividades personales y de formación. No obstante según Esteve ⁴⁸, a pesar de que la situación contractual en las nuevas tituladas es muy deficiente, la inserción laboral a los cuatro años de su graduación es casi completa.

La falta de un horario fijo, dificulta la organización del tiempo personal, y aunque no se plantea únicamente la reivindicación de la disponibilidad de tiempo para el cuidado de la familia, y el disfrute del tiempo libre, sí parece importante destacar que dificulta en gran medida la planificación del mismo, para la formación continuada, limitando las posibilidades de reciclaje de las enfermeras.

A su vez, la escasa disponibilidad de tiempo, reduce las posibilidades de asumir los requisitos necesarios para acceder a la acreditación de la carrera profesional.

Por todo ello, autoras como Torns³⁰⁵, afirman que todavía sigue existiendo la "ceguera de género", en el análisis de la dimensión social del tiempo, ya que debemos plantear la disponibilidad del mismo, desde las necesidades del individuo en el contexto personal, laboral, familiar y social, y no exclusivamente desde la atención al cuidado de la familia.

Así mismo, otros autores como Cardús¹¹¹, plantea que la CVPL, no debe ser un problema exclusivamente femenino, sino de toda la sociedad en su conjunto, y de todos y cada uno de los individuos que la componen, siendo un reto social, al que se le debe dar respuesta, a pesar de ser un problema complejo, y a su vez lleno de contradicciones, por el deseo, por parte de la mujer, de asumir tanto el rol familiar como el laboral.

6.2. LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL Y LABORAL Y LA SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO DE LAS ENFERMERAS DE APS

A continuación, se analizarán los resultados descriptivos, de los ámbitos fundamentales de estudio de nuestro trabajo: la CVPL y la ST, para un total de 276 enfermeras de APS, que constituyen nuestra muestra definitiva.

6.2.1 La Conciliación de la Vida Personal y Laboral(CVPL)

La gran mayoría de los estudios consultados, y que se han realizado en este ámbito, se centran únicamente, en el análisis de las interacciones *negativas* que se producen, entre el contexto familiar y laboral (NWHI y NHWI) para poder explicar la CVPL, y no así en las interacciones positivas (PWHI y PHWI), entre ambos contextos.

Para nosotros, y así se ha reflejado en el modelo planteado en esta tesis, tanto las influencias positivas como las negativas, y en ambas direcciones, son determinantes, a la hora de explicar el nivel de satisfacción en el ámbito laboral de las enfermeras de APS.

Si partimos en primer lugar del análisis de las influencias negativas, los resultados obtenidos, están en consonancia con los estudios realizados por autores como Fujimoto¹⁶⁰, Van Hoof²⁹¹, Greenhaus^{87,89}, coincidiendo con la percepción de las enfermeras de la muestra, que consideran que las demandas laborales, tienen mayor influencia en las responsabilidades familiares y actividades personales, donde la dirección de la interacción negativa es, del trabajo hacia la familia (NWHI).

También, Van Hoof, Geurts, Kompier y Taris²⁹¹ y Heijden, Demerouti y Bakker¹⁵⁸, presentan resultados en esta dirección, y añaden que, cuando las oportunidades de recuperación después del trabajo son inadecuadas, en cantidad y calidad, por las altas demandas familiares, el sistema biológico se altera, y los individuos

tienen conflictos para la asunción de rol laboral y familiar, pudiendo tener consecuencias adversas para la salud.

A su vez, Killien¹⁵⁵ también confirma, las influencias en la salud de las enfermeras, como consecuencia de las interferencias negativas del trabajo en la familia (NWHI), aumentando el riesgo cardiovascular, y afectando en la salud reproductiva con disminución de los embarazos, mayor prematuridad, y bajo peso de los recién nacidos.

En cambio Simon y Hasselhorn¹⁵⁶, manifiestan encontrar algunas diferencias entre las enfermeras de género femenino y masculino en relación a la CVPL, con mayor interacción del trabajo en la familia para las mujeres. Destacando a su vez, interesantes variabilidades entre los distintos grupos de edad y nacionalidades, otorgando mayor influencia negativa del trabajo a la familia (NWHI), para el grupo de enfermeras entre 30 y 35 años de edad y de nacionalidad italiana, y menor interferencia entre las enfermeras, alemanas y finlandesas, país éste último, con políticas sociales de ayuda a las familias, ampliamente desarrolladas.

Al mismo tiempo, un reciente estudio realizado por la Generalitat de Catalunya en el año 2009³⁰⁶, plantea que al 51,2% de las mujeres y al 29,1% de los hombres que tienen hijos, les influye de forma negativa las responsabilidades familiares en el ámbito laboral, aspecto éste, no determinante en nuestros resultados, ya que el porcentaje de enfermeros (género masculino) en la muestra, es poco representativo, destacando de nuevo, el análisis de las interacciones negativas.

Otros autores como Grzywacz, Frone, Brewer, Kovner¹⁵⁷, coinciden también con los resultados obtenidos en nuestro estudio, y concluyen que las interferencias negativas, son mayores del trabajo hacia la familia (NWHI), y están asociadas al horario laboral y a la responsabilidad del cuidado de niños pequeños. En cambio, Fujimoto, Kotani y Suzuki¹⁶⁰, dicen que el horario nocturno de las japonesas, no influye en la CVPL, y consideran como un factor determinante, la ausencia de soporte familiar, para el cuidado de los hijos en edad preescolar.

No obstante, algunos autores como Greenhaus⁸⁶, Carlson⁹¹, Wayne¹²¹, han elaborado modelos de análisis que plantean aspectos de esfuerzo-recompensa en alguno de los dos roles (familiar o laboral). Incluso manifiestan que el trabajo puede enriquecer el ámbito familiar, a partir de la consideración de que, la adquisición de habilidades en la resolución de conflictos en el trabajo, les permite resolver situaciones de estrés de forma más eficiente con sus hijos, parejas u otros miembros del entorno familiar, y viceversa.

Estos enfoques, contrastan de forma importante con los resultados obtenidos en nuestro estudio, y en donde podemos observar, que la muestra de enfermeras otorga mayor importancia a las interacciones **positivas** que el rol familiar puede ejercer sobre el rol laboral (PHWI), con una valoración media de 3,47 sobre 5, que a las interacciones **negativas** entre ambos roles, con unos valores promedios de 1,74 para las interacciones negativas familia trabajo (NHWI), y 2,33 para las interacciones negativas trabajo familia (NWHI).

Estos datos, vienen a confirmar el correcto planteamiento de nuestro modelo, al incluir en el mismo, tanto el análisis de las interacciones negativas, como de las positivas.

6.2.2 La Satisfacción en el Trabajo (ST)

Desde un punto de vista de la satisfacción en el trabajo, los resultados de nuestro estudio, nos demuestran que, la media de satisfacción de las enfermeras de APS de la muestra, es de 3,91 sobre 5, lo que se podría valorar como un grado de satisfacción muy aceptable.

Un estudio muy similar realizado por Fernández²²⁷, en el que se ha utilizado el mismo cuestionario de Font-Roja, se observó que, el nivel de satisfacción percibido por las enfermeras (N=152) de APS, era algo más bajo, con una media de 3,2 sobre 5.

En otro estudio posterior, realizado en España por Peiró²²⁹, muestra también unos valores de satisfacción global de las enfermeras (N=120) de 4,19 sobre 7, similares a los obtenidos por Fernández, y algo inferiores a los resultados que se han obtenido en nuestro estudio. Destacamos también, el trabajo presentado por Vela¹⁵³, que muestra una media de satisfacción global de 3,38 sobre 5, siendo el nivel de satisfacción con el tiempo dedicado al ocio y la familia, los ítems peor valorados, con 2,37 y 2,26 sobre 5 respectivamente.

Si hacemos un análisis más exhaustivo, de las diversas dimensiones que configuran el constructo de la ST, destacamos que las Relaciones personales con los compañeros, la Competencia profesional y las Relaciones con las direcciones son las dimensiones más valoradas, con una media de 4,00, 3,53 y 3,48 sobre 5 respectivamente, en las enfermeras de la muestra. En cambio, obtiene una puntuación más baja, la dimensión que hace referencia a la Presión en el trabajo con una media de 2,64 sobre 5, y la Tensión relacionada con el mismo, con una media de 2,90.

Estos resultados coinciden con una amplia revisión de los estudios realizados por Caers²²², y Kovner²⁸⁸, en enfermeras de APS, donde las buenas relaciones personales con los compañeros y el buen entendimiento con las direcciones de los centros asistenciales, eran variables determinantes en el nivel de ST de las enfermeras. A su vez Campbell, Fowles y Weber²⁰⁴, a partir de un modelo de análisis, basado en la teoría de la motivación de Maslow, concluyen que el ambiente laboral y la complicidad entre supervisores y personal de enfermería, tienen una relación muy positiva con la ST, y además contribuye de forma importante, a aumentar la autoestima y auto-confianza de las enfermeras.

Si analizamos la Presión y la Tensión relacionada con el trabajo, la Promoción profesional y las Características extrínsecas de estatus, como las dimensiones menos valoradas por las enfermeras de la muestra, coinciden con los resultados presentados por Peiró²²⁹ y Molina³⁰⁷, donde la sensación de falta de tiempo para realizar el trabajo, y sentirse muy agotado al final de la jornada laboral, son consideradas como variables de clara influencia en la ST de las enfermeras, lo

que repercute en la asunción de las responsabilidades del rol familiar, y en el desarrollo de las actividades personales y profesionales.

La Presión asistencial, puede resultar una amenaza para la seguridad y confianza de las enfermeras, ya que la falta de tiempo puede reducir la capacidad de estas profesionales para detectar necesidades y establecer prioridades asistenciales. Tal y como lo define Moreno²⁶⁷, pueden incurrir en un “fallo de rescate”, entendido como, el fracaso en la identificación apropiada de las complicaciones de los pacientes que requieren una actuación rápida.

En cuanto a la Promoción profesional y las Características extrínsecas de estatus, deberían replantearse estrategias que permitan mayor autonomía para organizar sus agendas profesionales y personales, y diseñar incentivos individuales que valoren el grado de implicación en los proyectos asistenciales, docentes y de investigación, contribuyendo así, a incrementar el nivel de satisfacción de las enfermeras y facilitando una mejor CVPL.

6.3. ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DEL CUESTIONARIO SWING y FONT-ROJA

Se ha obtenido una fiabilidad del cuestionario **SWING**, para la totalidad de los ítems de las 4 dimensiones y medida a través del alfa de Cronbach de 0,821. Cuando se ha calculado esta misma fiabilidad, para las dos dimensiones positivas, se ha obtenido un alfa de 0,875 (PWHI y PHWI), y para las dos dimensiones negativas de 0,806 (NWHI y NHWI).

Los valores obtenidos en todos los ítems, se sitúan por encima del índice alfa de Cronbach de 0,70 recomendado por diferentes autores^{308, 309}.

Estos resultados, están muy en la línea con los obtenidos por Geurts, Taris, Kompier, Dikkers, Van Hoof y Kinnunen⁸⁸, autores del cuestionario en su versión original, con un alfa para cada una de las dimensiones de 0,84 para la NWHI, 0,75 para la NHWI, 0,75 para la PWHI y 0,81 para la PHWI.

Otros autores como Laurel, Gana y Wawrzyniak³¹⁰, presentaron un alfa de Cronbach para el mismo cuestionario SWING, en las diferentes dimensiones de 0,77 NWHI, 0,66 NHWI, 0,69 PWHI, 0,73 PHWI, con valores inferiores para las dimensiones NHWI, PWHI y PHWI, y valores iguales para la dimensión NWHI a los obtenidos en nuestro estudio.

Los resultados de fiabilidad del SWING presentados por Moreno, Sanz, Rodríguez y Geurts³¹¹, son para cada una de las dimensiones unos coeficientes de 0,89 NWHI, 0,84 NHWI, 0,77 PWHI, 0,85 PHWI, destacando valores algo superiores para las dimensiones NWHI y NHWI, algo inferiores para la dimensión PWHI y valores prácticamente iguales, para la dimensión PHWI, a los resultados obtenidos por nosotros.

También, los resultados presentados por Blanch y Aluja³¹², para medir la fiabilidad de un cuestionario, que valora la interacción familia-trabajo (HWI), y trabajo-familia (WHI), sin tener en cuenta las características de la misma (positiva o negativa), obtienen unos coeficientes alfa de 0,82 para WHI, y 0,64 para la HWI.

A su vez, Carlson, Kacmar y Williams³¹³, a partir de un meta análisis de 25 artículos publicados entre 1986-1996, en donde se evalúan la fiabilidad de un cuestionario, que al igual que el anterior, valora únicamente la dirección de la interacción (trabajo-familia y viceversa), se ha obtenido una gran variabilidad en los coeficientes alfa, oscilando entre un rango de 0,56 y 0,92 .

Por último otro estudio posterior presentado por Carlson, Kacmar, Holliday, Grzywacz⁹¹, en el que se medía la fiabilidad de otro cuestionario, en la misma línea que el anterior, y considerando exclusivamente, el enriquecimiento que la interacción podía generar en algunos de los dos ámbitos laboral y familiar, se obtuvieron unos coeficientes, que oscilaban entre 0,64 y 0,84.

A la vista de los resultados obtenidos por otros autores en diferentes estudios, se puede concluir que, la fiabilidad del cuestionario utilizado en nuestra tesis, está en consonancia con los mismos, y con la fiabilidad de la versión original del

cuestionario Survey Work-Home Interaction Nijmegen “SWING”, teniendo en cuenta, que se ha obtenido un valor alfa de Cronbach, que oscila entre 0,802 y 0,822 para cada uno de los ítems.

La validez, en este caso predictiva del SWING, queda claramente contrastada, ya que como hemos visto en el modelo de regresión planteado, el cuestionario utilizado, ha resultado ser un buen instrumento para explicar la satisfacción en el ámbito laboral, de las enfermeras de APS.

La fiabilidad del cuestionario **Font-Roja**, para la totalidad de los ítems de las 9 dimensiones, y medida también a través del alfa de Cronbach, ha sido de 0,848, y con valores que oscilan entre 0,836 y 0,854, cuando se eliminan uno a uno los ítems de la escala, valores éstos, superiores a un alfa de Cronbach de 0,70, recomendado por diferentes autores^{308,309}.

Este cuestionario, ha sido ampliamente utilizado en el ámbito asistencial, y los diferentes autores^{299,300,314} que han utilizado el mismo, obtienen unos valores promedios alfa de 0,773, algo inferiores a los coeficientes obtenidos en nuestro modelo.

6.4. RELACIONES ENTRE LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL (CVPL) Y LABORAL Y LA SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO (ST)

La gran mayoría de los estudios que hemos revisado, llevan a cabo un análisis de relación, entre diferentes variables referidas al ámbito familiar, contemplando entre ellas la CVPL y la ST, o bien entre diversas variables, referidas al ámbito laboral, teniendo también en cuenta la CVPL y la ST entre estas variables.

Como ya hemos visto en capítulos anteriores, en nuestra tesis, hemos planteado el estudio de la ST en relación a la CVPL, tanto desde el punto de vista de la dirección de la interacción familia-trabajo y viceversa, como desde el punto de vista, de las características de la misma, positiva o negativa, en el bien entendido,

de que tanto los aspectos negativos, como los positivos, pueden estar relacionados con la ST de las enfermeras.

Los resultados nos confirman, el planteamiento correcto de nuestro estudio, ya que las interacciones familia-trabajo negativas o positivas guardan una relación significativa con la ST, en concreto $r=-0,33$ y significación $p\leq 0,000$ para la NHWI y $r = 0,19$ y significación $p\leq 0,001$ para la PHWI, resultando igualmente significativa, la relación con la ST de las interacciones trabajo-familia tanto negativas como positivas, con valores de $r= 0,50$ y $p\leq 0,000$ para la NWHI y $r = 0,16$ y $p\leq 0,005$ para la PWHI.

Algunos estudios, con enfermeras japonesas (N=243) y afro-americanas (N=23), como los de Yildirim, Aycan¹⁶¹ y Gipson-Jones¹⁶⁶, afirman que las altas demandas laborales, el contexto cultural (discriminación de género histórico y presente), el bajo soporte de las direcciones de los centros asistenciales y el horario irregular, tienen una alta correlación con el bienestar y la ST, provocando interacciones negativas entre el trabajo, la familia (NWHI) y la satisfacción, con unos coeficientes de correlación $r=-0,18$, y una significación de $p\leq 0,01$, para los resultados de las enfermeras japonesas, lo que demuestra, que existe una relación muy significativa entre las dos variables.

Greenhaus⁸⁹, estudió entre otros aspectos, la posible relación entre la satisfacción global (laboral y familiar), y la interacción trabajo familia y viceversa (WHI y HWI), en una muestra 353 personas casadas, obteniendo unos valores de correlación significativos de $r=-0,24$, una significación $p\leq 0,01$, una $r=-0,33$ y una $p\leq 0,01$, entre WHI y satisfacción global respectivamente, resultados éstos muy similares a los obtenidos en nuestro estudio.

A su vez, Ford, Heinen, Langkamer³¹⁵, a partir de un meta análisis, estudiaron la relación entre HWI y la ST, en un total de 46 muestras procedentes de otros tantos artículos, con una N = 44.316 individuos.

Obtuvieron una media de coeficiente de correlación ponderada en función del tamaño de la muestra de $r = -0,11$, y una $p \leq 0,14$, en este caso significativamente inferior, a las relaciones obtenidas en nuestro estudio.

En otro estudio, realizado por Namasivayam y Mount³¹⁶, en una muestra de 496 trabajadores del sector de servicios, americanos y descendientes de hispanos, analizaron la posible relación, entre la ST y la WHI y la HWI, y los coeficientes de correlación fueron de $r = -0,19$ y $r = -0,023$ respectivamente, con una significación $p \leq 0,01$ el primero, y nada significativa el segundo, en la línea de los resultados obtenidos en nuestro estudio, para la interacción trabajo familia (WHI), y muy inferior para el segundo, es decir la interacción familia trabajo (HWI).

De igual modo, Moreno y otros autores²⁹², han realizado un estudio con 128 profesionales de enfermería españoles de un servicio de urgencias médicas, en el que han analizado entre otras cuestiones, las posibles relaciones entre WHI y la HWI con la satisfacción, obteniendo correlaciones muy significativas de $r = -0,38$ y $p \leq 0,001$ y $r = -0,42$ y $p \leq 0,001$.

Por último destacar, que no se pueden menospreciar las consecuencias que una falta de equilibrio entre la asunción del rol familiar y laboral, puede tener en la satisfacción de las enfermeras, y también en la salud pública, ya que algunos estudios^{111,251,282,283,317}, empiezan a alertar del aumento del absentismo laboral, y las dificultades para atender a los hijos, con un aumento de la medicación para enviarlos a la escuela lo antes posible, así como, cambios en los hábitos alimentarios, como consecuencia de los desórdenes de horarios.

6.5. MODELO DE PREDICCIÓN DE LA SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO A PARTIR DE LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL Y LABORAL

Históricamente, los estudios realizados para conocer la influencia que la CVPL puede tener en la ST, a la hora de contemplar la CVPL como una de las variables predictoras de la satisfacción, se ha tenido en cuenta, únicamente, la influencia que la familia puede ejercer en el trabajo (HWI).

En cambio, en el modelo de análisis planteado en esta tesis, se ha considerado la Satisfacción en el Trabajo (ST) como variable dependiente, y las 4 dimensiones de la Conciliación de la Vida Personal y Laboral (CVPL) como variables predictoras, teniendo en cuenta, a su vez, la *bidireccionalidad* de la interacción, es decir, la influencia que el trabajo puede ejercer en la familia, y viceversa (WHI y HWI), así como las *características o calidad* de la misma (positiva o negativa).

Al mismo tiempo, se ha constatado que por lo general, en los estudios revisados se plantean dos modelos separados, para el análisis de la influencia que puede ejercer la CVPL sobre la ST, utilizando un modelo para medir los aspectos relacionados con el trabajo y su influencia en la ST, y otro modelo para medir la influencia de los aspectos familiares, en el ámbito laboral y profesional.

Los resultados de nuestro estudio, confirman la influencia muy significativa de las interacciones negativas del trabajo y familia (NWHI) en la ST de las enfermeras, con una $\beta=-0,47$, una *t* de Student = -8,40 y una significación de $p\leq 0,000$. Igualmente es muy significativa para las interacciones negativas de la familia al trabajo (NHWI), con una $\beta=-0,15$, una *t* = -2,71 y una $p\leq 0,007$, y para las interacciones positivas del trabajo hacia la familia (PWHI), con una $\beta=0,21$ una *t* = 3,26 y una $p\leq 0,001$.

En cambio, no es significativa la influencia de las interacciones positivas de la familia hacia el trabajo (PHWI) sobre la ST, con una $\beta= 0,04$, una *t* = 0,59 y una $p\leq 0,553$.

Respecto a la potencia explicativa del modelo, con un $R^2 = 0,33$, nos confirma la bondad o capacidad predictiva del mismo, dado que únicamente, los aspectos referidos a la CVPL en toda su amplitud, son capaces de explicar, más de una tercera parte de la ST de las enfermeras de la muestra, teniendo en cuenta que, pueden existir también otras variables, con clara influencia en la satisfacción.

Yildirim y Aycan¹⁶¹, plantearon un modelo de regresión en el que se contemplaban entre otras variables predictivas, las interacciones del trabajo en el ámbito familiar (NWHI) con 243 enfermeras turcas, obteniendo una $\beta = -0,10$, y una $p > 0,05$ para la NWHI como variable predictiva de la satisfacción, siendo el valor muy poco significativo y bastante alejado del resultado de nuestro estudio. Al igual que Moreno²⁹², con una muestra de 128 enfermeras españolas, que llevó a cabo un análisis de regresión, en el que se consideró como variable dependiente la satisfacción en la vida, y como predictoras, una serie de variables, entre las que se contemplaban la WHI y la HWI.

La potencia explicativa del modelo fue de $R^2 = 0,25$ con unas “ β ” de 0,28 y -0,30 respectivamente, en la línea con los datos obtenidos en nuestro modelo.

Sin embargo, en dos estudios realizados en población del sector de servicios, uno por Greenhaus y otros⁸⁹, donde se analizaron la capacidad predictiva de la calidad de vida, a partir de diversos componentes, como el equilibrio trabajo-familia, obteniendo una $R^2 = 0,35$, valor éste muy similar al obtenido en nuestro estudio, para predecir la ST a partir de las 4 dimensiones de la CVPL. Y otro estudio realizado por Namasivayam y Mount³¹⁶, donde entre otras variables, analizaron las influencias de la interacción trabajo y familia (WHI y HWI), obteniendo una $R^2 = 0,08$ y una $p > 0,05$, datos muy alejados de nuestros resultados.

Con el objetivo de estudiar el efecto que sobre la ST podía tener la interferencia de la familia en el trabajo (HWI), sin considerar las características de la misma (positiva o negativa), Ford y otros autores³¹⁵, hicieron una regresión con los mismos datos del meta análisis realizado con 44.316 individuos, y obtuvieron unas $\beta = -0,05$ para la HWI, y una $R^2 = 0,07$, para el modelo que ellos planteaban, valores estos también alejados de los obtenidos en nuestro estudio. En su caso,

además de las variables predictoras de familia y trabajo, se tenían en cuenta el conflicto, el estrés, el horario y el soporte familiar.

Por último, añadir que las variables sociodemográficas no ejercen, en general, una influencia determinante en la ST. Se aprecia una influencia significativa de la edad y la situación laboral de la pareja, sin duda debido a que las enfermeras de la muestra, tienen una media de edad de 43 años, y una tasa de fertilidad muy baja, y teóricamente tienen menos cargas familiares porque los hijos son mayores, y por lo tanto tienen menos problemas para la CVPL. En relación al efecto significativo que tiene la situación laboral de la pareja, hay que tomarlo con la debida cautela, dada la poca representatividad de la muestra, en algunas de las categorías de estas variables, como son el nº de familiares dependientes (hijos, padres, tíos, etc.), y el sesgo de género masculino.

✚ CAPÍTULO 7: CONCLUSIONES

A la vista de los resultados obtenidos, en relación a la influencia que la Conciliación de la Vida Personal y Laboral (CVPL) tiene en la Satisfacción en el Trabajo (ST) de las enfermeras de Atención Primaria que han participado en este estudio, podemos concluir lo siguiente:

1. El perfil de las enfermeras es, de género femenino, con una media de edad de 43 años, y con pocas cargas familiares. Más de la mitad, tienen contrato fijo, y prácticamente el 50%, tienen horario deslizando. La experiencia laboral, es de 14 años de media, y se dedican, mayoritariamente a la actividad asistencial.
2. Las enfermeras, hacen una valoración significativamente diferente, en relación a las influencias negativas y positivas de la interacción trabajo familia y viceversa. Queda claramente demostrado, que dan mayor importancia a las **influencias positivas**, que diferentes aspectos de la vida familiar y laboral, pueden tener en la CVPL. Valoran de forma más importante, el hecho de que sentirse satisfecha en el ámbito laboral, contribuye al disfrute de un buen ambiente familiar.
En cambio, conceden menor relevancia a las influencias negativas, que las exigencias o demandas en uno de los roles, puede provocar en el otro.
3. En general, manifiestan sentirse muy satisfechas con su profesión, y consideran estar muy capacitadas para el desarrollo profesional.
No obstante, manifiestan un gran descontento con la presión asistencial a la que están sometidas, así como la percepción de la falta de tiempo para realizar las tareas asistenciales. A su vez, consideran como muy negativo, la falta de promoción profesional, y la escasez de tiempo para la formación continuada y el reciclaje.
4. Los resultados obtenidos, nos indican que el cuestionario SWING, utilizado en su versión en castellano, muestra unas propiedades psicométricas muy

satisfactorias, por lo que lo consideramos como una medida válida y fiable para evaluar las relaciones entre el trabajo y la familia.

5. A pesar de que, valoran como más importante, las interacciones positivas del rol laboral y personal en la Conciliación de la Vida Personal y Laboral, establecen una correlación más significativa, entre **la influencia negativa** que puede tener el trabajo-familia (NWHI), y la familia-trabajo (NHWI), en la Satisfacción en el Trabajo.

No obstante, destacar que, cuando hacen una valoración exclusiva de la Conciliación, sin tener en cuenta la influencia en su Satisfacción, le conceden mayor importancia, a las influencias positivas y al enriquecimiento personal y profesional, que puede suponer la asunción del rol familiar y laboral. En cambio, a la hora de establecer, una relación entre la Conciliación de la Vida Personal y Laboral y la Satisfacción en el Trabajo, le otorgan una mayor influencia a las **interferencias negativas**, que puede provocar la falta de equilibrio, en uno de los dos roles.

6. De acuerdo con el modelo de análisis planteado, las 4 dimensiones de la Conciliación de la Vida Personal y Laboral (NWHI, NHWI, PWHI y PHWI), son capaces de explicar por sí solas, más de una tercera parte de la Satisfacción en el Trabajo de las enfermeras.

Esta realidad, nos viene a demostrar, que a la hora de medir la influencia que la CVPL tiene en la ST, las interacciones negativas, son las que interactúan de forma más directa, constatando una vez más, que a los individuos en general, nos afecta mucho más, las vivencias negativas en el quehacer de nuestra vida cotidiana, que las positivas, destacando que las cargas familiares y las vivencias positivas en el hogar, tienen menos repercusión en el ámbito laboral y en la Satisfacción en el Trabajo.

En ocasiones, las interacciones negativas y/o positivas de las demandas familiares o laborales, pueden generar malestar en los propios individuos, y a menudo éste, se asocia a una crisis de valores de la propia sociedad, pero posiblemente, lo que está en juego, es el conflicto en la asunción de los dos roles.

Podemos considerar, que el gran reto de la CVPL, es hablar de personas, de una nueva cultura del trabajo, de capacidades y talentos, de usos del tiempo, y del reconocimiento de los mismos derechos, al disfrute de la familia y del trabajo, tanto para los hombres, como para las mujeres. Si se desea tener, un colectivo de profesionales de la salud satisfecho con su trabajo, hemos de cuidar de manera especial, la interacción negativa que los aspectos laborales, pueden ejercer sobre la familia, ya que por sí sola, esta interacción, explica en gran medida el nivel de Satisfacción de las enfermeras.

Aunque, nos queda un largo y tortuoso camino por recorrer, hemos de tener la confianza de que, con el esfuerzo de todos los actores implicados, seremos capaces de conseguir el objetivo, de poder armonizar nuestro tiempo profesional, familiar y personal, llegando a considerar el uso y disfrute del tiempo, como un valor en alza en nuestra sociedad.

Por último, se presentan algunas de las limitaciones del estudio:

- El modelo de análisis que se ha planteado en esta tesis, nos permite medir únicamente, una de las variables que pueden influir en la Satisfacción en el Trabajo de las enfermeras, teniendo en cuenta, que hay otras variables que pueden incidir, de forma directa o indirecta en la Satisfacción. No obstante, el modelo planteado, tiene una gran potencia explicativa, y nos permite concluir que la CVPL, explica por sí sola la tercera parte de la Satisfacción en el Trabajo de las enfermeras, de la muestra.
- El tipo de selección de la muestra, ha sido de conveniencia, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.
- El menor número de varones de la muestra, puede representar un sesgo en la percepción de las interacciones positivas o negativas, en el ámbito laboral y personal.
- El cuestionario utilizado para la medición de la satisfacción, a pesar de estar validado ampliamente en el ámbito asistencial, y mostrar una alta fiabilidad en todos los ítems, presenta algunas variabilidades, en cuanto a las cargas factoriales de las nueve dimensiones, por lo que en futuras investigaciones, se podría revisar la distribución de los diferentes ítems, en cada una de las dimensiones.

✚ PROPUESTAS DE FUTURO PARA EL SIGLO XXI

Nuestra propuesta, es buscar nuevas fórmulas de conciliación real, que favorezcan patrones de convivencia saludables, con mayor flexibilización de los horarios laborales, y mayor satisfacción de los profesionales.

Hemos de tener en cuenta, que tiempo de ocio, familia y trabajo, a veces, son dos conceptos antagónicos, especialmente en la profesión de enfermera, cuyos horarios son generalmente extensos y diferenciados del resto del núcleo familiar. Todo ello, requiere de un cambio de actitudes, en el reconocimiento social y económico del trabajo doméstico y de cuidados, pudiendo ser considerado, como un valor para la sociedad, y un derecho de las personas a poder gestionar su tiempo.

Es pues, a partir de las conclusiones derivadas del trabajo empírico, que nos atrevemos a sugerir, una serie de propuestas de actuación, de cara al futuro, desde un enfoque muy general, y que debería traducirse en acciones concretas.

Estas propuestas, se han agrupado en dos grandes categorías, las que de alguna manera, afectan directamente a aspectos relacionados con la CVPL, y las que son propias del ámbito laboral, e influyen en la ST de las enfermeras.

1: DIRIGIDAS A FACILITAR LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL Y LABORAL

Hay que incrementar, la disponibilidad de tiempo para la vida personal y familiar, teniendo en cuenta, que tanto el trabajo como la familia, requieren tiempo y energía. En esta línea, se pueden plantear las siguientes propuestas:

- **Flexibilidad horaria y banco del tiempo^{cc}**: La flexibilidad, se vincula con la posibilidad de adaptar los horarios a las necesidades de las familias, que varían según la edad y capacidad de sus integrantes, épocas del año,

^{cc} El banco de tiempo, es un sistema de intercambio de servicios por tiempo, en el que la unidad utilizada, no es el dinero habitual, sino una medida de tiempo.

acontecimientos inesperados, y a las actividades asistenciales, también sujetas a fluctuaciones estacionales, de mayor o menor necesidad asistencial.

La valoración de estas circunstancias, facilitaría la distribución de los tiempos dedicados al cuidado familiar y al trabajo presencial remunerado. Se podrían implantar medidas innovadoras, como: planificación de reuniones del equipo asistencial, en horarios que no interfieran en la armonización del tiempo laboral y familiar, creación de bancos del tiempo según épocas estacionales, respetando los horarios de atención asistencial, permitiendo que el personal de enfermería, se distribuya el tiempo, en función de sus necesidades familiares y personales y las del centro asistencial.

Si se plantea la flexibilidad, como una medida de conciliación, ésta debe beneficiar al trabajador y su familia. Debe contribuir, a que tenga más recursos a la hora de organizar su tiempo y espacio de trabajo, sin perjuicio del normal desarrollo de la actividad asistencial, y por supuesto, del resto del equipo asistencial.

- **Corresponsabilidad de las tareas domésticas:** Un segundo aspecto, sumamente relevante en este ámbito, es la necesidad de equilibrar el tiempo de trabajo doméstico, entre los miembros de la familia, y favorecer por tanto, la igualdad de género en la atribución de roles. Somos conscientes, de que en los últimos años y en las sociedades avanzadas, se están produciendo algunos avances, en cuanto a la equidad de género, pero aún estamos, en la fase "embrionaria" de ese proceso de cambio cultural y social, en el que hombres y mujeres, debemos adaptarnos a un nuevo contexto, en donde las responsabilidades deben ser compartidas, evitando que sean siempre las mujeres, las que tengan que adaptar la vida profesional, a los requerimientos familiares.

La dedicación a la vida privada, por parte de los hombres, debería plantearse como ganancia, haciendo hincapié en lo que de positivo puede tener esta realidad, pudiendo enriquecerse mutuamente en la asunción de ambos roles.

Al mismo tiempo, las mujeres son mayoría en el contexto sanitario, y debemos reivindicar la igualdad, a partir de la capacidad de decisión frente al equilibrio de nuestro tiempo personal, erradicando los estereotipos de género, de hombre proveedor y mujer cuidadora.

Finalmente y con el objetivo de potenciar, en mayor medida, las dos propuestas anteriores, pedir a las administraciones, la creación y financiación de servicios, que ayuden a atender a los hijos y familiares dependientes, como pueden ser:

- **Políticas públicas y oferta de servicios:** Las políticas de conciliación, deberían organizarse, desde las ayudas de tipo económico, medidas de desgravación fiscal por los servicios de ayuda, hasta la defensa de los derechos e igualdad, de todos los miembros de la familia. En este sentido, cabe destacar, el Plan aprobado por la Generalitat de Catalunya en marzo del 2010³¹⁸, a partir del cual, se establecen las bases, que regulan las subvenciones destinadas, al establecimiento de un Plan de igualdad de oportunidades, entre hombres y mujeres, en el ámbito de las relaciones laborales en Catalunya.

También, la creación de servicios de ayuda para personas dependientes, comedores y guarderías, en la zona de influencia del centro asistencial, pueden contribuir a la reducción del estrés y preocupación de los trabajadores, por las responsabilidades familiares.

No obstante, somos conscientes, que el desarrollo de algunas medidas sociales, requieren de una coordinación de los servicios socio comunitarios y de las distintas administraciones, debiendo analizarse los recursos necesarios, en función del contexto demográfico y social.

- **Iniciativas de tipo social:** La Comisión Nacional para la Racionalización de los Horarios Españoles, y su normalización con la de países de la Unión Europea¹³³, junto con el Parlamento Español, establece un calendario de actuaciones para el 2010, que permita reestructurar los horarios escolares,

laborales y comerciales, guarderías y centros de día, para personas mayores y dependientes.

- **Iniciativas de soporte familiar:** La ayuda doméstica externa, también puede constituir una liberación de las responsabilidades del hogar y del cuidado de los hijos y personas dependientes, facilitando así una mayor disponibilidad de tiempo, por parte de los miembros de la unidad familiar.

No obstante, es difícil establecer el umbral de ayuda necesario, teniendo en cuenta, las desigualdades económicas y estructurales de las familias, así como, el establecimiento adecuado de las ayudas puntuales, en determinadas etapas del ciclo vital de las personas.

Posiblemente hasta ahora, ni las instituciones, ni la sociedad, ni los miembros de las propias parejas, han respondido adecuadamente al gran desafío social, de la incorporación de la mujer al trabajo. Pero todos hemos de hacer un esfuerzo de adaptación, para poder afrontar simultáneamente, la gestión familiar, trabajo profesional e inserción de la vida social pública.

2: DIRIGIDAS A AUMENTAR LA SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO

Si conseguimos articular, las diferentes estrategias propuestas, para la mejora de la CVPL, contribuiremos de forma importante, a aumentar la ST de las enfermeras asistenciales, considerando también, otras opciones que pueden favorecer, además, la disponibilidad de tiempo para la formación profesional, como son:

- **Disminuir la presión asistencial:** Hay que mejorar las condiciones de trabajo y la presión asistencial, ya que son los aspectos peor valorados, por el colectivo de enfermeras del estudio, teniendo en cuenta que, la ratio de enfermeras a nivel estatal, se sitúa en 532 por 100.000 habitantes, muy por debajo de la ratio europea, de 808 enfermeras por los mismos habitantes.

Al mismo tiempo, hay que mejorar la precariedad en la contratación laboral, siendo éstos, aspectos que deberían considerarse, a la hora de diseñar estrategias, que permitan reducir la presión asistencial, a la que están sometidas las enfermeras, en el contexto laboral. Si bien es cierto, que la dotación de recursos y el aumento de los contratos fijos y estables, dependen de las administraciones centrales y autonómicas, se pueden buscar otras fórmulas, que permitan reducir la presión asistencial y faciliten la mejora de la gestión del tiempo asistencial, como son:

- **Uso de la nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación** : El modelo asistencial actual, está pensado para el cuidado de la enfermedad aguda, pero en los últimos veinte años, han aumentado de forma considerable las enfermedades crónicas, a causa del envejecimiento de la población y los cambios en los estilos de vida, entre otros factores. En el futuro más inmediato, el sistema sanitario y sus profesionales, han de adaptarse a las nuevas herramientas tecnológicas, que pueden facilitar la gestión del tiempo asistencial, a la vez que ofrecer unos cuidados de excelencia profesional.

El ciudadano, podrá comunicarse con los profesionales de enfermería vía internet, teléfono móvil u otros dispositivos telemáticos. El enfermo y sus familiares, también serán más activos y co-responsables en la gestión de su salud, lo que implicará un cambio organizativo importante, tanto a nivel presencial, como por vía teleinformática, teniendo en cuenta, que las técnicas de la comunicación, tendrán un papel más decisivo en el cumplimiento del objetivo, de mejorar la CVPL de sus profesionales.

- **Gestión del tiempo y prevención del estrés**: Es importante que se organicen cursos de gestión del tiempo y prevención del estrés, con el objetivo de que sus trabajadores, adquieran habilidades en la optimización del mismo, y en el manejo de la tensión, ya que en ocasiones, a pesar de tener organizado las tareas y responsabilidades familiares, pueden surgir situaciones imprevisibles y no controladas, como accidentes, enfermedad, divorcios, adopciones e incluso oferta de formación no planificada ni prevista.

Algunos autores³¹⁹, afirman que la formación en la gestión del tiempo y el estrés, ayudan en gran medida, a la búsqueda de soluciones menos estresantes y traumáticas.

- **Creación de centros asistenciales magnéticos:** Otra estrategia puede ser la que plantean la "American Nurses Credentialing Center" (ANCC) sección de la "American Academy of Nursing" (AAN)³²⁰, que reconocen a partir del año 1980 los centros asistenciales calificados como "magnéticos". Siendo considerados como tal, aquellas organizaciones asistenciales, que son capaces de atraer y retener de forma permanente, a los profesionales de enfermería más competentes. Consideran un entorno de trabajo "magnético", aquel que reúne algunas características, que las enfermeras consideran importantes para sentirse satisfechas en su entorno laboral, siendo entre otras, las medidas facilitadoras y de soporte a la formación profesional, la flexibilidad horaria y la satisfacción personal y profesional de sus trabajadores asistenciales.

Finalmente, acabaré con una reflexión personal, que va más allá de los objetivos y de los resultados de esta tesis, pero que pueden ayudar a erradicar los estereotipos de género, tan instaurados en nuestra sociedad, teniendo en cuenta, que los estereotipos, son formas de ubicar a las personas, bajo un listado de características atribuidas a su condición de género, formando parte de las creencias o percepciones, y que se expresan en el momento de tomar decisiones.

A lo largo de la historia, se han asignado una serie de roles a los hombres y a las mujeres, de forma reduccionista, que con el tiempo se han ido asumiendo como naturales, olvidando por completo, que estos roles han sido asignados artificialmente.

Al mismo tiempo, la contextualización del término de CVPL, en la década de los años 80 del siglo pasado, ya ponía énfasis, en que la conciliación era un problema femenino, cuando lo que realmente hay que defender, es el derecho de las personas, sin condición de género, ha diseñar su propia vida.

Tal vez, deberemos insistir en la interpretación de la CVPL, como problema social y cultural, y la consecuente apuesta por la corresponsabilidad, por un lado, de hombres y mujeres, y, por otro, de los diferentes agentes sociales que intervienen en las estrategias y diseño de la regulación de las relaciones laborales, familiares y de género. Si conseguimos la CVPL, tal vez, tendremos la fórmula, para conseguir la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, y tal vez, podremos asistir al cierre de un ciclo histórico, de desigualdad de género.

BIBLIOGRAFIA

¹ Miró-Bonet M, Gastaldo D, Gallego-Caminero G. ¿Por qué somos como somos? Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976). *Enferm Clin* 2008; 18(1): 26-34.

² Organización Mundial de la Salud. Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: 2000.

³ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla de Salut de Catalunya a l'horitzó 2010. Els 5 eixos estratègics que articulen les polítiques de salut. Direcció General de Planificació i Avaluació. Barcelona: 2009.

⁴ Projecte MPAR-5 Millora dels Processos d'Avaluació de Resultats en Atenció Primària. Poder Resolutiu i Atenció Primària. Factors limitants. Visions i Aproximacions. Barcelona; 2003.

⁵ Libro Verde sobre el personal sanitario europeo. Comisión de las Comunidades Europeas COM(2008) 725. Bruselas; 2008 [acceso 12 marzo 2009] Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_es.pdf.

⁶ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Planificació i Avaluació. Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública. Barcelona; 2008.

⁷ Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Caracterització de les col·legiades i col·legiats. Informe anual 2008. [acceso 2 octubre 2009] Disponible en: <http://www.coib.cat/home.aspx>

⁸ Ramió A. Valores y Actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya. [tesis doctoral] Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales: Universidad de Barcelona; 2005.

- ⁹ Domínguez C. Construyendo el equilibrio: Mujeres, trabajo y calidad de vida. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.
- ¹⁰ Martínez JR. Enfermería y Europa. Rev Rol Enf 2004; 27(5): 360-366.
- ¹¹ Bertrán C. La Feminització de la Infermeria. Causalitat i Estratègies per a la Formació de Professionals. [tesis doctoral]. Dep.Pedagogia. Universitat de Girona; 2002.
- ¹² Torns T, Borrás V, Carrasquer P. La conciliación de la vida laboral y familiar ¿un horizonte posible?. Sociología del trabajo 2003; 50:27-59.
- ¹³ Arber S, Ginn J. Gender differences in informal caring. Health and Social care in the Community 1995; 3(9): 9-18.
- ¹⁴ Chinchilla N, Poelmans S, León C, Tarrés JB. Hacia la Conciliación de la vida laboral, familiar y personal (1) (2). Centro Internacional Trabajo y Familia. IESE . Universidad de Navarra; 2004.
- ¹⁵ Obeso C. VI Informe Ranstad. Mujer y Trabajo. Calidad del Trabajo en la Europa de los Quince. Barcelona: Instituto de Estudios Laborales (IEL) ESADE; 2006.
- ¹⁶ Alberdi I. La Nueva Familia Española. Madrid: Ed. Taurus;1999.
- ¹⁷ Pasarín MI, Millar R, Segura A. Aportaciones de la atención primaria y la salud pública al desarrollo de la salud comunitaria. Aten Primaria 2008; 40(3): 115-7.
- ¹⁸ Oficina Regional Europea de la OMS. Declaración de Munich. Enfermeras y matronas: una fuerza de salud (junio 2000). Biblioteca Lascasas 2005; 1 [acceso 12 marzo 2009] Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0062.php>

- ¹⁹ Internacional Council of Nurses. Las enfermeras y la atención primaria de salud. Declaración de posición del CIE. [acceso 2 julio 2008] Disponible en: <http://www.icn.ch/psprimarycaresp.htm>
- ²⁰ Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. Informe sobre Recursos Humanos sanitarios en España y la Unión Europea. Madrid: Consejo General de Enfermería; 2007.
- ²¹ Garcia R, Lázaro M^aP, Quintana M^aA. Mejora de la calidad del trabajo enfermero en atención primaria tras una estrategia organizativa. Barcelona: Metas de Enfermería. 2008; 11(5) :8-12.
- ²² Blendon RJ, Novell AJ. Confianza en el Sistema Nacional de Salud. Harvard Shool of Public Health y Fundació Biblioteca Josep Laporte. Barcelona: 2006.
- ²³ Generalitat de Catalunya. Llibre Blanc de les professions sanitàries a Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona: Secretaria General; 2003
- ²⁴ NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2005-06. Madrid: Elsevier; 2006.
- ²⁵ Ugalde M, Rigol A. Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA: Traducción, revisión y comentarios. Barcelona: Ed. Masson; 1999.
- ²⁶ Mc Closkey J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 4^a ed. Madrid: Elsevier; 2005.
- ²⁷ Moorhead S, Johnson M, Maas Meridean L, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4^a ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2009.
- ²⁸ Martín-Zurro A, Cano JF. Compendio de Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 2^a ed. Madrid: Elsevier; 2005.

²⁹ Piédrola G. Medicina Preventiva y Salud Pública 11ª ed. Barcelona: Masson SA; 2008.

³⁰ Martín-Zurro A. Cano JF editores. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2008

³¹ Mº Sanidad y Consumo. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Análisis de la situación de la Atención Primaria. Proyecto AP-21. Mº Sanidad y Consumo: Madrid;2007.

³² Caja C. Enfermería Comunitaria III. Atención Primaria 2ª ed. Barcelona: Masson; 2003.

³³ Consejo Internacional de Enfermeras. Servir a la comunidad y garantizar la calidad: Las enfermeras al frente de la atención primaria de salud. Ginebra: CIE; 2008.

³⁴ Generalitat de Catalunya. Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària 2007-2010 Elements estratègics per a la innovació. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2007.

³⁵ Garcia-Altés A. La salud a Barcelona 2007. Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona: 2008.

³⁶ Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res 2003; 38:831-65.

³⁷ Girbau MªR. Enfermería Comunitaria I. Salud Pública. Barcelona: Masson ; 2002.

³⁸ Organización Mundial de la Salud.62ª Asamblea Mundial de Salud. EB124/27

(16 enero 2009) [acceso 6 abril 2009] Disponible en: <http://ww.who.int/gb/ebwha/pdf>

³⁹ Real Decreto 137/1984 de 11 enero sobre Estructuras Básicas de Salud. Boletín Oficial del Estado. Núm 27 de 01/02/1984.

⁴⁰ Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado. Núm 280 de 22/11/2003.

⁴¹ Generalitat de Catalunya. Lideratge de la funció directiva. Comissió d'Ordenació de la Professi3. Consell de la Professi3 Enfermera. Grup de Treball Lideratge Professional. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2008.

⁴² Longo F. Liderazgo distribuido, un elemento crítico para promover la innovaci3. Rev Cap Hum 2008; 226 :84-91.

⁴³ Alberta Health and Wellness. Continuing Care Health Service Standards in Alberta and Canada. Edmonton: University of Alberta, Faculty of Nursing; 2003 [acceso 6 abril 2009] Disponible en: <http://ww.continuingcare.gov.ab.ca>

⁴⁴ Col.legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Posicionamiento del Col.legi Oficial d'Infermeria de Barcelona (COIB) sobre el Pla d'Innovaci3 de l'Atenci3 Primària i Salut Comunitària 2007-2010. Document aprovat en Junta de Govern del Col.legi Oficial d'Infermeria de Barcelona a 11 març 2009.

⁴⁵ Sistema de Informaci3 de Atenci3 Primaria SIAP, Sistema Nacional de Salud. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. [acceso 6 abril 2009] Disponible en: <http://ww.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/introduccion05.pdf>

⁴⁶ Institut d'Estadística de Catalunya-AEC/08. Titulats en infermeria 2003-07. [acceso 6 abril 2009] Disponible en: <http://www.ine>

- ⁴⁷ Instituto Nacional de Estadística INE. Mujeres y hombres en España 2009. [acceso 6 abril 2009] Disponible en: <http://www.ine.es/prodyser/pubweb/myh/myh.htm>
- ⁴⁸ Esteve J. Demanda Universitària i manca d'Infermeres a Catalunya. Consell de Col.legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya. Barcelona; 2008.
- ⁴⁹ Instituto de Estadística de Cataluña (IDESCAT). Taxes d'activitat, ocupació i atur. Per sexe i edad. [acceso 6 noviembre 2009] Disponible en: <http://www.idescat.cat/economia/inec?tc=3&id=0608&lang=es>
- ⁵⁰ Casanovas I, Escuredo B, Esteve J. Situación laboral de los recién graduados en una escuela universitaria de enfermería. *Enferm Clín* 2004; 14 (3): 157-66.
- ⁵¹ Ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado núm 128 de 29/05/03.
- ⁵² Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. Consejo Asesor de Sanidad. La Carrera Profesional de las Profesiones Sanitarias. [acceso 14 abril 2009] Disponible en <http://www.cge.enfermundi.com/servlet>
- ⁵³ Donner GJ, Wheeler MM. Es tu carrera profesional: Ocúpate de ella. Planificación y desarrollo de la carrera profesional. Consejo Internacional de Enfermeras. Geneve; 2001
- ⁵⁴ Mº de Trabajo y Asuntos Sociales. Llibre Blanc. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: Mº de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004.
- ⁵⁵ Morales JM. Telecuidados: Una opción efectiva y accesible. Comisión para el desarrollo de la enfermería en el Servicio Andaluz de Salud. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2002.

-
- ⁵⁶ Teleenfermería. Términos telemáticos en el área de la Salud. Tecnoglosario. [acceso 15 de octubre 2008] Disponible en: <http://teleenfermeria.iespana.es/teleenfermeria/teletermins.htm>.
- ⁵⁷ Comisión de las Comunidades Europeas. Libro Blanco. Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013). Documentos Com: núm 630; 2007; 1-12
- ⁵⁸ Cabero J. et al. Nuevas tecnologías aplicadas a la educación. Madrid. Síntesis; 2000.
- ⁵⁹ Cugota LL, et al. TicSalut, la revolució digital al Servei de les persones. Exemples d'innovació al sistema català de salut. Barcelona: Infonomia; 2007.
- ⁶⁰ Lleixa M. Las Tecnologías de la Información y de la Comunicación y la disciplina Enfermera. Sociedad Española Enfermería Informática e Internet. [acceso 15 octubre 2008] Disponible en: <http://www.seei.es/revista/revista.htm>.
- ⁶¹ Col.legi Oficial Infermeria de Barcelona. ¿Qué es la Enfermera Virtual?. [acceso 15 de octubre 2009]. Disponible en: <http://www.infermeravirtual.com/es-es/>
- ⁶² Capdevila G, Fabrellas N, Frias C, Padilla N, Porcar S, Roura L. Presentación del Centre de Seguiment de Malalties Cròniques. 6º CONGRESO DE LA AEC. Simposium Internacional de Enfermería Comunitaria. 8-11 noviembre 2006. Palau de la Música de Valencia . Actas del Congreso.
- ⁶³ Proyecto Linkcare en Cataluña [acceso 15 de octubre 2008]. Disponible en: <http://www.wikio.es/article/57795460>
- ⁶⁴ Nesbitt TS, Cole SL, Pellegrino L, Keast P. Rural outreach in home telehealth. Assessing challenges and reviewing successes. Telemed JE Health. 2006; 12: 107-113.

⁶⁵ Darkins A, Ryan P, Kobb R, Foster L, Edmonton E, Wakefield B, Lancaster AE. Care Coordination/Home Telehealth: the systematic implementation of health informatics, home telehealth, and disease management to support the care of veteran patients with chronic conditions. *Telemed JE Health* 2008; 14(10):1118-26.

⁶⁶ Sevean P, Dampier S, Spadoni M, Strickland S, Pilatzke S. Bringing the distance: educating nurses for telehealth practice. *J Contin Educ Nurs*. 2008; 39(9): 413-8.

⁶⁷ Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. Teléfono Azul de la enfermería española. Proyecto Epsilon XXI. [acceso 3 de noviembre 2009].

Disponible en:

http://www.cge.enfermundi.com/servlet/Satellite?pagename=SiteCGE/Page/Home_cge

⁶⁸ Col.legi Oficial d'Infemeria de Barcelona. La Enfermera virtual, un nou recurs per a l'educació per a la salut a l'abast de tothom. [acceso 6 noviembre 2009]

Disponible en : <http://www.coib.cat/>

⁶⁹ Rutenberg C, RNC,MNSc Cómo reconocer por teléfono las urgencias potencialmente graves. *Nursing (Barc)*. 2009; 27(1): 19-22

⁷⁰ Valiente ML, SemFYC and the New Technologies: Where are we coming from and were are going?. *Aten Primaria*. 2009; 41 (1): 3-5.

⁷¹ Borrás V, Torns T, Moreno S. Las políticas de conciliación: políticas laborales versus políticas de tiempo. *Rev. de Sociol*. 2007; 83: 83-96

⁷² Real Academia Española RAE. Diccionario de la Lengua Española. 22ª ed. Madrid: Espasa Calpe SA: 2001.

⁷³ Moliner M. Diccionario del uso del español.2ª ed. Madrid: Edit. Gredos; 1998

- ⁷⁴ Vado G, Octavio L. Concepto e historia de la conciliación. Rev. Internauta de práctica jurídica nº 10, 2002. [acceso 25 enero 2009] Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=297398>
- ⁷⁵ Kalliath T, Brough Work-life balance: A review of the meaning of the balance construct. Journal of Management & Organization 2008; 14 (3): 323-27.
- ⁷⁶ García JC. La conciliación laboral. Valladolid: Ed Lex Nova; 2005.
- ⁷⁷ Alonso M. La solución de los conflictos de trabajo. Madrid: Instituto de Estudios Económicos; 1979.
- ⁷⁸ Likadi. Introducción al enfoque integrado de género. Guía Básica. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer; 2003.
- ⁷⁹ Méda D. El tiempo de las mujeres. Conciliación entre vida familiar y profesional de hombres y mujeres. Madrid: Narcea S.A. de Ediciones; 2002.
- ⁸⁰ Macinnes J. Work-life balance: three terms in search of a definition. Ponencia presentada en el Seminario sobre "La organización social del tiempo: conciliación de la vida laboral y familiar". Organizado por el QUIT. Barcelona: Departamento de Sociología de la Universitat Autònoma de Barcelona; 2004.
- ⁸¹ Torns T. De la imposible conciliación a los permanentes malos arreglos. Cuad Rel Labor. 2005; 23(1): 15-33.
- ⁸² Torns T. Tiempos de trabajo: una aproximación desde la conciliación. Cuad Rel Labor. 2005; 23(2): 9-11.
- ⁸³ Grzywacz JG, Carlson DS. Conceptualizing work family balance: Implications for practice and research. Rev Adv Dev Human Resources 2007; 9 (4):455-471.

- ⁸⁴ Eby LT, Casper W, Lockwood A, Bordeaux C, Brinley A. Work and family reserach in IO/OB: Content analysis and review of the literature (1980-2002). *Rev. J. Vocat Behav.* 2005; 66: 124-197.
- ⁸⁵ Demerouti E, Bakker AB, Bulters AJ. The loss spiral of work pressure, work-home interference and exhaustion: Reciprocal relations in a three-wave study. *Rev. J. Vocat Behav.* 2004; 64:131-149.
- ⁸⁶ Greenhaus JH, Powell GN. When work and family are allies: A theory of work-family enrichment. *Academy of Magament Review* 2006; 31 (1): 76-92.
- ⁸⁷ Greenhaus JH, Beutell NJ. Sources of Conflict between work and family roles. *Academy of Management Review.* 1985; 10(1):76-88 [acceso 30 enero 2009]. Disponible en: <http://www.jstor.org/pss/258214>
- ⁸⁸ Geurts SE, Taris TW, Kompier MAJ, Dijkers JSE, Van Hoof MLM, Kinnunen UM. Work-home interaction from a work psychological perspective: Development and validations of a new questionnaire, the SWING. *Rev Work & Strees.* 2005; 19 (4): 319-339.
- ⁸⁹ Greenhaus JH, Collins KM, Shaw JD. The relation between work-family balance and quality of life. *J. Vocat Behav.* 2003; 63: 510-531.
- ⁹⁰ Clark SC. Work-Family border theory: A new theory of Work-Family Balance. *Human Relations.* 2000; 53 (6); 747-770.
- ⁹¹ Carlson DS, Kacmar KM, Wayne JH, Grzywacz JG. Measuring the positive side of the work-family interface: Development and validation of a work-family enrichment scale. *J. Vocat Behav.* 2006; 68: 131-164.
- ⁹² Orellana AM. Medidas para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. Análisis de las Directivas Comunitarias 92/85 y

96/34 y lagunas en su transposición al ordenamiento interno español. Madrid: Rev. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2002; 37:61-102.

⁹³ Miñambre C. La protección social en el proyecto de ley para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. Madrid: Rev. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1999; 19: 13-30

⁹⁴ Martín E. El empleo en la renovada Estrategia de Lisboa y las medidas laborales del Programa Nacional de Reformas de España. Madrid: Rev. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2008; 72.

⁹⁵ Parlamento Europeo. Informe final A5-0092/2004 sobre la conciliación de la vida profesional, familiar y privada. Brussels: 2004. [acceso 19 noviembre 2008]. Disponible en <http://www.europarl.europa.eu>

⁹⁶ Colina M. La dimensión social de la Unión Europea: balance de la presidencia alemana del Consejo (enero a junio de 2007) en los ámbitos del empleo y la política social, la juventud y las migraciones. Madrid: Rev. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2008; 72: 271-343

⁹⁷ Carrasquer P, Martín A. La política de conciliación de la vida laboral y familiar en la negociación colectiva. Un aspecto de la estrategia europea de empleo. Madrid. Cuadernos de Relaciones Laborales. 2005; 23(1): 131-150

⁹⁸ Story. El Debate sobre las 48 horas semanales llega a la Eurocámara. Parlamento Europeo. 2008 [acceso 19 noviembre 2008]. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/news>

⁹⁹ European Comisión DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Reconciliation of Work and Family Life. Peer Review in the Field of Social Inclusion Policies; Berlín: 2004. [acceso 19 noviembre 2008]. Disponible en: <http://www.peer-review-social-inclusion.net>

¹⁰⁰ Hole A. La conciliación en Noruega: de la intención a la acción. Conferencia Jornadas Conciliación Laboral y Familiar: La asignatura pendiente. Bizkaia: 2003; 23-36.

¹⁰¹ Bjartmarz J. La conciliación en Islandia de la intención a la acción. Conferencia Jornadas Conciliación Laboral y Familiar: La asignatura pendiente. Bizkaia; 2003: 39-51.

¹⁰² Ley 39/1999 de 5 noviembre para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. Boletín Oficial del estado núm 266 de 6/11/99

¹⁰³ Real Decreto 1368/2000, de 19 de julio de desarrollo de las prestaciones económicas de pago único por nacimiento de tercer o sucesivos hijos y por parto múltiple. Boletín Oficial del Estado núm 181 de 29/07/2000

¹⁰⁴ Real Decreto 1251/2001 de 16 de noviembre, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad y riesgo durante el embarazo. Boletín Oficial del Estado núm 276 de 17/11/2001

¹⁰⁵ Ley 40/2003 de 18 de noviembre, de protección a las familias numerosas. Boletín Oficial del Estado núm 277 de 19/11/2003

¹⁰⁶ Ley 51/2003 de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. Boletín Oficial del Estado. Núm 289 de 3/12/2003

¹⁰⁷ Real Decreto 180/2004 de 30 de enero, por el que se adoptan medidas para la conciliación de la vida laboral y familiar en relación con el disfrute a tiempo parcial de los permisos incluidos en el artículo 30.3 de la Ley 30/1984 de 2 de agosto, de Medidas para la Reforma de la Función Pública. Boletín Oficial del Estado núm 37 de 12/02/2004

¹⁰⁸ Resolución de 20 de diciembre de 2005, de la Secretaría General para la Administración Pública, por la que dictan instrucciones sobre jornada y horarios de trabajo del personal civil al servicio de la Administración General del Estado. Boletín oficial del Estado. núm 309 de 27/12/2005

¹⁰⁹ Orden APU/3902/2005 de 15 de diciembre, por la que se dispone la publicación del Acuerdo de la Mesa General de Negociación por el que se establecen medidas retributivas y para la mejora de las condiciones de trabajo y la profesionalización de los empleados públicos. Boletín Oficial del Estado núm 300 de 16/12/2005

¹¹⁰ Ministerio de Administraciones Públicas. Libro Electrónico. Plan Concilia Horarios y Teletrabajo. Madrid: INAP. 2006.

¹¹¹ Cardús S. Propostes d'intervenció per a la conciliació d'horaris familiars, escolars i laborals. Informe final. Grup de Recerca ISOR UAB. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar i Família. 2003.

¹¹² Ministerio de Administraciones Públicas. Conciliación de la vida personal y laboral. Madrid: Nota de prensa; 2007. [acceso 2 noviembre 2009]. Disponible en: http://www.mpt.es/documentacion/iniciativas/mejora_de_la_administracion_general_del_estado

¹¹³ Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Boletín Oficial del Estado núm 71 de 23/07/07

¹¹⁴ Ley Orgánica 7/2007 de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público. Boletín Oficial del Estado núm 89 de 13/04/07.

¹¹⁵ Real Decreto 1615/2009 por el que se regula la concesión y utilización del distintivo "Igualdad en la empresa". Boletín Oficial del Estado núm 265 de 3/11/09.

¹¹⁶ Canovas A, Aragón J. Rocha F. Las políticas de conciliación de la vida familiar y laboral en las Comunidades Autónomas. Madrid: Rev. Cuadernos de Relaciones Laborales 2005; 23 (1): 73-93

¹¹⁷ Ley 6/2002 de 25 de abril de Medidas Relativas a la Conciliación del trabajo con la Vida Familiar del Personal de las Administraciones Públicas Catalanas y de modificación de los artículos 96 y 97 del Decreto Legislativo 1/1997. Boletín Oficial del Estado núm 115 de 14/05/02

¹¹⁸ Ley 18/2003 de 4 julio de Apoyo a las Familias. Boletín Oficial del Estado núm 189 de 8/08/03

¹¹⁹ Ley 8/2006 de 5 de julio de medidas de conciliación de la vida personal, familiar y laboral del personal al servicio de las Administraciones Públicas de Cataluña. Boletín Oficial del Estado núm 188 de 08/08/2006.

¹²⁰ IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Pekin 1995. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer [acceso 19 abril 2007]. Disponible en: <http://www.e.leusis.net/Fichers/documentos/Confer>

¹²¹ Wayne JH, Randel AE, Stevens J. The role of identity and work-family support in work-family enrichment and its work-related consequences. J. Vocat Behav. 2006; 69: 445-461.

¹²² Beck-Gernsheim E. La reinención de la familia en busca de nuevas formas de convivencia. Barcelona: Paidós; 2003.

¹²³ Caballero M. Políticas empresariales de conciliación vida familiar y laboral: Buenas prácticas: Infopolis 2000, SL [acceso 19 abril 2007]. Disponible en: <http://209.85.135.104/search?q>

¹²⁴ Create.Work & Life Balance. Estudio Internacional en colaboración con la Asociación de Antiguos Alumnos de Esade. Barcelona: Pharma Consult Services SA; 2001.

¹²⁵ Santolaria E, Fernández A, Daponte A, Aguilera I. El sector productivo. Gac Sanit 2004; 18 (supl 1): 24-30.

¹²⁶ Artacoz MM, Borrells. Desigualdades de género en salud: La conciliación de la vida laboral y familiar. En: Artacoz MM, Esnaola S. Invertir para la salud prioridades en salud pública. Informe SESPAS 2002. [acceso 26 julio 2007]. Disponible en: <http://www.sespas.es/inform.html>

¹²⁷ Martínez C, Vera JJ, Paterna C, Alcázar AR. Antecedentes del conflicto interrol y su relación con el auto esquema de género. Anales Psicol. 2002; 18(2): 305-317.

¹²⁸ Instituto de la Mujer. El equilibrio entre la vida familiar y laboral, todavía una utopía: situación actual, necesidades y demandas. Instituto de la Mujer 2005 [acceso 19 abril 2007]. Disponible en: <http://aprendemas.com/Noticias/html/N824-F08052005.html>

¹²⁹ Instituto de la Mujer. Estudio sobre la conciliación de la vida familiar y la vida laboral: situación actual, necesidades y demandas. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Políticas de Igualdad; 2005.

¹³⁰ Chinchilla N, Canela MA, Ariño MA. Análisis sectorial de las políticas de conciliación. Conclusiones del estudio IFREI 2006 basado en 360 empresas. Centro Internacional de Trabajo y Familia. IESE Bussiness School; Universidad de Navarra. 2007.

¹³¹ Chinchilla N, Moragas M. Dueños de nuestro destino. Como conciliar la vida profesional, familiar y personal. Barcelona: Ed. Ariel;2007.

¹³² Meil G, Garcia C, Luque M^aA, Ayuso L. Las grandes empresas y la conciliación de la vida laboral y personal en España. Rev Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2008; 71: 15-33.

¹³³ Asociación para la Racionalización de los Horarios Españoles. III Congreso Nacional para Racionalizar los Horarios Españoles: Horarios, Conciliación y Productividad. ARHOE. 2008 [acceso 12 enero 2009] Disponible en: <http://www.horariosenespaña.es/index.php?module=inicio>

¹³⁴ IESE. Experiències en Organització del Temps de Treball a les Empreses de Catalunya. Departament de Treball. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2009.

¹³⁵ García Comas C. El tiempo de trabajo hacia una nueva organización. Jornadas de Conciliación laboral y familiar: "la asignatura pendiente". Diputación Foral de Bizkaia; 2003.

¹³⁶ INE.. Encuesta del Empleo del Tiempo. Qué hacemos y durante cuánto tiempo. Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística 4/2007. [acceso 27 enero 2009] Disponible en: <http://www.ine.es/revistas/cifraine/0407.pdf>

¹³⁷ Tobío C. Madres que trabajan. Dilemas y Estrategias. Madrid: Ed.Cátedra. Universitat de Valencia; 2005.

¹³⁸ European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Living to work-Working to live: Tomorrow's work-life balance in Europe. Background paper: Foundation Forum; Dublin 2004. [acceso 4 julio 2008] Disponible en <http://www.eurofound.eu.int>

¹³⁹ European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Quality of life in the Spanish workplace. 2005 [acceso 4 julio 2008] Disponible en <http://www.eurofound.eu.int>

¹⁴⁰ Instituto Nacional de Administración. Libro Blanco de la Comisión Nacional de la Racionalización de los Horarios Españoles y su normalización con los demás países de la Unión Europea. Madrid; 2007.

¹⁴¹ European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Working time and work-life balance: a policy dilemma?. Background paper. Joint European Foundation/European Parliament seminar; Brussels: 2006. [acceso 4 julio 2008] Disponible en <http://www.eurofound.eu.int>

¹⁴² Ministerio de Trabajo e Inmigración. Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo. Subsecretaría de Trabajo e Inmigración. Secretaría General Técnica. Gobierno de España. [acceso 27 enero 2009] Disponible en: <http://www.mtas.es/estadisticas/ecvt/welcome.htm>

¹⁴³ Úbeda I. Calidad de Vida de los cuidadores familiares: Evaluación mediante un cuestionario [tesis doctoral]. Barcelona. Universidad de Barcelona; 2009.

¹⁴⁴ Resolución legislativa del Parlamento Europeo de 17 de Diciembre de 2008, respecto de la Posición Común del Consejo con vistas a la adopción de la Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo por la que se modifica la Directiva 2003/88/CE relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo (10597/2/2008-C6-0324/2008-2002/0209 (COD). [acceso 27 enero 2009] Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/pdfs/news/public/story>

¹⁴⁵ Sindicato de Enfermería SATSE. Noticias de prensa. [acceso 25 septiembre 2008] Disponible en: http://www.satse.es/hemeroteca_search

¹⁴⁶ Rodríguez JA, LI C Bosch J. Infermeres avui: Com som i com voldríem ser. Conclusions de l'estudi sociològic 2004 .Barcelona: Col.legi Oficial Infermeria de Barcelona; 2005.

- ¹⁴⁷ Härmä M, MD. Workhours in relation to work stress recovery and health. *Scan J. Work Environ Health*. 2006; 32 (6):502-514.
- ¹⁴⁸ Mills J, Aubeeluck A. Nurses' experiences of caring for their own family members. *Br J. Nurs*. 2006; 15 (3): 160-65.
- ¹⁴⁹ García MM, Mateo I, Gutiérrez P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer. 1999.
- ¹⁵⁰ Escuredo B. Políticas de dependencia: consecuencias para las familias. *Rev. Rol de enfermería*. 2008; 31 (5): 22-32.
- ¹⁵¹ García MM, Mateo I, Maroto G. El impacto de cuidar en la salud y calidad de vida de las mujeres.; *Gac Sanit* 2004; 18(2): 83-92.
- ¹⁵² Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Estudi sobre l'estat de situació de la professió d'Infermeria als Equips d'Atenció Primària de Catalunya Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació. Plans Estratègics d'Ordenació de Serveis; 2007.
- ¹⁵³ Vela A. Implicaciones biológicas y psicosociales del trabajo a turnos en la mujer: un estudio en enfermeras. Fundación General de la Universidad Autónoma de Madrid. Madrid: Ministerio de Igualdad. Secretaría General de Políticas de Igualdad. Instituto de la Mujer. 2007.
- ¹⁵⁴ Gottlieb BH, Kelloway EK, Martin-Matthews A. Predictors of Work-Family Conflict, Stress and Job Satisfaction among Nurses. *Canadian Journal of Nursing Research*. 1996; 2: 99-117.
- ¹⁵⁵ Killien MG, y otros. Nurses' health: work and family influences. *Nur Clin North Am*. 2004; 39 (1): 19-35.

- ¹⁵⁶ Simon M, Kümmerling A, Hasselhorn HM, Next-Study Group. Work-home conflict in the European nursing profesión. *Int J.Occup Environ Health*. 2004; 10(4): 384-91.
- ¹⁵⁷ Grzywacz JG, Frone MR, Brewer CS, Kovner CT. Quantifying work-family conflict among registered nurses. *Research in Nursing & Health*.2006; 29: 414-26.
- ¹⁵⁸ Van der Heijden BIJM, Demerouti E, Bakker AB. Work-home interferente among nurses: reciprocal reallionships with job demands and health. *J. Adv Nurs*. 2008; 62 (5): 572-584.
- ¹⁵⁹ Patel CJ, Beekhan A, Paruk Z, Ramgoon S. Work-family conflict, job satisfaction and spousal support: an exploratory study of nurses' experience. *Curationis*.2008; 31 (1) 38-44.
- ¹⁶⁰ Fujimoto T, Kotani S, Suzuki R. Work-family conflict of nurses in Japan. *J Clin Nurs* 2008;17-24: 3286-95.
- ¹⁶¹ Yildirim D, Aycan Z. Nurses' work demands and work-family conflict: A qüestionnaire survey. *Int. J Nurs Stud*. 2008; 45: 1366-78.
- ¹⁶² Noor NM. Work-family conflict, locus of control, and women's well being: Test of alternative pathways. *J. Sociol*. 2002; 142: 645-62.
- ¹⁶³ Noor NM. Locus of control, supportive workplace policies and work-family conflict. *Psicología*. 2006; 49: 48-60.
- ¹⁶⁴ Gary FA, Yarandi HN. Depresión among southern rural African American women: A factor análisis of the Beck Depresión InventoryII. *Nursing Research*. 2004; 53: 251-59.

¹⁶⁵ Kessler R, et al. The epidemiology of major depressive disorder: Results from the Nacional Comorbidity Survey-Replication (NCS-R). J. Americ Med Assoc. 2003; 289: 3095-3105.

¹⁶⁶ Gipson-Jones T, PhD, RN. Perceived work and family conflict among African American nurses in collage. J. Transcult Nurs. 2009; 20 (3): 304-312.

¹⁶⁷ Harris R, Bennet J, Davey B, Ross F. Flexible working and the contribution of nurses in mid-life to the workforce: A qualitative study. Int.J.Nurs.Stud. 2009, doi: 101016/j.ijnurstu.2009.08.009.

¹⁶⁸ O'Sullivan TL, Amaratunga C, Phillips KP, Corneil W, O'Connor E, Lemyre L, Dow D. If Schools are closed, who will watch our kids? Family Caregiving and other sources of role conflict among nurses during large r-Scale Outbreaks. Prehosp. Disaster Med. 2009; 24 (4): 321-25.

¹⁶⁹ Salas K, Girbau MR, Galimany J. Bases de demografía sanitaria. Barcelona. Ed. Universitat de Barcelona; TD 327:2008.

¹⁷⁰ Instituto Nacional de Estadística(INE). Proyección de la Población de España a Corto Plazo, 2008-2018. [acceso 30 enero 2009] Disponible en: http://www.ine.es/daco/daco42/proycorto/resumen_provi.xls

¹⁷¹ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla de Salut de Catalunya a l'horitzó 2010. Informe de salut a Catalunya. Avaluació dels objectius de salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2008 [acceso 22 diciembre 2008] Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/pladesalut>

¹⁷² Consejo Económico y Social. Situación de las mujeres en la realidad sociolaboral española. Informe CES 2003. Informe del Consejo Económico y Social. 3: 2003; 1-217 [acceso 19 abril 2007]. Disponible en: <http://www.ces.es/index.jsp>.

¹⁷³ Ministerio de Sanidad y Consumo. 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la práctica clínica en España. Prevención de la dependencia en personas mayores. Madrid: Semfyc Ediciones; 2007.

¹⁷⁴ Ministerio de Sanidad y Política Social. Informe 2008. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Madrid: Secretaría General de Política Social. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2009.

¹⁷⁵ Consejo de Europa. Recomendación nº 98 (9) relativa a la dependencia, adoptada el 18 de septiembre de 1998.

¹⁷⁶ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). Año 2008. Madrid: INE; 2008.

¹⁷⁷ Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005.

¹⁷⁸ Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT). Indicadors demogràfics. [acceso 29 enero 2009]. Disponible en: <http://www.idescat.cat/territ/>

¹⁷⁹ Gisper R, RuízRamos M, Aran Mª et.al. Diferencias en la esperanza de vida libre de discapacidad por sexo y Comunidades Autónomas en España. Madrid: Rev. Esp. Salud Pública 2007; 81 (1):155-165.

¹⁸⁰ Vidal F, Mota R. Encuesta de Infancia en España 2008. Madrid: Universidad Pontificia Comillas. Fundación SM; 2008.

¹⁸¹ Casabella J. Las jornadas de los padres crean "niños llavero". El Periódico 2009. 5 octubre. Secc. Sociedad.

¹⁸² Encuesta de Población Activa (EPA)2008. Instituto Nacional de Estadística INE [acceso 26 enero 2009] Disponible en: <http://www.nees/prodyser/pubweb/espcif.htm>

¹⁸³ Quintanilla B. La conciliación vida laboral y familiar en el marco jurídico actual. C. Relac Laboral 2005 23 (1) 95-129.

¹⁸⁴ Durán MA. Las demandas sanitarias de las familias. Gac Sanit 18 (1): 2004; 195-200.

¹⁸⁵ Casado E, Gómez C. Los desafíos de la conciliación de la vida familiar y profesional en el siglo XXI. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva SL. Fundación José Ortega y Gasset; 2006.

¹⁸⁶ Torres J, Matus M, Calderón F, Gómez A. Sesgo de género en la negociación colectiva de medidas de conciliación. El caso andaluz. Madrid. Revista Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 71: 2008; 197-209.

¹⁸⁷ Macinnes J. Diez mitos sobre la conciliación de la vida laboral y familiar. Madrid. C de Relac Laboral: 23 (1) 35-71;2005.

¹⁸⁸ Gómez S, Martí C. La incorporación de la mujer al mercado laboral: implicaciones personales, familiares y profesionales y medidas estructurales de conciliación trabajo-familia. Documentos de Investigación nº 557. Barcelona: IESE. 2004.

¹⁸⁹ Comajuncosa J, Escobedo A. Informe Randstad. Calidad del Trabajo en la Europa de los Quince: Las Políticas de Conciliación. Barcelona: ESADE; 2004.

¹⁹⁰ Thoursie A. PhD, grupo de estudio Agora, Estocolmo, Suecia. El modelo de familia de dos sustentadores con un permiso parental prolongado: Lecciones de Suecia. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales; 2007.

- ¹⁹¹ Galimany J. Telemedicina, visión asistencial de la imagen médica digital. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya: Barcelona; P08/BO467/01820 UOC. 2008.
- ¹⁹² Castaño C, Martín J, Vázquez S , Añino S. Observatorio E-Igualdad. Universidad Complutense de Madrid. Informe definitivo. Estudio elaborado en el marco del Proyecto E-Igualdad de la Unión Europea. Fondo Social Europeo. Madrid: Mº de Industria, Turismo y Comercio; 2007-08.
- ¹⁹³ Gutiérrez M. El tiempo con los hijos y la actividad laboral de los padres. Documentos de economía, nº 6. Barcelona: Servicio de estudios La Caixa. 2007.
- ¹⁹⁴ Greenstein TN. Are the most advantaged children truly disadvantaged by early maternal employment? Effects on child cognitive outcomes. J. Fam. Issues. 1995; 16: 149-169.
- ¹⁹⁵ Gregg P, Washbrook E, Propper C, Burgess S. The effects of a Mother's return to work decision on child development in the UK. The Econ J. 2005; 115: 48-80.
- ¹⁹⁶ Salas C, Girbau MªR. Bases Demogràfiques de significació sanitària. Textos Docents nº 188. Barcelona: Ediciones Universitat de Barcelona; 2000.
- ¹⁹⁷ Obeso C. III Informe Randstad. Las políticas de conciliación. Calidad del Trabajo en la Europa de los Quince. Instituto de Estudios Laborales (IEL) ESADE. Barcelona: 2003.
- ¹⁹⁸ Gomez M, Sabeh EN. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la comunidad. Facultad de Psicología. [acceso 19 marzo 2007]. Disponible en: <http://www3.usual.es/inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>

- ¹⁹⁹ Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Cal Asistencial* 2001; 16: 276-79.
- ²⁰⁰ Peya M. Satisfacción laboral: una breve revisión bibliográfica. *Nursing*.2008; 26 (2) 56-59.
- ²⁰¹ Spector PE. *Job satisfaction, application, assessment, causes and consequences*. London: SAGE; 1997.
- ²⁰² Olivar C, González S, Martínez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de Atención Primaria de Asturias. *Aten Primaria* 1999; 24(6): 352-59.
- ²⁰³ Salgado JF, Remeseiro C, Iglesias M. Clima organizacional y satisfacción laboral en una pyme. *Psicothema* 1996; 8 (2): 329-335.
- ²⁰⁴ Campbell L, Fowles ER, Weber BJ. Organizational structure and job satisfaction in public health nursing. *Public Health Nurs* 2004; 6: 564-71.
- ²⁰⁵ Del Rio O, Perezagua MC, Villalta MT, Sánchez A. Satisfacción personal de enfermería. ¿Se cumplen nuestras expectativas? IV Congreso Virtual de Cardiología. 2005. [acceso 2 septiembre 2008]. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/tl014/tl014>
- ²⁰⁶ Sánchez MP, Quiroga M^aA. Relaciones entre satisfacción familiar y laboral: Variables moduladoras. *Anales de Psicología*. 1995; 11 (1): 63-75.
- ²⁰⁷ Requena F. Satisfacción, bienestar y calidad de vida en el trabajo. *Rev Esp Investig Sociol*. 2000; 92: 11-44.
- ²⁰⁸ Bowling NA. Is the job satisfaction-job performance relationship spurious?: A meta-analytic examination. *J.Vocat Behav*.2007; 71: 167-85.

- ²⁰⁹ Cantera F. NTP212: Evaluación de la satisfacción laboral: métodos directos e indirectos. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene [acceso 2 julio 2008]. Disponible en: http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_212.htm
- ²¹⁰ Pérez JA. Motivación y Satisfacción Laboral: Retrospectiva sobre sus formas de análisis. Rev. Españ Invest Sociol. 1997; 80: 133-67.
- ²¹¹ Alonso P. Diferencias en la percepción de la satisfacción laboral en una muestra de personal de administración. Boletín de Psicología. 2006; 88: 49-63.
- ²¹² Brooks BA, Anderson MA. Defining quality of nursing work life. Nursing Economics. 2005; 23 (6): 319-326.
- ²¹³ Lu H, White AE, Barriball KL. Job satisfaction among nurses: a literature review. Int J Nurs Stud. 2005; 42: 211-227.
- ²¹⁴ Gamboa JP, Gracia FJ, Ripoll P, Peiró JM. La empleabilidad y la iniciativa personal como antecedentes de la satisfacción laboral. 1ªed. Valencia: Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas SA. WP-EC 2007-01; 2007.
- ²¹⁵ Wilson B, Squires M, Widger K, Cranley L, Tourangeau A. Job satisfaction among a multigenerational nursing workforce. J. Nurs Managem. 2008; 16: 716-23.
- ²¹⁶ Cantera FJ. Aportaciones del liderazgo positivo III: la conciliación empieza en la calidad de vida laboral. Rev Capital Humano. 2008; 222: 87-97.
- ²¹⁷ Brooks BA, et al. Assessing the quality of nursing work life. Nurs Admin Q. 2007; 31 (2): 152-57.

- ²¹⁸ Stamps PL. Nurses and work satisfaction: An Index for Measurement. *Amer J Nurs* .1998; 98(3): 16kk-16ll.
- ²¹⁹ Grau A, Suñer R, García M. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit* 2005; 19 (6): 463-70.
- ²²⁰ Aiken L, Clarke S, Slone D, Sochalski J, Busse R, Clarke H, et.al. Nurses ' reports on hospital care in five countries. *Health Aff*. 2001; 20 (3): 43-53.
- ²²¹ Mittal V, et.al. Perception gap in quality-of-life ratings: An empirical investigation of nursing home residents and caregivers. *Gerontologist* 2007; 47(2): 159-168.
- ²²² Caers R, Du Bois C, Gieter SD, Cooman RD, Pepermans R. Measuring community nurses'job satisfaction: literature review. *J Adv Nurs*. 2008; 62 (5): 521-29.
- ²²³ Bégat I, Ellefsen B, Severinsson E. Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being- a Norwegian study. *J Nurs Managem*. 2005; 13: 221-230.
- ²²⁴ Ponce J, Reyes H, Ponce G. Satisfacción laboral y calidad de atención de enfermería en una unidad médica de alta especialidad. *Rev Enferm IMSS* 2006; 14 (2): 65-73.
- ²²⁵ Andersen RM. Revisiting the behavior model and acces to medical care: does it matter?. *J.Health Soc Behav* 1995; 36(1): 1-10
- ²²⁶ Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: efecct on patient satisfaction. *Br Med J*. 1992;304: 1287-90.

- ²²⁷ Fernández MI, Moinelo A, Villanueva A, Andrade C, Rivera M, Gómez MJ, Parrilla O. Satisfacción laboral de los profesionales de Atención Primaria del área 10 del Insalud de Madrid. Rev Esp. Salud Pública. 2000; 74 (2). [acceso 22 abril 2008] Disponible en. <http://scielo.isciii.es/scielo.pdf>
- ²²⁸ Sánchez R, Álvarez R, Lorenzo S. Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid. Medifam. 2003; 13(4) .[acceso 22 abril 2008] Disponible en. <http://scielo.isciii.es/scielo.pdf>
- ²²⁹ Peiró JM, Silla I, Sanz T, Rodríguez J, García JL. Satisfacción laboral de los profesionales de Atención Primaria. Psiquis. 2004; 25 (4): 129-140.
- ²³⁰ Martínez D, Totterdell P, Alcocer CM, Colman D. The source of display rules and their effects on Primary Health care professionals' well-being. The Spanish J Psychol. 2009; 12(2): 618-631.
- ²³¹ Cortés JA, Martín J, Morente M, Caboblanco M, Garijo J, Rodríguez A. Clima laboral en atención primaria: ¿qué hay que mejorar? Aten Primaria 2003; 32 (5): 288-95.
- ²³² Caballero K. El concepto de "satisfacción en el trabajo" y su proyección en la enseñanza. Profesorado, Rev de currículum y formación del profesorado. 2002; 6(1-2): 1-10.
- ²³³ Jernigan IE, Beggs J, Kohut G. Dimensions of work satisfaction as predictors of commitment type. J Manag Psychol 2002; 17 (7): 564-79.
- ²³⁴ Garcia R, Lázaro M^aP, Quintana M^aA. Mejora de la calidad del trabajo enfermero en Atención Primaria tras una estrategia organizativa. Metas de Enferm. 2008; 11 (5): 8-12.

- ²³⁵ Campbell SL, Fowles ER, Weber BJ. Organizational structure and job satisfaction in Public Health Nursing. *Public Health Nursing*. 2004; 21 (6): 564-71.
- ²³⁶ Ho WH, Chang SC, Shih YL, Liang RD. Effects of job rotation and role stress among nurses on job satisfaction and organizational commitment. *BMC Health Serv Res*. 2009; 9 (8).
- ²³⁷ Menárguez JF, Saturno PJ. Descripción del clima organizacional en equipos de atención primaria de una comunidad autónoma. *Aten Primaria*. 1999; 23 (5): 280-84.
- ²³⁸ Alonso M, Iglesias AI, Franco A. Percepción de la calidad de vida profesional en un área sanitaria de Asturias. *Aten Primaria* 2002; 30 (8): 483-89.
- ²³⁹ Muñoz E, Coll JM, Torrent M, Linares L. Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. *Aten Primaria*. 2006; 37 (4): 209-14.
- ²⁴⁰ March JC, Oviedo E, Romero M, Prieto MA, Danet A. Mapa emocional de equipos de atención primaria en Andalucía. *Aten Primaria* 2009; 41 (2): 69-75.
- ²⁴¹ Arriaga E, De la Torre J, Alberdi RM, Artgas B, Moreno J, García JM. La participación en la gestión como elemento de satisfacción de los profesionales: un análisis de la experiencia andaluza. *Enfermería Global* 2003 .[acceso 16 julio 2008] Disponible en: <http://www.um.es/eglobal/>
- ²⁴² Mañas MA, Salvador C, Boada J, González E, Agulló E. La satisfacción y el bienestar psicológico como antecedentes del compromiso organizacional. *Psicothema*. 2007; 19 (3): 395-400.
- ²⁴³ García JM, Herrero S, León JL. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Apuntes de Psicología*. 2007; 25 (2): 157-74.

- ²⁴⁴ Lomeña JA, Campaña FM, Nuevo G, Rosas D, Berrocal A, García F. Burnout y satisfacción laboral en Atención Primaria. *Med Familia* . 2004; 5(3):147-55.
- ²⁴⁵ Villagrán SA, Cañas I, Rodríguez Y, Lagares R, Lahoz B, Barros C. Técnicas de grupo nominal para conocer alternativas que prevengan o mejoren el desgaste profesional en los trabajadores de un Centro de Salud. *Med Familia*. 2005; 6 (2): 24-31.
- ²⁴⁶ Caballero MA, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Aten Primaria*. 2001; 27 (5):313-17.
- ²⁴⁷ De Pablo C. L. Síndrome de burnout en los profesionales sanitarios. *Nursing* 2007; 25 (8); 60-5.
- ²⁴⁸ Carmona FJ. Clima social laboral y síndrome de Burnout en profesionales de enfermería. *Enferm Científica* 2002; 244-45: 82-87.
- ²⁴⁹ Martín MC. Estrés relacionado con el trabajo (modelo de demanda-control-apoyo social) y alteraciones en la salud: una revisión de la evidencia existente. *Enferm Intensiva* 2007; 18 (4): 168-81.
- ²⁵⁰ Fernández JA, Fernández M, Martín R, Rödel A. Estrés laboral y calidad de vida en sanitarios de atención primaria: una prueba de la validez del cuestionario PECVEC. *Aten Primaria* 2007; 39 (8): 425-31.
- ²⁵¹ Blegen MA. Nurses' Job Satisfaction: A Meta-Analysis of related variables. *Nurs Research* 1993; 42 (1): 36-42.
- ²⁵² Piko BF. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*.2006; 43(3): 311-18.

²⁵³ Hawksley B. Work-related stress, work/life balance and personal life coaching. *Br J Community Nurs.* 2007; 12 (1): 34-6.

²⁵⁴ Soto R, Santamaría MI. Prevalencia del burnout en la enfermería de atención primaria. *Enf. Clin* 2005; 15 (3): 123-30.

²⁵⁵ Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83: 215-230.

²⁵⁶ Escribá V, Más R, Cárdenas M, Pérez S. Validación de la escala de estresores laborales en personal de enfermería: "the nursing stress scale". *Gac Sanit* 1999; 13(3): 191-200.

²⁵⁷ Brosschot JF, Pieper S, Thayer JF. Expanding stress theory: Prolonged activation and perseverative cognition. *Psychoneuroendocrinology.* 2005; 30: 1043-49.

²⁵⁸ Casas J, Repullo JR, Lorenzo S. Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias adaptativas de afrontamiento. *Rev Cal Asistenc.* 2002; 17 (4): 237-46.

²⁵⁹ Moncada S. Estrés, factors psicosocials i salut. Institut Sindical de Treball, Ambient i Salut. Jornada Riscos psicosocials. Barcelona 2003.

²⁶⁰ Pades A, Homar C. Estrés laboral y burnout en Enfermería. *Metas de Enferm* 2006; 9 (3): 67-72.

²⁶¹ Sveinsdóttir H, Biering P, Ramel A. Occupational stress, job satisfaction, and working environment among icelandic nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2006; 43(7): 875-89.

²⁶² Casanovas I, Escuredo B, Esteve J. Trayectoria laboral de las enfermeras de una escuela durante los 4 años siguientes a la graduación: 2000-2004. *Enferm Clin* 2006; 16 (5):238-43.

²⁶³ Consell Català de la Professi3 Inferred. Informe executiu: "L'impacte de la precarietat laboral del personal d'Infermeria en els Resultats clínic i de Productivitat". Comissió de l'exercici. Grup Estabilitat/Precarietat. Barcelona: 2008.

²⁶⁴ Lizán L. La calidad de vida relacionada con la salud. *Aten Primaria*. 2009; 41 (7): 411-416.

²⁶⁵ San Martín L, D'Amour D, Ferrada M. La colaboración entre los profesionales de la salud (I). Contexto, Dinámica y Elementos Determinantes. *Rev. Rol Enf* 2006; 29 (6): 425-30.

²⁶⁶ Peya M. Prestar servicios a la comunidad: Las enfermeras liderando la atención primaria de salud. *Nursing* 2008; 26 (4): 6.

²⁶⁷ Moreno T. La presión del tiempo puede estar influyendo en la toma de decisiones de las enfermeras independientemente de su experiencia clínica. *Enferm Clin*. 2009; 19 (6): 356-57.

²⁶⁸ Storey C, Cheater F, Ford J, Leese B. Retaining older nurses in primary care and the community. *J Adv Nurs*. 2009; 65 (7): 1400-11.

²⁶⁹ Tourangeau AE, Cranley LA. Nurse intention to remain employed: understanding and strengthening determinants. *J Adv Nur*. 2006; 55 (4): 497-509.

²⁷⁰ Storey C, Cheater F, Ford J, Leese B. Retaining older nurses in primary care and the community. *J Adv Nurs* 2009; 65 (7): 1400-11.

- ²⁷¹ Storey C, Cheater F, Ford J, Leese B. Retention of nurses in the primary and community care workforce after the age of 50 years: database analysis and literature review. *J Adv Nurs* 2009; 65 (8): 1596-1605.
- ²⁷² Ballester D. La escasez de enfermeras en los próximos 15 años en Cataluña. 2009. [acceso 6 noviembre 2009]. Disponible en: <http://www.educaweb.com/noticia/2009/04/20/escasez>
- ²⁷³ Cowwin L. The effects of Nurses' Job satisfactions on retention: An Australian perspective. *J Nurs Adm.* 2002; 32 (5): 283-91.
- ²⁷⁴ Irvine DM, Evans MG. Job satisfaction and turnover among nurses: Integrating research findings across studies. *Nurs Res.* 1995; 44 (4): 246-53.
- ²⁷⁵ Tett RP, Meyer JP. Job satisfaction, organizational commitment, turnover intention, and turnover: Path analyses based on meta-analytic findings. *Personnel Psychology.* 2006; 46 (2): 259-93.
- ²⁷⁶ Brush BL, Vasupuram R. Nurses, nannies and caring work: importation, visibility and marketability. *Nursing Inquiry* 2006; 13 (3): 181-85.
- ²⁷⁷ Castle NG, Engberg J, Anderson RA. Job satisfaction of nursing home administrators and turnover. *Medical Care Research and Review* 2007; 64 (2): 191-211.
- ²⁷⁸ Molinari DL, Monserud MA. Rural nurse job satisfaction. *Rural and Remote Health* 2008; 8: 1055. [acceso 6 noviembre 2009]. Disponible en: <http://www.rrh.org.au>:
- ²⁷⁹ Taunton RL, Bott MJ, Koehn ML, Miller P, Rindner E, Pace K, et.al. The National database of nursing quality indicators. NDNQI-adapted index of work satisfaction. *J Nurs Meas* 2004; 12(2):101-22.

²⁸⁰ Hussami MAL. A study of nurses' job satisfaction: the relationship to organizational commitment, perceived organizational support, transactional leadership, transformational leadership, and level of education. *European J Scient Research* 2008; 22 (2): 286-95.

²⁸¹ Khani A, Jaafarpour M, Dyrekvandmogadam A. Quality of nursing work life. *J Clinic Diagn Research* 2008; 2: 1169-74.

²⁸² Consejo Internacional de Enfermería. Contratación y retención de las enfermeras: formación de unos recursos humanos motivados. La iniciativa del análisis mundial de la enfermería. Doc temático 4. Suiza 2006. [acceso 6 noviembre 2009]. Disponible en: <http://www.icn.ch/global/Issue4RetentionSP.pdf>

²⁸³ Hasselhorn HM, Tackenberg P, Hans B, Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. NEXT. Nurses' early exit study. Report 7:2003. The National Institute for working life. Stockholm, Sweden. [acceso 10 julio 2009]. Disponible en: <http://www.next-study.net>

²⁸⁴ Gould D, Fontenla M. Strategies to recruit and retain the nursing workforce in England. *J Research Nurs* 2006; 11(1): 3-17.

²⁸⁵ Murrells T, Robinson S, Griffiths P. Is satisfaction a direct predictor of nursing turnover? Modelling the relationship between satisfaction, expressed intention and behaviour in a longitudinal cohort study. *Human Resources for Health* 2008; 6: 22-33.

²⁸⁶ Béhar E, Heijden V, Oginska H, Camerino D, Le Nézet O, Conway PM et al. The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses. *Med Care*. 2007; 45 (10): 939-50.

- ²⁸⁷ Mathis C, Brown UJ. Work-family conflict and job satisfaction: The mediating effects of job-focused self-efficacy. *Proceedings of the Academy of Organizational Culture, Communications and Conflict*. 2007; 12 (2): 5-8.
- ²⁸⁸ Kovner C, Brewer C, Wu YW, Cheng Y, Suzuki M. Factors associated with work satisfaction of registered nurses. *J Nurs Scholarship* 2006; 38 (1): 71-79.
- ²⁸⁹ O'Driscoll M, Brough P, Kalliath J. Work/Family conflict, psychological well being, satisfaction and social support: A Longitudinal study in New Zealand. *J Equal Opportunit Internat* 2004; 23 (1/2):36-56.
- ²⁹⁰ Cortese CG, Ghislieri C, Colombo L. Determining factors of job satisfaction: presence of work-family conflict in a sample of italian nurses. *Med Lav*. 2008; 99 (5): 371-86.
- ²⁹¹ Van Hoof M, Geurts S, Kompier M, Taris T. Workdays, in between workdays and the weekend: a diary study on effort and recovery. *Int Arch Occup Environ Health*. 2007; 80 (7): 599-613.
- ²⁹² Moreno B, Mayo M, Sanz AI, Geurts S, Muñoz A, Garrosa E. Effects of work-family conflict on employees' well being: The moderating role of recovery strategies. *J Occupat Health Psychol*. 2009; 14(4): 427-440.
- ²⁹³ Esteras PM. Las profesionales de enfermería y la conciliación de la vida familiar, laboral y personal. *Nursing* 2006; 24 (10): 56-61.
- ²⁹⁴ Martín JLR, Seoane T, Martín E, Alonso FJ, Sainz M. Capítulo 1: Formulación de la pregunta de investigación. *Semergen* 2007; 33 (3): 149-53.
- ²⁹⁵ Icart MT, Canela J. El uso de la hipótesis en la investigación científica. *Aten Primara* 1998; 21: 172-178.

- ²⁹⁶ Gusi N, Badía X, Herdman M, Olivares P. Traducción y adaptación cultural de la versión española de cuestionario EQ-5D en niños y adolescentes. *Aten Primaria* 2009; 41 (1): 19-23.
- ²⁹⁷ Armando P, Martínez S, Martí M, Solá N, Faus M. Development and validation of a Spanish language patient satisfaction questionnaire with drug dispensing. *Pharm World Sci.* 2008; 30: 169-174.
- ²⁹⁸ Fernández M, Gual P, Farran CJ. Validación de la versión castellana de la Finding Meaning Through Caregiving Scale © (Farran et.al, 1999). [acceso 11 diciembre 2008]. Disponible en: http://www.revistahospitalarias.org/info_2006/02_184_09.htm
- ²⁹⁹ Nuñez E, Estévez GJ, Hernández P, Delia C, Medina M. Una propuesta destinada a complementar el cuestionario Font-Roja de satisfacción laboral. *Gac Sanit* 2007; 21 (2).
- ³⁰⁰ Villagrán SA, Cañas I, Rodríguez Y, Lagares R, Lahoz B, Barros C. Técnicas de grupo nominal para conocer alternativas que prevengan o mejoren el desgaste profesional en los trabajadores de un Centro de Salud. *Medic Familia (And)* 2005; 2:24-31.
- ³⁰¹ House J, Strecher V, Metzner H, Robbins C. Occupational stress and health among men and women in the Tecumseh Community Health Study. *J. Healt Soc Behav.* 1986; 27: 62-77.
- ³⁰² Solsona M, Treviño R, Merino M, Ferrer L. Demografía de les professions sanitàries a catalunya: Anàlisi dels estocs actuals de professionals sanitaris. Centre d'Estudis Demogràfics. [acceso 11 diciembre 2008]. Disponible en: http://www.gencat.cat/salut/ies/pdf/estudi_demografic.pdf.
- ³⁰³ Ministerio de Igualdad, Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y Universidad Complutense de Madrid. Fecundidad y trayectoria laboral de las

mujeres en España. Madrid; 2008. [acceso 17 diciembre 2009] Disponible en:
<http://www.idescat.cat>

³⁰⁴ Generalitat de Catalunya. Estadística Demogràfica. Projeccions de població 2021-2041 (base 2008). Principals resultats. Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya . 1ª ed. Barcelona; 2009.

³⁰⁵ Torns T. El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico metodológicas desde la perspectiva de género. EMPIRIA. Rev Metod Cienc Soc 2008; 15: 53-73.

³⁰⁶ Generalitat de Catalunya. Centre d'Estudis d'Opinió. Diferències entre homes i dones en els àmbits familiar, social, económic i polític. Generalitat de Catalunya; 2009.

³⁰⁷ Molina JM, Avalos F, Valderrama LJ, Uribe AF. Factores relacionados con la satisfacción laboral de enfermería en un hospital médico-quirúrgico. Invest. y Educ en Enferm.2009; 27 (2): 218-25.

³⁰⁸ Nunnally JC, Berstein IH. Psychometric theory (3ªed) NewYork,NY: MacGraw-Hill; 1994.

³⁰⁹ Martín MC. Diseño y validación de cuestionarios. Matronas Profesión 2004; 5 (17): 23-29.

³¹⁰ Lourel M, Gana K, Wawrzyniak S. Home-work interaction: a French adaptation and validation of "Survey Work-Home Interaction-Nijmegen" (SWING). Psychol du travail et des organisations 2005; 11: 227-39.

³¹¹ Moreno B, Sanz AI, Rodríguez A, Geurts S. Propiedades psicométricas de la versión española del cuestionario de Interacción Trabajo-Familia (SWING). Psicothema 2009; 21 (2): 331-337.

- ³¹² Blanch A, Aluja A. Validation study of the Spanish version of the work-family conflict questionnaire (CCTF). *The Spanish Journal of Psychology* 2009; 12 (2): 746-755.
- ³¹³ Carlson DS, Kacmar KM, Williams LJ. Construction and initial validation of a multidimensional measure of work-family conflict. *J. Vocat Behav* 2000; 56: 249-276.
- ³¹⁴ Pérez T, Díaz C. Satisfacción laboral en enfermeros/as de Atención Primaria del Servicio Gallego de Salud. *Metas de Enferm* 2007; 10 (10): 6-10.
- ³¹⁵ Ford MT, Heinen BA, Langkamer KL. Work and family satisfaction and conflict: A Meta-analysis of cross-domain relations. *J Appl Psychol* 2007; 92 (1): 57-80.
- ³¹⁶ Namasivayan K, Mount D. The relationship of work-family conflicts and family-work conflict to job satisfaction. *J. Hospitality and Tourism Research* 2004; 28:242-50.
- ³¹⁷ Generalitat de Catalunya. Departament de Treball. Centre Internacional Treball i Família, IESE Business School. Experiències en organització del temps de treball a les empreses de Catalunya. General d'Igualtat d'Oportunitats en el Treball. Barcelona; 2009.
- ³¹⁸ Ordre TRE/121/2010 de 18 de febrer, per la qual s'estableixen les bases reguladores de les subvencions destinades a l'establiment d'un Pla d'igualtat d'oportunitats. Departament de Treball. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. Núm 5581 de 5/03/2010.
- ³¹⁹ Chinchilla N, León C. Hacia la conciliación de la vida laboral, familiar y personal. Guía de Buenas Prácticas de la Empresa Flexible. Madrid: Centro Internacional de Trabajo y Familia. IESE Business School; 2007.

³²⁰ Kramer M, Schmalenher C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Barcelona: Nursing 2005; 23 (3): 8-13.

✚ BIBLIOGRAFIA DE CONSULTA GENERAL

LIBROS y REVISTAS:

- ✓ Chinchilla N. Ser una empresa familiarmente responsable: ¿un lujo o una necesidad?. Madrid: prentice Hall; 2006.

- ✓ Esteve J. Evolución de la Demanda de Acceso a los estudios de Enfermería en Cataluña [tesis doctoral]. Madrid. Univ. Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología; 2008.

- ✓ Galtés M, Casademont E. El timo de la Superwoman. Barcelona: Ed. Planeta SA; 2010.

- ✓ Gerrish K, Lacey A. Investigación en enfermería. 5ªed. Madrid: McGraw Hill-Interamericana; 2008.

- ✓ Luis MT, Fernández C, Navarro MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2005.

- ✓ Luis MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 7ª ed. Barcelona: Masson; 2006.

- ✓ Lluch MªT. Construcción y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar la salud mental positiva. Rev Intern Psicol clínica y salud 2003; 1:61-78.

- ✓ Lluch MªT. Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. Salud Mental 2002; 25(4): 42-55.

- ✓ Lluch M^aT, y otros. Efectividad de la atención domiciliaria de enfermería administrada a pacientes con trastorno mental severo: ensayo clínico controlado. *Enferm Clin* 2006; 16 (4):198-205.
- ✓ Novel G, Lluch MT, Miguel MD. *Enfermería Psicosocial y salud mental*. Barcelona: Masson; 2000.
- ✓ Pardo A, Ruiz MA. *Análisis de datos con SPSS*. Madrid. McGraw Hill; 2005.
- ✓ Rigo A, Genescà G. *Tesis i treballs. Aspectes formals*. Barcelona: Eumo Editorial; 2000.
- ✓ Roca M. *Un altre viatge a Itaca. La gestió de la pluridiscapacitat a la família [tesis doctoral]*. Tarragona. Universitat Rovira i Virgili. Departament de Antropologia, Filosofia i Treball Social; 2008.
- ✓ Sentis J, Ascaso C, Vallés A, Canela J. *Bioestadística. Serie Manuales básicos para la Licenciatura y Residencia*. Barcelona: Masso-Salvat; 1992.
- ✓ Sierra R. *Técnicas de Investigación Social y Ejercicios*. Madrid: Paranimfo; 2005.
- ✓ Valls C. *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Ed. Cátedra; 2009.
- ✓ Visauta B. *Análisis estadístico con SPSS para Windows. Volumen I. Estadística básica. 3^aed*. Madrid: McGraw-Hill; 2007.
- ✓ Visauta B, Martori JC. *Análisis estadístico con SPSS para Windows. Volumen II. Estadística multivariante. 2^a ed*. Madrid: McGraw-Hill; 2003.

✚ ENLACES DE INTERÉS - WEBS:

- ✓ **Asociación para la Racionalización de los Horarios Españoles (ARHOE):** <http://www.horariosenespaña.es>
- ✓ **Centro Internacional Trabajo y Familia IESE:** <http://www.iese.edu/icwf>
- ✓ **Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona:** <http://www.coib.cat>
- ✓ **Consejo Económico y Social:** <http://www.ces.es/index.jsp>
- ✓ **Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España:** <http://www.cge.enfermundi.com>
- ✓ **Consejo Internacional de Enfermería :** <http://www.icn.ch>
- ✓ **Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida del Parlamento Europeo:** <http://www.europarl.europa.eu>
- ✓ **Generalitat de Catalunya.** <http://www.gencat.cat/salut>
- ✓ **Instituto de Estadística de Catalunya IDESCAT:** <http://www.idescat.cat>
- ✓ **Institut d' Estudis de la Salut:** <http://www.gencat.cat/salut/ies>
- ✓ **Instituto de la Mujer:** <http://www.inmujer.migualdad.es/MUJER>
- ✓ **Instituto de Mayores y Servicios Sociales IMSERSO:** <http://www.imserso.es>
- ✓ **Instituto Nacional de Estadística (INE) :** <http://www.ine.es>

- ✓ **Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo:** <http://www.insht.es>

- ✓ **Ministerio de Administraciones Públicas:** <http://www.mpt.es>

- ✓ **Ministerio de Ciencia e Innovación:** <http://www.micinn.es>

- ✓ **Ministerio de Igualdad:** <http://www.migualdad.es>

- ✓ **Ministerio de Sanidad y Política social:** <http://www.msc.es>

- ✓ **Ministerio de Trabajo e Inmigración:** <http://www.tt.mtin.es>

- ✓ **Observatorio Europeo de la situación social, demográfica y de familia:** <http://europa.eu/int>

- ✓ **Organización Internacional del Trabajo (OIT):** <http://www.ilo.org/global/lang--es/index.htm>

- ✓ **Organización Mundial de la Salud:** <http://www.who.int>

- ✓ **Sindicato de Enfermería (SATSE):** http://www.satse.es/meroteca_search

✚ GLOSARIO:

- **Actividades básicas de la vida diaria:** Son el conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continuada de otra persona.
- **Ámbito territorial:** Demarcación geográfica que agrupa un número determinado de servicios de salud dentro de un mismo territorio
- **Apoderamiento/ Empowerment:** Estrategia de motivación y promoción en el trabajo que consiste en la delegación o transmisión de poder de decisión a los colaboradores para que se sientan más implicados en la actividad de la organización.
- **Atención compartida:** Describe el establecimiento de asociaciones entre profesionales que comparten objetivos comunes en un plano de igualdad.
- **Atención continuada:** Servicios de atención familiar y comunitaria que cubren la atención de la población las 24h. al día los 365 días al año por profesionales del equipo de salud.
- **Atención domiciliaria:** Provisión de servicios de salud y de soporte a personas enfermas o discapacitadas en su domicilio.
- **Atención integral:** Es la combinación de la provisión, la gestión y la organización de servicios relacionados con la prevención y la promoción de la salud, el diagnóstico, el tratamiento, la curación, la rehabilitación.
- **Atención primaria de salud:** Representa el primer nivel de contacto de la población con el Sistema Nacional de Salud y es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, fundamentadas científicamente y socialmente aceptadas, que se ponen al servicio de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su participación y a un coste que pueda ser sostenido por la sociedad.
- **Atención proactiva:** Modelo de atención que a partir de la identificación de las necesidades de una persona, familia o comunidad, se oferta un servicio que pretende anticiparse a las necesidades y así poder evitar, prevenir o retardar la aparición de un problema real.

- **Atención reactiva:** Modelo de atención que ofrece un servicio a partir de la aparición de un problema.
- **Autocuidado:** Actividades de cuidado realizadas por los propios individuos o sus familias.
- **Banco de tiempo:** Es un sistema de intercambio de servicios por tiempo, en el que la unidad utilizada, no es el dinero habitual, sino una medida de tiempo. Es un sistema de intercambio de servicios por servicios o favores por favores.
- **Burnout:** Es una respuesta inadecuada a un estrés laboral crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y/o psicológico.
- **Cartera de servicios:** Documento que recoge de forma precisa y explícita la relación de prestaciones sanitarias que tienen derecho los beneficiarios de un sistema de atención de salud.
- **Carrera profesional:** Es el derecho que tienen los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos de la organización en la cual prestan sus servicios.
- **Competencia:** La aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar conocimientos, habilidades y actitudes, asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver las situaciones que se le plantea.
- **Conciliación:** Hacer compatibles cosas que parecen contradictorias o poner de acuerdo a quienes están opuestos entre sí.
- **Correlación:** Medida en la que la variación de una variable está relacionada con la de otra.
- **Dependencia:** La necesidad de ayuda o asistencia importante para el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana, o como un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal.
- **Desviación estándar:** Medida estadística de la dispersión de los datos de una muestra, a partir de la media.

- **Diagnóstico enfermero:** Es una valoración clínica, a partir de un proceso que identifica los problemas de salud reales o potenciales del individuo, la familia y la comunidad en general.
- **EBAS:** Entidades de base asociativa que se configuran como empresas privadas con ánimo de lucro, propiedad de los profesionales (mínimo 51% del capital social), que asumen la atención primaria de una zona mediante un contrato con el Servei Català de la Salut . El 49% restante del capital social puede ser suscrito por personas jurídicas que tengan como objeto social la gestión o la prestación de servicios sanitarios.
- **Eficacia:** Capacidad del sistema de dar respuesta a los objetivos planteados en unas condiciones determinadas.
- **Eficiencia:** Es la evaluación de una intervención sanitaria comparando los resultados esperados con los recursos utilizados. Se trata de obtener un beneficio máximo con los recursos disponibles
- **EPA:** Encuesta de Población Activa, es una encuesta que utiliza el Ministerio de Trabajo para conocer múltiples aspectos relacionados con el mercado de trabajo por comunidades.
- **Equidad:** Distribución equitativa de los recursos, para evitar las diferencias en la prestación de atención y los servicios correspondientes.
- **Equipo de atención primaria:** Conjunto de profesionales que colaboran desde la especificidad de sus competencias en la atención a las necesidades de salud pública, urgencias de primer nivel y de las intervenciones especializadas de no ingreso, para el mantenimiento, la mejora y la recuperación de la salud.
- **Equipo de salud:** Conjunto de profesionales que colaboran desde la especificidad de sus competencias en el mantenimiento, la mejora y la recuperación de la salud de la población asignada y que promueven un abordaje integral.
- **Escala de Likert:** Usada habitualmente en cuestionarios, donde se pide al encuestado que muestre su acuerdo o desacuerdo con una serie de afirmaciones, a partir de un rango de medida.

- **EUROSTAT:** Oficina Estadística de la Unión Europea, cuyo objetivo es elaborar y difundir datos estadísticos de los países miembros de la Comunidad Europea.
- **Fiabilidad:** Medida de la consistencia y precisión de la recogida de datos. Es el grado en el que una medición proporciona resultados similares cuando se lleva a cabo en más de una ocasión y en las mismas condiciones.
- **IDESCAT:** Instituto de Estadística de Catalunya. Organismo público de la comunidad autónoma de Catalunya, cuyo objetivo es elaborar y difundir datos estadísticos de la propia comunidad.
- **INE:** Instituto Nacional de Estadística de España. Organismo público del estado español creado en 1945 para llevar a cabo los servicios estadísticos del estado y coordinar las estadísticas realizadas por otros organismos oficiales.
- **Horario deslizante o "lliscant":** Es un concepto emergente en el ámbito sanitario. El objetivo, es conseguir que el profesional pueda atender al usuario, de forma indistinta, en el horario de mañana y en el de tarde, facilitando una mayor flexibilidad, en la atención a la población.
- **Ley orgánica:** Norma de rango legal, que se encuentra en un nivel jerárquico superior, o que se requiere constitucionalmente para regular ciertas materias.
- **Media:** Medida estadística, obtenida sumando todos los valores de una variable y dividiendo el resultado por el número de valores.
- **Mediana:** Medida estadística, considerada el valor central.
- **Moda:** Valor numérico de una distribución de frecuencias, que se produce más a menudo.
- **OCDE:** Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, es un organismo económico internacional, creado por la Convención de París en 1960, y trata de estimular los intercambios económicos internacionales e impulsa y publica, estudios sobre la situación económica de los estados miembros.
- **OIT:** Organización Internacional del Trabajador, es un organismo internacional creado en la Conferencia de la Paz de 1919, vinculado a las Naciones Unidas, y cuyo objetivo principal, es vigilar las condiciones laborales de los trabajadores, y proponer mejoras sociales y laborales.

-
- **Orden ministerial:** Es una norma jurídica, que se encuentra en un nivel jerárquico inferior, por detrás de la ley y el real decreto.
 - **Plan concilia:** Es un conjunto de medidas, dirigidas a facilitar la flexibilización de los horarios, y a ampliar y regular los permisos de los empleados públicos.
 - **Real decreto:** Es una norma jurídica, con rango de reglamento, que emana del poder ejecutivo (Gobierno) en nombre del rey de España, y en virtud de las competencias prescritas en la Constitución. Jerárquicamente se sitúa después de las normas con rango de ley y antes de la Orden ministerial.
 - **Regresión:** Predicción de una variable continua, a partir de otra, usando una técnica estadística en particular.
 - **Resolución administrativa:** Es una orden escrita, dictada por el jefe de un servicio público, que tiene carácter general, obligatorio y permanente, y se refiere al ámbito de competencia del servicio.
 - **Salario emocional:** Es el incentivo o remuneración, no material, que recibe el trabajador en forma de recursos sociales, de salud o de tiempo.
 - **Servei Català de la Salut (CatSalut):** Se define como un ente público de carácter institucional, adscrito al Departamento de Sanidad y Seguridad Social, dotado de personalidad jurídica propia, y con plena capacidad para el cumplimiento de sus finalidades, al cual le corresponden, la distribución de recursos económicos y la gestión y administración de los centros sanitarios.
 - **Teleasistencia:** Conjunto de herramientas basadas en la tecnología, para ayudar a las personas con discapacidad a mantenerse independientes, dentro del propio domicilio. La teleasistencia, incluye una amplia variedad de aplicaciones, dirigidas a satisfacer las necesidades sociales y de salud.
 - **Teleasistencia domiciliaria:** Programa de ayuda a personas de edad avanzada y discapacitada, que viven solas y que facilita la comunicación, ofrece autonomía y seguridad, en situaciones de necesidad, mediante un terminal conectado telefónicamente, a una central de ordenadores.
 - **Telemedicina:** Tecnología que permite hacer diagnóstico o seguimiento clínico de un paciente, que está a distancia de la unidad de control y vigilancia.
 - **TIC:** Las técnicas de la información y la comunicación, son recursos informáticos, que giran en torno a los descubrimientos de la información, en una realidad virtual.

- **Validez:** Es la medida en que los datos y su interpretación reflejan el fenómeno investigado.
- **Validez de criterio:** Es el grado en el que la medición se correlaciona con un criterio externo de referencia. Hace referencia a la capacidad del instrumento de medida utilizado, de obtener los mismos resultados con otras poblaciones y contextos. Llamada también validez externa.

✚ INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

○ Tablas	Página
Tabla 2.2.1: Ley 8/2006 de medidas de conciliación en Cataluña.	64
Tabla 2.5.1: Esperanza de vida libre de discapacidad.	84
Tabla 2.5.2: Tipos de familias en Cataluña.	87
Tabla 2.5.3: Tamaño de los hogares en Cataluña	87
Tabla 2.5.4: Políticas pronatalistas en Cataluña	96
Tabla 4.2.1: Dimensiones de la variable CVPL	122
Tabla 4.2.2: Dimensiones de la variable ST.	125
Tabla 5.2.1: Estadísticos de los ítems de la variable CVPL.	138
Tabla 5.2.2: Estadísticos de las dimensiones de la variable CVPL.	140
Tabla 5.2.3: Estadísticos de los ítems de la variable ST	144
Tabla 5.2.4: Estadísticos de las dimensiones de la variable ST.	146
Tabla 5.3.1: Estadísticos de fiabilidad global de la escala de CVPL.	149
Tabla 5.3.2: Estadísticos de fiabilidad por ítems de la variable CVPL.	149
Tabla 5.3.3: Estadísticos de fiabilidad por dimensiones variable CVPL.	150
Tabla 5.3.4: Estadísticos de fiabilidad global de la escala de ST.	150
Tabla 5.3.5: Estadísticos de fiabilidad por ítems de la variable ST.	151
Tabla 5.3.6: Estadísticos iniciales del cuestionario SWING. Rotación VARIMAX.	153
Tabla 5.3.7: Inversa de la matriz de correlación y test de esfericidad del cuestionario SWING	155
Tabla 5.3.8: Matriz factorial del cuestionario SWING.	156
Tabla 5.3.9: Estadísticos iniciales del cuestionario Font-Roja. Rotación VARIMAX.	157
Tabla 5.3.10: Inversa de la matriz de correlación y test de esfericidad del cuestionario Font-Roja	159
Tabla 5.3.11: Matriz factorial del cuestionario Font-Roja.	160
Tabla 5.4.1: Coeficientes de correlación de Pearson entre dimensiones de CVPL y ST.	162
Tabla 5.4.2: Coeficiente de correlación de Pearson por dimensiones de CVPL.	163

Tabla 5.4.3: Coeficiente de correlación de Pearson entre la ST y las diferentes dimensiones.	164
Tabla 5.5.1: Variables contempladas en el modelo.	165
Tabla 5.5.2: Modelo de regresión, coeficientes.	166
Tabla 5.5.3: Modelo de regresión, resumen procedimiento "Enter".	167
Tabla 5.5.4: Modelo de regresión, relación de variables.	168
Tabla 5.5.5: Modelo de regresión, coeficientes.	169
Tabla 5.5.6: Modelo de regresión, resumen del modelo	170

○ **Figuras**

Figura 4.1 Modelo de análisis de la influencia de la CVPL en la ST.	116
Figura 5.1.1 Género de las enfermeras de APS	128
Figura 5.1.2 Edad de las enfermeras de APS	128
Figura 5.1.3 Situación familiar de las enfermeras de APS.	129
Figura 5.1.4 N° de hijos totales.	130
Figura 5.1.5 N° de enfermeras según n° de hijos.	131
Figura 5.1.6 N° de familiares autónomos y/o dependientes.	132
Figura 5.1.7 Situación laboral de la pareja.	133
Figura 5.1.8 Tipo de contrato laboral de las enfermeras de APS.	133
Figura 5.1.9 Turno de trabajo de las enfermeras de APS.	134
Figura 5.1.10 Años de experiencia laboral en APS.	135
Figura 5.1.11 Tipo de actividad de las enfermeras de APS.	136
Figura 5.2.1 Valores promedio de los ítems de variable CVPL.	139
Figura 5.2.2 Valores promedio de las dimensiones de la variable CVPL	140
Figura 5.2.3 Diagrama de cajas de las dimensiones de CVPL.	141
Figura 5.2.4 Valores promedio de los ítems de la variable ST	143
Figura 5.2.5 Valores promedio de las dimensiones de CVPL.	146
Figura 5.2.6 Diagrama de cajas de las dimensiones de ST.	147
Figura 5.3.1 Gráfico de sedimentación del cuestionario SWING.	154
Figura 5.3.2 Gráfico de sedimentación del cuestionario Font-Roja.	158

✚ LISTA ALFABÉTICA DE ABREVIACIONES:

AAN	<i>Academia Americana de Enfermería</i>
ANCC	Centro Americano de Credenciales de Enfermería
APS	Atención Primaria de Salud
ATDOM	Atención Domiciliaria
CAP	Centro de Atención Primaria
Cat Salut	Servei Català de la Salut
CEE	Comunidad Europea
CIAC	Centro Integral de Atención al Colegiado
CIE	Consejo Internacional de Enfermería
COIB	Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona
CSF	Central Sindical Independiente de Funcionarios
EBAS	Entidades de Base Asociativa
ED	Expectativa de discapacidad
EDAD	Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y Dependencia
EEUU	Estados Unidos de América
EPA	Encuesta de Población Activa
ESADE	Escuela Superior de Administración y Dirección de Empresas
EUE/EUI	Escuela Universitaria de Enfermería
EUROSTAT	Oficina estadística de la Unión Europea
EVLD	Esperanza de vida libre de discapacidad
IDESCAT	Instituto de Estadística de Cataluña
IESE	Instituto de Estudios Superiores de Empresa
ICS	Instituto Catalán de la Salud
INE	Instituto Nacional de Estadística
NANDA	Asociación Norte Americana de Diagnósticos de Enfermería
NHS	Servicio Nacional de Salud Reino Unido
NHWI	Interacción negativa familia trabajo
NIC	Clasificación de intervenciones de Enfermería

NOC	Clasificación de Resultados de Enfermería
NWHI	Interacción negativa trabajo familia
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
OIT	Organización Internacional del Trabajador
OMS	Organización Mundial de la Salud
PHWI	Interacción positiva familia trabajo
PWHI	Interacción positiva trabajo familia
RD	Real Decreto
SAP	Servicio de Atención Primaria
SATSE	Sindicato de Enfermería Español
SemFYC	Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
SNS	Sistema Nacional de Salud Español
SPSS	Statistical Package – Paquete estadístico
ST	Satisfacción en el Trabajo
SWING	Cuestionario de Interacción del Trabajo
TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación
UB	Universidad de Barcelona
UE	Unión Europea
UGT	Unión General de Trabajadores
XAPAD	Red de Atención Primaria a Domicilio

➤ **ANEXOS**

ANEXOS:

Anexo 1: Características psicométricas de los Instrumentos: Conciliación de la Vida Personal y Laboral (CVPL). Cuestionario SWING

Tabla: A1.1 Estadísticos de fiabilidad global de CVPL(NWHI)

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,752	,753	5

Fuente: Elaboración propia

Tabla A1.2 Estadísticos de fiabilidad de CVPLdimensión (NWHI)

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Concilia1	9,21	7,391	,486	,310	,718
Concilia2	9,50	7,015	,581	,359	,686
Concilia3	9,45	7,398	,445	,235	,732
Concilia4	9,22	6,680	,522	,315	,707
Concilia5	9,24	6,523	,561	,352	,691

Fuente: Elaboración propia

Tabla A1.3 Estadísticos de fiabilidad global de CVPL (NHWI)

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,767	,765	5

Fuente: Elaboración propia

Tabla A1.4 Estadísticos de fiabilidad de CVPL dimensión (NHWI)

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Concilia6	7,26	4,906	,545	,339	,723
Concilia7	6,74	4,324	,639	,451	,687
Concilia8	6,86	4,452	,647	,454	,686
Concilia9	7,24	5,463	,320	,105	,793
Concilia10	6,73	4,561	,551	,333	,720

Fuente: Elaboración propia

Tabla A1.5 Estadísticos de fiabilidad global de CVPL (PWHI)

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,801	,796	5

Fuente: Elaboración propia

Tabla A1.6 Estadísticos de fiabilidad de CVPL dimensión (PWHI)

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Concilia11	10,79	14,180	,317	,175	,834
Concilia12	11,89	10,665	,702	,537	,722
Concilia13	12,07	11,263	,704	,572	,725
Concilia14	11,89	10,845	,700	,529	,724
Concilia15	11,83	12,074	,514	,324	,785

Fuente: Elaboración propia

Tabla A1.7 Estadísticos de fiabilidad global de CVPL (PHWI)

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,815	,810	5

Fuente: Elaboración propia

Tabla A1.8 Estadísticos de fiabilidad de CVPL dimensión (PHWI)

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Concilia16	11,62	13,803	,364	,207	,840
Concilia17	12,94	11,364	,650	,541	,765
Concilia18	13,09	10,951	,697	,636	,749
Concilia19	12,67	10,811	,701	,550	,748
Concilia20	12,11	11,358	,615	,425	,775

Fuente: Elaboración propia

Tabla A1.9 Estadísticos de fiabilidad global de CVPL dimensiones (NWHI y NHWI)

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,806	,809	10

Fuente: Elaboración propia

Tabla A1.10 Estadísticos de fiabilidad de CVPL dimensiones (NWHI y NHWI)

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Concilia1	17,92	20,212	,515	,352	,785
Concilia2	18,21	19,883	,560	,380	,779
Concilia3	18,16	20,985	,375	,242	,801
Concilia4	17,92	19,503	,496	,382	,788
Concilia5	17,94	19,335	,518	,367	,785
Concilia6	18,92	20,869	,557	,380	,783
Concilia7	18,39	20,109	,582	,480	,778
Concilia8	18,51	20,891	,497	,456	,787
Concilia9	18,89	22,109	,331	,162	,803
Concilia10	18,39	21,133	,424	,373	,795

Fuente: Elaboración propia

Tabla A1.11 Estadísticos de fiabilidad Global de CVPL dimensiones (PWHI y HWI)

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,875	,872	10

Fuente: Elaboración propia

Tabla A1.12 Estadísticos de fiabilidad de CVPL dimensiones (PWHI y PHWI)

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Concilia11	26,39	52,158	,350	,278	,879
Concilia12	27,49	46,449	,634	,542	,860
Concilia13	27,67	47,216	,658	,602	,858
Concilia14	27,49	45,435	,727	,613	,852
Concilia15	27,44	47,813	,565	,371	,865
Concilia16	26,23	51,632	,401	,308	,876
Concilia17	27,55	47,109	,655	,574	,858
Concilia18	27,70	46,564	,678	,650	,856
Concilia19	27,27	46,251	,685	,610	,855
Concilia20	26,72	47,658	,587	,437	,863

Fuente: Elaboración propia

Anexo 2: Correlaciones de Pearson entre las diferentes dimensiones y entre los constructos globales

Tabla A2.1 Correlaciones de Pearson entre CVLF y sus dimensiones
Correlaciones

		Interacción negativa trabajo-familia	Interacción negativa familia-trabajo	Interacción positiva trabajo-familia	Interacción positiva familia-trabajo	Interacción total
Interacción negativa trabajo-familia	Correlación de Pearson	1,000	,440**	,134*	-,022	,517**
	Sig. (bilateral)		,000	,026	,717	,000
	N	276	276	276	276	276
Interacción negativa familia-trabajo	Correlación de Pearson	,440**	1,000	,093	,004	,472**
	Sig. (bilateral)	,000		,123	,947	,000
	N	276	276	276	276	276
Interacción positiva trabajo-familia	Correlación de Pearson	,134*	,093	1,000	,657**	,800**
	Sig. (bilateral)	,026	,123		,000	,000
	N	276	276	276	276	276
Interacción positiva familia-trabajo	Correlación de Pearson	-,022	,004	,657**	1,000	,709**
	Sig. (bilateral)	,717	,947	,000		,000
	N	276	276	276	276	276
Interacción total	Correlación de Pearson	,517**	,472**	,800**	,709**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	
	N	276	276	276	276	276

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

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

Fuente: Elaboración propia

Tabla A2.2 Correlaciones de Pearson entre ST y sus dimensiones

Correlaciones

		Satisfacción en el trabajo	Tensión relacionada con el trabajo	Competencia profesional	Presión en el trabajo	Promoción profesional	Relación con los superiores	Relación con los compañeros	Características extrínsecas de estatus	Monotonía laboral	Satisfacción total
Satisfacción en el trabajo	Correlación de Pearson	1,000	,409**	,368**	,273**	,598**	,420**	,301**	,430**	,292**	,769**
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276
Tensión relacionada con el trabajo	Correlación de Pearson	,409**	1,000	,382**	,450**	,325**	,325**	,204**	,253**	,215**	,718**
	Sig. (bilateral)	,000		,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000
	N	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276
Competencia profesional	Correlación de Pearson	,368**	,382**	1,000	,417**	,274**	,202**	,116	,229**	,309**	,630**
	Sig. (bilateral)	,000	,000		,000	,000	,001	,054	,000	,000	,000
	N	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276
Presión en el trabajo	Correlación de Pearson	,273**	,450**	,417**	1,000	,258**	,171**	,035	,296**	,179**	,584**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000		,000	,004	,562	,000	,003	,000
	N	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276
Promoción profesional	Correlación de Pearson	,598**	,325**	,274**	,258**	1,000	,436**	,215**	,502**	,264**	,717**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000
	N	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276
Relación con los superiores	Correlación de Pearson	,420**	,325**	,202**	,171**	,436**	1,000	,414**	,299**	,174**	,581**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,001	,004	,000		,000	,000	,004	,000
	N	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276
Relación con los compañeros	Correlación de Pearson	,301**	,204**	,116	,035	,215**	,414**	1,000	,194**	,094	,365**
	Sig. (bilateral)	,000	,001	,054	,562	,000	,000		,001	,120	,000
	N	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276
Características extrínsecas de estatus	Correlación de Pearson	,430**	,253**	,229**	,296**	,502**	,299**	,194**	1,000	,094	,583**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001		,121	,000
	N	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276
Monotonía laboral	Correlación de Pearson	,292**	,215**	,309**	,179**	,264**	,174**	,094	,094	1,000	,445**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,003	,000	,004	,120	,121		,000
	N	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276
Satisfacción total	Correlación de Pearson	,769**	,718**	,630**	,584**	,717**	,581**	,365**	,583**	,445**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276

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

Fuente: Elaboración propia

Tabla A2.3 Correlaciones de Pearson entre dimensiones de CVPL y ST

		Interacción negativa trabajo-familia	Interacción negativa familia-trabajo	Interacción positiva trabajo-familia	Interacción positiva familia-trabajo	Interacción total	Satisfacción en el trabajo	Tensión relacionada con el trabajo	Competencia profesional	Presión en el trabajo	Promoción profesional	Relación con los superiores	Relación con los compañeros	Características extrínsecas de estatus	Monotonía laboral	Satisfacción total
Interacción negativa trabajo-familia	Correlación de Pearson	1,000	,440 ^{**}	,134 [*]	-,022	,517 ^{**}	-,356 ^{**}	-,510 ^{**}	-,361 ^{**}	-,250 ^{**}	-,265 ^{**}	-,306 ^{**}	-,233 ^{**}	-,239 ^{**}	-,140 [*]	-,508 ^{**}
	Sig. (bilateral)		,000	,026	,717	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,020	,000
	N	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276
Interacción negativa familia-trabajo	Correlación de Pearson	,440 ^{**}	1,000	,093	,004	,472 ^{**}	-,273 ^{**}	-,252 ^{**}	-,247 ^{**}	-,132 [*]	-,160 ^{**}	-,247 ^{**}	-,173 ^{**}	-,143 [*]	-,251 ^{**}	-,337 ^{**}
	Sig. (bilateral)	,000		,123	,947	,000	,000	,000	,000	,028	,008	,000	,004	,018	,000	,000
	N	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276
Interacción positiva trabajo-familia	Correlación de Pearson	,134 [*]	,093	1,000	,657 ^{**}	,800 ^{**}	,222 ^{**}	,108	,013	,097	,166 ^{**}	,069	,041	,168 ^{**}	-,014	,168 ^{**}
	Sig. (bilateral)	,026	,123		,000	,000	,000	,073	,829	,107	,006	,255	,497	,005	,822	,005
	N	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276
Interacción positiva familia-trabajo	Correlación de Pearson	-,022	,004	,657 ^{**}	1,000	,709 ^{**}	,192 ^{**}	,147	,027	,099	,195 ^{**}	,128 [*]	,160 ^{**}	,152 ^{**}	-,027	,193 ^{**}
	Sig. (bilateral)	,717	,947	,000		,000	,001	,015	,650	,102	,001	,034	,008	,012	,658	,001
	N	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276
Interacción total	Correlación de Pearson	,517 ^{**}	,472 ^{**}	,800 ^{**}	,709 ^{**}	1,000	-,006	-,130 [*]	-,170 ^{**}	-,042	,042	-,076	-,049	,032	-,136 [*]	-,099
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000		,917	,030	,005	,491	,490	,208	,420	,593	,024	,099
	N	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276
Satisfacción en el trabajo	Correlación de Pearson	-,356 ^{**}	-,273 ^{**}	,222 ^{**}	,192 ^{**}	-,006	1,000	,409 ^{**}	,368 ^{**}	,273 ^{**}	,598 ^{**}	,420 ^{**}	,301 ^{**}	,430 ^{**}	,292 ^{**}	,769 ^{**}
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,001	,917		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276
Tensión relacionada con el trabajo	Correlación de Pearson	-,510 ^{**}	-,252 ^{**}	,108	,147	-,130 [*]	,409 ^{**}	1,000	,382 ^{**}	,450 ^{**}	,325 ^{**}	,325 ^{**}	,204 ^{**}	,253 ^{**}	,215 ^{**}	,718 ^{**}
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,073	,015	,030	,000		,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000
	N	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276
Competencia profesional	Correlación de Pearson	-,361 ^{**}	-,247 ^{**}	,013	,027	-,170 ^{**}	,368 ^{**}	,382 ^{**}	1,000	,417 ^{**}	,274 ^{**}	,202 ^{**}	,116	,229 ^{**}	,309 ^{**}	,630 ^{**}
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,829	,650	,005	,000	,000		,000	,000	,001	,054	,000	,000	,000
	N	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276
Presión en el trabajo	Correlación de Pearson	-,250 ^{**}	-,132 [*]	,097	,099	-,042	,273 ^{**}	,450 ^{**}	,417 ^{**}	1,000	,258 ^{**}	,171 ^{**}	,035	,296 ^{**}	,179 ^{**}	,584 ^{**}
	Sig. (bilateral)	,000	,028	,107	,102	,491	,000	,000	,000		,000	,004	,562	,000	,003	,000
	N	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276
Promoción profesional	Correlación de Pearson	-,265 ^{**}	-,160 ^{**}	,166 ^{**}	,195 ^{**}	,042	,598 ^{**}	,325 ^{**}	,274 ^{**}	,258 ^{**}	1,000	,436 ^{**}	,215 ^{**}	,502 ^{**}	,264 ^{**}	,717 ^{**}
	Sig. (bilateral)	,000	,008	,006	,001	,490	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000
	N	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276
Relación con los superiores	Correlación de Pearson	-,306 ^{**}	-,247 ^{**}	,069	,128 [*]	-,076	,420 ^{**}	,325 ^{**}	,202 ^{**}	,171 ^{**}	,436 ^{**}	1,000	,414 ^{**}	,299 ^{**}	,174 ^{**}	,581 ^{**}
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,255	,034	,208	,000	,000	,001	,004	,000		,000	,000	,004	,000
	N	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276
Relación con los compañeros	Correlación de Pearson	-,233 ^{**}	-,173 ^{**}	,041	,160 ^{**}	-,049	,301 ^{**}	,204 ^{**}	,116	,035	,215 ^{**}	,414 ^{**}	1,000	,194 ^{**}	,094	,365 ^{**}
	Sig. (bilateral)	,000	,004	,497	,008	,420	,000	,001	,054	,562	,000	,000		,001	,120	,000
	N	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276
Características extrínsecas de estatus	Correlación de Pearson	-,239 ^{**}	-,143 [*]	,168 ^{**}	,152 ^{**}	,032	,430 ^{**}	,253 ^{**}	,229 ^{**}	,296 ^{**}	,502 ^{**}	,299 ^{**}	,194 ^{**}	1,000	,094	,583 ^{**}
	Sig. (bilateral)	,000	,018	,005	,012	,593	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001		,121	,000
	N	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276

La Conciliación de la Vida Personal y Laboral y la Satisfacción en el Trabajo
"Estudio en Enfermeras de Atención Primaria de Salud"

Monotonía laboral	Correlación de Pearson	-,140 [*]	-,251 ^{**}	-,014	-,027	-,136 [*]	,292 ^{**}	,215 ^{**}	,309 ^{**}	,179 ^{**}	,264 ^{**}	,174 ^{**}	,094	,094	1,000	,445 ^{**}
	Sig. (bilateral)	,020	,000	,822	,658	,024	,000	,000	,000	,003	,000	,004	,120	,121		,000
	N	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276
Satisfacción total	Correlación de Pearson	-,508 ^{**}	-,337 ^{**}	,168 ^{**}	,193 ^{**}	-,099	,769 ^{**}	,718 ^{**}	,630 ^{**}	,584 ^{**}	,717 ^{**}	,581 ^{**}	,365 ^{**}	,583 ^{**}	,445 ^{**}	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,005	,001	,099	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276

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

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

Fuente: Elaboración propia

Anexo 3: Modelo de Predicción de la ST a partir de la CVPL

Tabla A3.1: La CVLF en función de las variables de clasificación Sociodemográficas. Coeficientes de regresión
Coeficientes^a

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
	(Constante)	2,777	,439		6,320	,000
	Género	-,172	,098	-,123	-1,763	,080
	Edad	-,010	,005	-,230	-2,020	,045
	Situación Familiar	,041	,129	,023	,319	,750
	Número de hijos menores de 5 años	,087	,069	,097	1,258	,210
	Número de hijos entre 5 y 16 años	,088	,046	,144	1,907	,058
	Número de hijos mayores de 16 años	,019	,052	,033	,367	,714
	Número de hijos discapacitados	,351	,447	,052	,785	,433
1	Número de familiares en el domicilio y que se valen por sí mismos	,028	,031	,071	,916	,361
	Número de familiares en el domicilio y que No se valen por sí mismos	,092	,090	,078	1,022	,308
	Número de familiares en una Institución y que se valen por sí mismos	,530	,461	,079	1,150	,252
	Número de familiares en una Institución y que No se valen por sí mismos	,596	,491	,089	1,213	,227
	Situación laboral de la pareja (Si tiene)	,179	,068	,182	2,633	,009
	Tipo de contrato laboral	,002	,038	,004	,057	,955
	Turno de trabajo	,019	,038	,037	,484	,629
	Años de experiencia laboral en asistencia primaria	-,002	,006	-,030	-,270	,787
	Tipo de actividad en asistencia primaria	,057	,055	,073	1,033	,303

a. Variable dependiente: Interacción total

Fuente: Elaboración propia

Tabla A3.2 Modelo de regresión de la variable CVPL en función de las variables de clasificación Sociodemográficas

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,428 ^a	,183	,114	,44070

a. Variables predictoras: (Constante), Tipo de actividad en asistencia primaria, Tipo de contrato laboral, Situación laboral de la pareja (Si tiene), N° de familiares en una Institución y que No se valen por sí mismos, N° de hijos discapacitados, N° de familiares en el domicilio y que se valen por sí mismos, Género, N° de familiares en una Institución y que se valen por sí mismos, N° de hijos menores de 5 años, Turno de trabajo, N° de hijos entre 5 y 16 años, Situación Familiar, N° de familiares en el domicilio y que No se valen por sí mismos, N° de hijos mayores de 16 años, Años de experiencia laboral en asistencia primaria, Edad

**Tabla A3.3 La ST total en función de las variables de clasificación Sociodemográficas
 Modelo de regresión**

Coeficientes^a

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	3,793	,452		8,400	,000
	Género	,007	,091	,005	,078	,938
	Edad	-,002	,005	-,048	-,463	,644
	Situación Familiar	,016	,118	,009	,137	,891
	Número de hijos menores de 5 años	,057	,074	,062	,773	,441
	Número de hijos entre 5 y 16 años	,053	,052	,084	1,006	,316
	Número de hijos discapacitados	,057	,408	,008	,140	,889
	Número de hijos total	,025	,048	,053	,519	,605
	Número de familiares en el domicilio y que se valen por sí mismos	,010	,028	,024	,347	,729
	Número de familiares en el domicilio y que No se valen por sí mismos	-,040	,083	-,033	-,490	,625
	Número de familiares en una Institución y que se valen por sí mismos	-,228	,424	-,033	-,537	,592
	Número de familiares en una Institución y que No se valen por sí mismos	-,076	,452	-,011	-,169	,866
	Situación laboral de la pareja (Si tiene)	,066	,063	,066	1,041	,299
	Tipo de contrato laboral	,042	,035	,079	1,196	,233
	Turno de trabajo	,039	,035	,075	1,109	,269
	Años de experiencia laboral en asistencia primaria	-,005	,005	-,104	-1,043	,298
	Tipo de actividad en asistencia primaria	,036	,050	,045	,718	,474
	Interacción negativa trabajo-familia	-,350	,051	-,472	-6,874	,000
Interacción negativa familia-trabajo	-,138	,064	-,146	-2,160	,032	
Interacción positiva trabajo-familia	,109	,048	,188	2,290	,023	
Interacción positiva familia-trabajo	,010	,046	,017	,208	,835	

a. Variable dependiente: Satisfacción total

Fuente: Elaboración propia

**Tabla A3.4 Modelo de regresión de la ST en función de las variables de clasificación
Procedimiento "Stepwise" (por pasos)**

Coeficientes^aSociodemográficas

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	4,108	,112		36,688	,000
	Interacción negativa trabajo-familia	-,347	,046	-,468	-7,550	,000
2	(Constante)	3,733	,138		27,029	,000
	Interacción negativa trabajo-familia	-,374	,045	-,504	-8,395	,000
	Interacción positiva trabajo-familia	,151	,035	,260	4,325	,000
3	(Constante)	3,944	,150		26,222	,000
	Interacción negativa trabajo-familia	-,381	,044	-,513	-8,730	,000
	Interacción positiva trabajo-familia	,129	,035	,222	3,713	,000
	Años de experiencia laboral en asistencia primaria	-,010	,003	-,190	-3,190	,002
4	(Constante)	4,058	,158		25,634	,000
	Interacción negativa trabajo-familia	-,339	,048	-,456	-7,127	,000
	Interacción positiva trabajo-familia	,131	,035	,225	3,784	,000
	Años de experiencia laboral en asistencia primaria	-,010	,003	-,187	-3,175	,002
	Interacción negativa familia-trabajo	-,129	,060	-,136	-2,143	,033

a. Variable dependiente: Satisfacción total

Fuente: Elaboración propia

**Tabla A3.5 Modelo de regresión de la ST total en función de las variables de clasificación
Sociodemográficas**

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,468 ^a	,219	,215	,42551
2	,534 ^b	,285	,278	,40808
3	,566 ^c	,320	,310	,39912
4	,579 ^d	,335	,322	,39560

a. Variables predictoras: (Constante), Interacción negativa trabajo-familia

b. Variables predictoras: (Constante), Interacción negativa trabajo-familia, Interacción positiva trabajo-familia

c. Variables predictoras: (Constante), Interacción negativa trabajo-familia, Interacción positiva trabajo-familia, Años de experiencia laboral en asistencia primaria

d. Variables predictoras: (Constante), Interacción negativa trabajo-familia, Interacción positiva trabajo-familia, Años de experiencia laboral en asistencia primaria, Interacción negativa familia-trabajo