



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

REPERCUSIÓN DEL ESTRÉS LABORAL
SOBRE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Jesús Cremades Puerto



Tesis **Doctorales**

www.eltallerdigital.com

UNIVERSIDAD de ALICANTE

TESIS DOCTORAL



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

**REPERCUSIÓN DEL ESTRÉS LABORAL SOBRE LA
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Jesús Cremades Puerto

2016

DIRECTORA:

Dra. Loreto Maciá Soler (Universidad de Alicante)

AGRADECIMIENTOS

Mis primeras líneas son para dar todo mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que han hecho posible la realización de esta tesis con su colaboración o apoyo desinteresado.

A todos los compañeros y compañeras que han participado anónimamente en este proyecto mostrando una gran disposición y a los hospitales donde trabajan (Alicante, “Virgen de la Salud” de Elda y “Reina Sofía” de Murcia), los cuales han mostrado facilidades para la posibilidad de realizar este trabajo.

A mi mayor apoyo académico, Loreto Maciá, por su dedicación, paciencia y constancia en los buenos y no tan buenos momentos de estos últimos años. Y también a los que han colaborado como revisores del presente trabajo, Isabel Orts, M^a José López, Azucena Pedraz y Víctor M. González.

A mis amistades, amig@s que te apoyan en las horas débiles y te bajan al suelo cuando estás en las nubes, los que te muestran la cruda realidad y te la distorsionan con sus ironías, risas y bromas, los que te dan cordura y te dan locura. Porque vivir sin ellos sería muy difícil.

A mis padres, Armando y Carmen, a mi hermano Alberto, y al resto de mi familia, los que están presentes y los que están en mi corazón. Me habéis mostrado que la familia es la base de esta vida, donde la dedicación, el sentido del humor, el respeto, el cariño y el amor son ingredientes principales de una gran evolución personal. A vosotros sólo puedo daros sinceramente las gracias por darme TODO.

ÍNDICE

ACRÓNIMOS	9
------------------------	---

RESUMEN	11
----------------------	----

ABSTRACT	13
-----------------------	----

PARTE I: MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN	15
---------------------------	----

1. NOCIONES RELACIONADAS CON EL ESTRÉS

1.1. Concepto de estrés.....	16
------------------------------	----

1.2. Teorías relacionadas.....	18
--------------------------------	----

1.2.1. Teorías basadas en la respuesta. Enfoque fisiológico o bioquímico.....	19
---	----

1.2.2. Teorías basadas en el estímulo. Enfoque psicológico y psicosocial.....	21
---	----

1.2.3. Teorías basadas en la interacción. Enfoque cognitivo.....	22
--	----

1.2.4. Modelo procesual del estrés.....	23
---	----

1.3. Factores desencadenantes de estrés.....	26
--	----

1.4. Afectaciones en la salud.....	27
------------------------------------	----

1.5. Afrontamiento.....	29
-------------------------	----

2. ESTRÉS LABORAL

2.1. Definición.....	32
----------------------	----

2.2. Modelos teóricos del estrés laboral.....	34
---	----

2.2.1. Modelo del ambiente social.....	34
--	----

2.2.2. Modelo de interacción entre las demandas y control.....	36
2.2.3. Modelo de interacción entre demandas, control y apoyo social.....	37
2.2.4. Modelo de desequilibrio entre demandas, apoyos y restricciones.....	39
2.2.5. Modelo de desajuste entre demandas y recursos del trabajador.....	40
2.2.6. Modelo orientado a la dirección.....	41
2.2.7. Modelo de desbalance entre esfuerzo y recompensa.....	41
2.2.8. Modelo integrador.....	43
2.3. Síndrome de Burnout.....	44
2.3.1. Teorías y modelos.....	45
2.3.2. Signos y síntomas.....	54
2.4. Variables sociodemográficos y personales que intervienen en el Burnout.....	54
2.5. Variables organizacionales.....	56
2.6. Instrumentos de medida.....	56
3. ESTRÉS EN EL ÁMBITO DE LA ENFERMERÍA	
3.1. Definición.....	61
3.2. Instrumentos de medida.....	61
3.3. Consecuencias del estrés laboral crónico para la organización y para los profesionales.....	64
3.4. Tipos factores laborales estresantes específicos.....	66

PARTE II: INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN.....	74
-------------------	----

4. OBJETIVOS.....	75
5. MATERIAL Y MÉTODO	
5.1. Diseño del estudio.....	76
5.2. Ámbito de estudio.....	76
5.3. Población y sujetos de estudio.....	79
5.4. Criterios de inclusión y de exclusión.....	80
5.5. Selección de la muestra.....	80
5.6. Recogida de datos e instrumentos de recogida de datos para la segunda fase de la investigación. Estudio Delphi.....	80
5.7. Aspectos éticos.....	83
5.8. Variables objeto de estudio.....	83
5.9. Análisis estadístico.....	89
5.10. Cronograma.....	90
6. RESULTADOS.....	93
6.1. Resultados de la revisión bibliográfica (Fase 1).....	93
6.2. Descripción de la muestra.....	95
6.3. Resultados en la Provincia de Alicante (Fase 2A).....	102
6.4. Resultados en la Región de Murcia (Fase 2B).....	107
6.5. Factores asociados en ambas zonas.....	113
7. DISCUSIÓN	116
7.1. Características sociodemográficas.....	116
7.2. Características de los factores laborales estresantes.....	117

8. CONCLUSIONES.....120

9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y RECOMENDACIONES.....122

BIBLIOGRAFÍA.....123

ANEXOS

ANEXO 1. MASLACH BURNOUT INVENTORY FOR HUMAN SERVICES SURVEY
(MBI-HSS).....134

ANEXO 2. VERSIÓN CASTELLANA DE LA ESCALA “*THE NURSING STRESS
SCALE*”.....136

ANEXO 3. CESQT. CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE
QUEMARSE POR EL TRABAJO.....138

ANEXO 4. DEFINICIÓN DE LOS CLASIFICADORES DE PEIRÓ.....140

ANEXO 5. FACTORES ESTRESANTES (AYUDA).....142

ANEXO 6. HOJA DE INFORMACIÓN E INSTRUCCIONES.....149

ANEXO 7. 1ª ENCUESTA.....152

ACRÓNIMOS

ACTH: Hormona adrenocorticotropa/corticotropina

APA: Asociación Americana de Psicólogos

BS: *Burnout Scale*

CESQT: Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo

EEUU: Estados Unidos

ELBOS: *Emer-Luck Scale*

Ej: Ejemplo

GRD: Grupos Relacionados por el Diagnóstico

HGUA: Hospital General Universitario de Alicante

HGUE: Hospital General Universitario “Virgen de la Salud” de Elda

HGURS: Hospital General Universitario “Reina Sofía” de Murcia

HSE: *Health and Safety Executive*

HTA: Hipertensión arterial

Inc: *Incorporation*

MBI: *Maslach Burnout Inventory*

NSS: *Nursing Stress Scale*

OMS: Organización Mundial de la Salud

PE: Personal de Enfermería (Enfermer@s)

RAE: Real Academia Española

RN4CAST: *Registered Nurse Forecasting*

S: Siglo

SBS: *Staff Burnout Scale*

SGA: Síndrome General de Adaptación

SNA: Sistema Nervioso Autónomo

SNS: Sistema Nervioso Simpático

SQT: Síndrome de Quemarse en el Trabajo

TM: *Tedium Measure*

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

UE: Unión Europea



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

RESUMEN

OBJETIVO:

El objetivo general del estudio es identificar los factores laborales estresantes del profesional de Enfermería en las Unidades Hospitalarias Médicas.

Los objetivos específicos del presente estudio son:

- Identificar a través de la revisión de la literatura los factores laborales estresantes de Enfermería.
- Seleccionar un clasificador de los factores laborales estresantes adecuado al contexto social y con aplicabilidad.
- Clasificar los factores laborales estresantes específicos de las Unidades Hospitalarias Médicas para acotar el problema y poder intervenir sobre el estrés laboral específico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha realizado una revisión de la literatura sobre factores laborales estresantes de Enfermería en Unidades Médicas de Hospitalización en las bases de datos: CUIDEN, IME, TESEO, CINAHL, CISDOC, COCHRANE, IBECs, LILACS, MEDLINE y PsycINFO.

Seguidamente, con los factores laborales estresantes localizados, se ha realizado un estudio cualitativo, descriptivo-analítico, incidental y prospectivo, siguiendo la metodología Delphi, en el Hospital General Universitario de Alicante, en el Hospital General Universitario “Virgen de la Salud” de Elda y en el Hospital General Universitario “Reina Sofía” de Murcia. La muestra total estuvo conformada por 82 profesionales de Enfermería.

La obtención de respuestas fue a través de correo electrónico o escrito (sobre cerrado) mediante un cuestionario con los factores laborales estresantes obtenidos, elaborado para esta investigación que mide el nivel de relevancia en la profesión de Enfermería.

RESULTADOS:

La sobrecarga de trabajo en la plantilla de Enfermería de Unidades de Hospitalización Médicas es el primer factor laboral estresante. El resto de factores que están asociados son las interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas, ejecutar tareas simultáneamente, falta de tiempo para algunos pacientes que lo necesiten y las consecuencias de mis errores para el enfermo.

CONCLUSIONES:

Los resultados obtenidos difieren con otros estudios dependiendo de la unidad o servicio donde se haya realizado y, aunque coinciden en la sobrecarga laboral y otros problemas organizativos, recogen a su vez la asociación del estrés a los procesos de muerte y sufrimiento del paciente.

Estos resultados pueden utilizarse como una herramienta en el manejo clínico de las unidades hospitalarias, con el fin de mejorar la calidad de vida del profesional de Enfermería, los modelos organizativos y la mejora continua en el tratamiento clínico de los pacientes.

DESCRIPTORES: Estrés laboral; Personal de Enfermería en hospital; Unidades Hospitalarias; Enfermería.

ABSTRACT

OBJECTIVES:

The general objective of the study is to identify job stressors of professional nursing at Medical Hospital Units.

The specific objectives of this study are:

- To identify through the literature review the nursing work stressors.
- To select a classifier of job stressors appropriate to social context and applicability.
- To classify specific job stressors of Medical Hospital Units to define the problem and to intervene on specific work-related stress.

MATERIAL AND METHODS:

There has done a literature review on job stressors of Nursing Hospital Medical Units in the databases: CUIDEN, IME, TESEO, CINAHL, CISDOC, COCHRANE, IBECS, LILACS, MEDLINE and PsycINFO.

Then, with job stressors located, it has made a qualitative, descriptive-analytic, incidental, prospective study, following the Delphi methodology at the University General Hospital of Alicante, at University General Hospital “Virgen de la Salud” of Elda and University General Hospital “Reina Sofia” of Murcia. The total sample was consisted of 82 Nursing Professionals.

It was getting answers through email or letter (on closed) using a questionnaire with job stressors obtained, it developed for this research that measures the level of relevance to the Nursing Profession.

RESULTS:

The workload on the Nursing staff at Medical Unit Hospital is the first job stressor. The other factors associated are frequent interruptions in the performance of their tasks, to execute tasks at the same time, lack of time for some patients who need it and the consequences of my mistakes for the patient.

CONCLUSIONS:

The results differ with other studies depending on the Unit or Service which has been made and, although they agree to the work overload and other organizational problems, they collect at the same time the association to processes of death and suffering of patient.

There results can be used as a tool in the clinical management of hospital units, in order to improve the quality of Nursing Professional life, organizational models and the continuous improvement in clinical treatment of patients.

DESCRIPTORS: Work-Related Stress; Nursing Personnel in Hospital; Hospital Units; Nursing.

PARTE I: MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

“El estrés es un estado ignorante.

Cree que todo es una emergencia”

Natalie Goldberg (1948 - ¿?)

El estrés puede resultar beneficioso, en muchos casos, para incrementar el rendimiento y mantener la salud. Pero el concepto “estrés” tiene dos acepciones: el “eustrés”, que sería una estimulación que el sujeto es capaz de afrontar eficazmente con consecuencias básicamente positivas, y el “distrés”, que sería la experiencia excesiva y fuera del control del sujeto con repercusiones negativas. Sin embargo, mayoritariamente, se usa el término genérico estrés, para denominar la situación negativa, como se hace en el presente trabajo.

En este marco teórico, se revisan todos los conceptos que relacionan estrés con profesiones sanitarias, y más concretamente con la profesión de Enfermería.

Se estructura en tres apartados que nos conducen desde los conceptos más básicos del estrés hasta conocer los factores estresantes laborales específicos de los Profesionales de Enfermería.

Posiblemente, un alto estrés laboral en los profesionales de Enfermería afecte directamente a la calidad de los cuidados que estos prestan en su servicio debido a su relación continua y su repercusión influya al sistema con connotaciones negativas tanto para los pacientes/clientes, como para los propios profesionales de Enfermería y sus gestores. Por ello, la Gestión Clínica de cualquier sistema sanitario debe tener en cuenta a sus profesionales y el manejo de su estrés para la mejora cualitativa de la actividad realizada por el personal de Enfermería.

1. NOCIONES GENERALES RELACIONADAS CON ESTRÉS

1.1. Concepto de estrés

A lo largo de la Historia, el concepto “estrés” se ha definido por distintos autores desde diferentes perspectivas.

La etimología de la palabra estrés procede del griego “stringere”, que significa provocar tensión. Durante el paso de los años se empleó en textos en inglés y surgieron numerosas variantes como “stress”, “stresse”, “strest” o “straisse”.^{1,2}

A finales del S. XVII, Robert Hooke, en el ámbito de la Física, basado en la Ley de la Elasticidad, afirmó que el estrés producía la deformación del metal. El concepto de estrés es pues entendido aquí como la situación en la cual una exigencia externa actúa sobre un cuerpo y éste, análogamente a una máquina, se expone a un desgaste. Ante esta demanda, el cuerpo necesitaría “energía” proveniente del sistema nervioso para sobrellevar los desgastes. Por ello, algunos autores relacionaron inicialmente el estrés con un “desgaste de la energía nerviosa”.³

Dentro del ámbito bio-psicológico, en 1867, el fisiólogo Claude Bernard, sugirió que los cambios externos en el ambiente pueden perturbar el organismo y que una de las principales características de los seres vivos reside en su poder para mantener la estabilidad de su medio interno aunque se modifiquen las condiciones de su medio externo. La definición del fisiólogo Bernard fue uno de los primeros reconocimientos de las consecuencias provocadas tras romper el equilibrio en el organismo, es decir, someter a éste al estrés.^{1,2}

Walter Cannon estudió en el ser humano y en animales cierto número de variables

fisiológicas en función de situaciones psicológicas experimentales. Insistió en la correlación estricta entre una variable fisiológica y un parámetro psicológico. En 1915, conceptualizó al estrés como un síndrome de lucha-huida y planteó que una respuesta fisiológica del estrés ante una situación de emergencia, permite que el organismo reaccione con todo nuestro potencial, superando el peligro y lograr un proceso de adaptación homeostática.¹⁻⁴

Sobre la década de los 30, Hans Selye, considerado el padre del concepto moderno de estrés e inspirado por Walter Cannon, tras experimentar en animales, lo definió como síndrome o conjunto de respuestas fisiológicas no específicas del organismo a diferentes agentes nocivos del ambiente de naturaleza física o química.^{1-3, 5, 6}

Lázarus y Folkman, en 1986, observaron que la aportación de Hans Selye era insuficiente en el caso de las diferentes respuestas individuales. Así pues desarrollan el concepto de estrés como un proceso que incluye las transacciones entre el individuo y su medio ambiente durante el cual, la percepción de amenaza y/o daño, ocasiona reacciones físicas y psicológicas. Son respuestas rápidas, intuitivas y automáticas, diferentes al pensamiento reflexivo. Por lo tanto, las diferencias individuales toman un papel significativo.^{1, 4, 6}

Para la Real Academia de la lengua Española (RAE), estrés se define como tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves.⁷

Finalmente, para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el estrés se define como el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción.^{1, 8}

Por tanto, podemos considerar al estrés como el proceso que se pone en marcha cuando una persona percibe una situación o acontecimiento como amenazante o desbordante de sus recursos. A menudo los hechos que lo ponen en marcha son los que están relacionados con cambios que exigen del individuo un sobreesfuerzo y por tanto ponen en peligro su actual bienestar personal.

El estrés no siempre tiene consecuencias negativas, en ocasiones su presencia representa una excelente oportunidad para poner en marcha nuevos recursos personales, fortaleciendo así la autoestima e incrementando las posibilidades de éxito en ocasiones futuras. Desde este punto de vista, el concepto de estrés tendría dos acepciones: el "eustrés", que sería una estimulación que el sujeto es capaz de afrontar eficazmente con consecuencias básicamente positivas, y el "distrés", que sería la experiencia excesiva y fuera del control del sujeto. Sin embargo, habitualmente se utiliza el término genérico de estrés para denominar la situación negativa en la que el sujeto no se siente con recursos para afrontar las excesivas demandas del medio.^{9, 10}

1.2. Teorías relacionadas

Dentro de las Teorías Generales de Estrés, podemos definir tres tipos de formas de desarrollar el estrés:

- a) Basado en la respuesta.
- b) Basado en el estímulo.
- c) Basado en la interacción o transaccionales.

Igualmente, se desarrolla el Modelo procesual del estrés.

1.2.1. Teorías basadas en la respuesta. Enfoque fisiológico o bioquímico.

La teoría del estrés basada en la respuesta fue desarrollada por Selye. Como se ha comentado, Selye, definió el estrés como un síndrome o conjunto de respuestas fisiológicas no específicas del organismo a diferentes agentes nocivos del ambiente de naturaleza física o química. Estos agentes nocivos desencadenantes del estrés son elementos que atentan contra la homeostasis del organismo y provocan una respuesta inespecífica.

Esta respuesta implica una activación del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal y del Sistema Nervioso Autónomo (SNA). Si la activación persiste, produce un síndrome de estrés^{1, 11} consistente en:

- a) Hipertrofia de la corteza de la glándula suprarrenal.
- b) Atrofia del timo, bazo y ganglios linfáticos.
- c) Úlcera péptica.

Cannon influyó en Selye con su hipótesis de la homeostasis. Concibe el estrés como reacciones de lucha-huida, respuestas automáticas que emiten los organismos en defensa de estímulos amenazantes externos o internos. En esta respuesta, el Sistema Nervioso Simpático (SNS) responde con la liberación de catecolaminas por la médula suprarrenal.¹¹

Selye desarrolló su teoría basada en dos fenómenos objetivables. Uno, el estresor, que es cualquier demanda que evoca el patrón de respuesta de estrés (fisiológico, psicológico, cognitivo o emocional). El segundo es la respuesta al estrés, formada por un triple mecanismo denominado Síndrome General de Adaptación (SGA)^{2, 3, 5, 6, 11}. El triple mecanismo consiste a su vez en:

- a) Reacción de alarma: Reacción inicial del organismo ante un estímulo generador de estrés

que tiende a restaurar la homeostasis (equilibrio). Tiene dos fases:

- Fase de choque: Es la reacción inicial e inmediata al agente nocivo: taquicardia, pérdida de tono muscular, disminución de la temperatura y de la presión sanguínea. También se produce descarga de adrenalina, corticotropina (ACTH) y corticoides (aunque empiezan durante esta fase, se hacen más evidentes en la siguiente).
 - Fase de contrachoque: Es la reacción de rebote (defensa contra el choque). Se da un agrandamiento de la corteza suprarrenal con hiperactividad (incremento de corticoides), involución rápida del sistema timo-linfático, y signos opuestos a la fase de choque (hipertensión, hiperglucemia, hipertermia, etc.).
- b) Etapa de resistencia: Donde la adaptación es sostenida, óptima y permite el desarrollo de una estrategia de supervivencia si el estímulo persiste. Se caracteriza por una resistencia aumentada al agente nocivo (estresor) a costa de una menor resistencia a otros estímulos. La mayoría de los cambios presentes durante la reacción de alarma desaparecen, y en algunos casos se invierten. El resultado de una resistencia prolongada al estrés es la aparición de una serie de enfermedades como úlceras pépticas, colitis ulcerosas, asma bronquial, etc. Además, produce cambios en el sistema inmunológico que favorece la aparición de infecciones.
- c) Etapa de agotamiento: Cese de la respuesta de adaptación con la reaparición de los síntomas característicos de la reacción de alarma debido a la cronicidad del agente nocivo, la cual conduce a la enfermedad y puede llevar a la muerte.

Esta teoría propuesta por Selye sobre la respuesta inespecífica al estrés fue cuestionada por algunos psicofisiólogos como Mason (1968) quien propuso que los estímulos estresantes generan el

síndrome general de adaptación siempre y cuando el individuo perciba la situación como amenazante y resaltó la importancia de los factores sociales. Desde el punto de vista sociológico, la misma forma de estrés puede tener varios desenlaces en función de los contextos estructurales y culturales.^{2, 11, 12}

1.2.2. Teorías basadas en el estímulo. Enfoque psicológico y psicosocial.

Este grupo teórico afirma que el estrés se caracteriza por estar asociado a los estímulos del ambiente, interpretando que así pueden alterar o perturbar el funcionamiento del organismo. Por lo tanto, el estrés se localiza fuera del individuo, al que le corresponde el efecto producido por el estrés.^{11, 12}

Estas teorías se basan en la Ley de la elasticidad de Hooke. Se entiende que las personas poseen unos ciertos límites de tolerancia al estrés (como fuerza externa) pudiendo variar entre individuos. Por encima de tales límites, el estrés comienza a ser intolerable y aparecen los daños físicos y/o psicológicos.¹¹

Holmes y Rahe (1967), tras estudiar los acontecimientos vitales predecesores de una enfermedad de varios pacientes, señalaron que: la magnitud del cambio está alta y significativamente relacionada con la aparición de la enfermedad; cuanto mayor sea el cambio vital o crisis, mayor será la probabilidad de que ese cambio se asocie con la aparición de la enfermedad en la población de riesgo; y que existe una fuerte correlación positiva entre la magnitud del cambio vital y la gravedad de la enfermedad crónica experimentada.¹¹

La principal crítica a este modelo es que la reacción del sujeto depende más de la percepción

del evento que del evento en sí. Además, cabe la posibilidad de que el evento vital pueda desempeñar una función positiva en el individuo.^{11,12}

1.2.3. Teorías basadas en la interacción. Enfoque cognitivo.

Sus principales representantes son Lázarus y Folkman. Afirman que el estrés puede ser comprendido en términos de las interpretaciones cognitivas que la persona hace sobre la capacidad estresora de los eventos. Así pues, las teorías anteriores tienden a ver al individuo como algo pasivo en el proceso de estrés, pero en este enfoque, el estrés se origina a través de las relaciones particulares entre la persona y su entorno, es decir, según el individuo evalúe el entorno como amenazante o desbordante de sus recursos poniéndose en ese caso su bienestar en peligro.^{11,12}

En consecuencia, parece que la idea central de la perspectiva interaccional, transaccional o aproximación mediacional cognitiva, se focaliza en el concepto de la evaluación. La evaluación cognitiva es un proceso mental universal mediante el cual el sujeto valora constantemente la significación de lo que está ocurriendo y lo relaciona con su bienestar personal y con los recursos disponibles para responder a la situación. No es el agente estresor el que define el estrés, sino la percepción que realiza el individuo de la situación estresante.^{11,12}

Lázarus y Folkman distinguen tres tipos de evaluaciones^{11,12}:

- a) Evaluación primaria: El sujeto valora el significado de lo que está ocurriendo. El resultado de esta evaluación puede dar a cuatro modalidades de evaluación: amenaza (anticipación de un daño posible), daño-pérdida (son los resultados de esa amenaza), desafío (es la valoración de la situación que el sujeto hace y que conlleva a resultados inciertos) y beneficio (es una valoración positiva que no lleva al estrés).

- b) Evaluación secundaria: Se realiza tras la primaria y se centra en la valoración de los resultados con objeto de plantear medidas para hacer frente a la situación. Se trata de los “recursos de afrontamiento” o habilidades de *coping* que incluyen los recursos físicos, psicológicos y aptitudes, además de los recursos ambientales, de tipo social y los recursos materiales.
- c) Reevaluación: Conlleva procesos de retroalimentación que se desarrollan durante la interacción del individuo con las demandas, tanto externas como internas, y hace que se produzcan correcciones sobre valoraciones previas durante el mismo proceso de afrontamiento.

Así pues, la evaluación cognitiva es el factor determinante para que una situación estresante no llegue a estresar al individuo. Se considera a la persona como un activo interactuando con el medio.

Se mencionan otros modelos interaccionales como el Modelo transaccional del estrés de Cox y Mackay, que está organizado en varias etapas constitutivas de un sistema general y describe la forma con la que actúa el estrés, donde se entiende el estrés como un sistema cibernético dinámico. En el modelo transaccional se define el estrés como un fenómeno perceptual que emerge de la comparación entre la demanda impuesta a la persona y su capacidad para hacerle frente.^{11,13}

1.2.4. Modelo procesual del estrés.

De acuerdo a este modelo, el estrés implica variables que funcionan a diferentes niveles y que interaccionan entre sí diacrónicamente. Puede deducirse que el estrés implica ciertos elementos esenciales como la presencia de agentes externos o internos, procesos de evaluación cognitiva,

estrategias de afrontamiento y un complejo abanico de respuestas fisiológicas y psicológicas que suelen definirse como reacción al estrés, con influencias moduladoras asociadas a elementos predisposicionales o demográficos.¹¹

En 1995, Amparo Belloch, presenta el modelo procesual, que pretende organizar las distintas variables básicas que directa o indirectamente se relacionan con el estrés, y que tienen que ver de forma importante con la psicopatología del estrés. Este modelo ha sido bien aceptado por la comunidad científica¹¹. En 2008, Bonifacio Sandín, presentó una revisión de este modelo¹¹. Los principales cambios hacen referencia a los distintos componentes del modelo como la evaluación cognitiva, las demandas psicosociales y los factores sociales. Esta revisión diferencia entre variables mediadoras y moduladoras del estrés y del estado de salud.

En la versión inicial se separaba la evaluación primaria y secundaria como en el modelo de Lazarus, pero en el modelo revisado por Sandín se sustituye ese concepto por la integración entre el tipo de amenaza (pérdida, daño, etc.) y las características de las cognitivas de la demanda psicosocial. El modelo se estructura en 7 partes^{11, 12}:

- a) Demandas psicosociales: Se refiere a los agentes externos causales primariamente de estrés. Los factores psicosociales engloban los sucesos mayores o vitales (pérdida de trabajo), los menores (estrés diario) y al estrés crónico (estrés laboral). Este factor está muy arraigado al estatus socioeconómico. Además de factores psicosociales, pueden incluir agentes ambientales, tanto naturales (radiación, frío, calor,...) y artificiales (ruido, contaminación,...).
- b) Evaluación cognitiva: Es la valoración cognitiva que realiza el individuo respecto a la situación o la demanda social. El sujeto suele ser consciente de ello o no. Suele implicar

alguna forma de amenaza. Existen dos tipos de facetas de evaluación: la que viene dada por el tipo de amenaza (de pérdida, de peligro o desafío), que dependen a su vez de la naturaleza propia de la demanda, de las características del individuo o ambas; y la otra viene dada por características de la demanda como la valencia (positivo o negativo), la independencia, la predecibilidad o la controlabilidad.

- c) Respuesta de estrés: Incluye respuestas fisiológicas (liberación de catecolaminas y cortisol fundamentalmente y activación de sistema nervioso simpático e inhibición del parasimpático) y respuestas psicológicas (respuestas emocionales y los componentes cognitivos y motores, difíciles de separar de los emocionales).
- d) Afrontamiento (*coping*): Esfuerzos conductuales y cognitivos que emplea el sujeto para hacer frente a las demandas y suprimir el estado emocional del estrés. Es la última etapa del estrés. Esta fase y las tres anteriores están en un proceso dinámico de interacción constante.
- e) Características personales: Conjunto de variables que pueden influir sobre las etapas anteriores. Son relativamente estables en el individuo y diferencian a los individuos entre sí. Influyen en la evaluación de la demanda psicosocial y en las estrategias de afrontamiento. Son los principales recursos personales del afrontamiento ante el estrés. Son una dimensión latente del afrontamiento.
- f) Características sociales: El apoyo social es el fondo del que la gente puede disponer cuando necesita hacer frente a los estresores. Son las acciones llevadas a cabo a favor de un individuo por otras personas. Pueden proporcionar ayuda instrumental, informativa y emocional. Consiste tanto en ayuda percibida (más significativa) como recibida. Las redes sociales son la totalidad de los recursos sociales de los que un individuo puede disponer potencialmente. El apoyo social sería en realidad los recursos que hace uso. Es

muy influyente el nivel socioeconómico del individuo.

- g) Estatus de salud: Más que una fase del proceso es el resultado del mismo. El estado de salud, tanto físico como psicológico, depende del funcionamiento de las fases anteriores. Un afrontamiento inapropiado puede ser nocivo para la salud.

1.3. Factores desencadenantes de estrés

Un episodio de estrés comienza a partir de una situación ambiental o personal que influye sobre el individuo planteándole demandas o exigencias que la persona no controla o no puede atender, representando esa falta de control una amenaza para la misma.

De hecho, existen numerosas formas de conceptualizar situaciones estresantes o desencadenantes. Los estresores están en relación con las demandas y los recursos, unido a la capacidad personal de afrontamiento. Las demandas proceden o bien del entorno o de los niveles de exigencia muy elevados que se ponen los propios individuos.⁹

En 1979, Franz Karasek, establece un modelo donde las experiencias del estrés surgen cuando las demandas del trabajo son altas, y al mismo tiempo, la capacidad de control de la misma es baja. Por ello, distingue cuatro tipos de situaciones laborales en función de la combinación de niveles altos o bajos de las demandas y del control que más adelante se desarrolla en el capítulo 2.⁹

Otros autores han señalado que el aspecto característico de una fuente o desencadenante de estrés es el desajuste entre las necesidades, deseos o expectativas y situación real. Jeffrey R. Edwards en 1988, planteó que esas discrepancias, en la medida en que superen determinados

umbrales, acaban provocando experiencias de estrés.⁹

Por otra parte, Peter Warr, en 1987, señaló otra característica de los estímulos y situaciones estresantes para las personas que tiene que ver con su cantidad o intensidad. Plantea en su modelo vitamínico que determinadas cantidades de ciertos estímulos pueden deteriorar la salud mental de forma análoga a como determinados niveles de ciertas vitaminas perjudican a la salud física.⁹

La conceptualización de determinados estímulos o situaciones como desencadenantes de estrés se ha planteado de diversas formas y ello ha tenido implicaciones teóricas sobre el estrés laboral.

1.4. Afectaciones en la salud

Podemos diferenciar dos tipos de afectaciones en la salud según sea el tipo de estrés, agudo o crónico.

Sin llegar a profundizar en respuestas específicas y cambios del organismo, en el estrés agudo aparecen enfermedades de forma súbita, evidente, fácil de identificar y generalmente son reversibles¹² como:

- a) Trastorno por estrés agudo: Responde al trauma con horror, ansiedad, intenso miedo y desesperanza. Los síntomas son la reducción de la expresión de sentimientos, desapego, reducción de la conciencia, desrealización, despersonalización y amnesia disociativa.
- b) Trastorno por estrés post-traumático: Responde al trauma con pesadillas y recuerdos inquietantes durante el día. El individuo puede sufrir trastornos del sueño, ansiedad,

depresión, sensación de indiferencia o se sobresaltan fácilmente. A veces se sienten irritables, agresivos o violentos. Pueden presentar una disminución de la reactividad del mundo exterior, reducción de la conciencia psíquica o “anestesia emocional”. También puede describir una sensación de futuro desolador. Evita ver cosas o lugares que le recuerden el incidente. Provoca un malestar clínico o deterioro social, laboral u otras importantes.

- c) Ataque de pánico: Padecen sensaciones de terror de forma repentina y reiterada sin aviso. Ésto provoca preocupación y ansiedad al individuo en espera del próximo ataque. Se experimenta la sensación de un ataque al corazón o de apoplejía, pérdida de razón o de estar al borde de la muerte.
- d) Fobias (agorafobia, específica o social).
- e) Trastornos del estado de ánimo (como estado depresivo mayor).
- f) Trastornos psicosomáticos (como úlceras, cefaleas o contracturas musculares).

La ansiedad es una situación específica de peligro que puede causar todos los síntomas mencionados, pero suelen desaparecer en un espacio corto de tiempo.

En un individuo con estrés crónico aparecen enfermedades de mayor importancia y gravedad. El estrés crónico se inicia con alteraciones psicológicas e incluso con fallos de órganos o funciones vitales. Las alteraciones más comunes suelen ser: dispepsia, gastritis, insomnio, colitis nerviosa, migraña, depresión, ansiedad, agresividad, disfunción familiar, neurosis de angustia, trastornos sexuales, disfunción laboral, hipertensión arterial, infarto de miocardio, adicciones, trombosis cerebral, conductas antisociales y psicosis severas.¹²

Una extensa bibliografía científica demuestra la estrecha relación entre el estrés y los trastornos cardiovasculares como la hipertensión arterial, patología coronaria, arritmias y muerte súbita¹². La sexualidad y la función reproductora también resultan afectadas por este padecimiento, dada la íntima relación entre el cerebro y el sistema hormonal, llegando a disminuir la testosterona en sangre. Además también tiene efectos negativos en el embarazo sobre el feto y la salud de la madre. El consumo de hábitos tóxicos como el alcohol, tabaco y otras drogas legales e ilegales y suponen un claro síntoma de estrés¹².

El sistema inmunológico también se ve afectado por el estrés, ya que parece demostrado que influye sobre las células inmunitarias, aumentando o disminuyendo su actividad, incluso en periodos prolongados¹². En la actualidad se conoce la reacción individualizada de las células inmunitarias ante el estrés. J. Kielcolt y R. Glaser demostraron que en periodos de estrés había una respuesta inmune, donde las células T (células “asesinas” que atacan a los tumores de forma eficiente funcionan por debajo de la normalidad y disminuía la interferón gamma, y sin embargo, en épocas de relajación, estas aumentaban¹².

1.5. Afrontamiento.

De forma general, se entiende el afrontamiento como los esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales, que hace el individuo para hacer frente al estrés, y en consecuencia, manejar tanto las demandas externas o internas generadoras del estrés, como el estado emocional desagradable vinculado al mismo.¹¹

En psicofisiología se usa un término bastante más restringido, para denotar formas de

orientar la conducta hacia estresores de laboratorio. En un paradigma de condicionamiento clásico se induce afrontamiento pasivo, ya que el sujeto nada puede hacer para controlar el estímulo. Por el contrario, en un procedimiento de evitación (activa) se induce al afrontamiento activo. Algunos investigadores han sugerido que los efectos fisiológicos que acompañan al afrontamiento activo suelen ser importantes en el desarrollo de la cardiopatía coronaria y la hipertensión esencial. Varios autores han utilizado la distinción entre activo y pasivo con otras denominaciones dicotómicas equivalentes como lucha-huida/conservación-retraimiento, aproximación/evitación, etc.¹¹

Por lo tanto, parece haber suficiente consenso en el sentido de apoyar que el afrontamiento juega un papel importante como componente mediador entre las circunstancias estresantes y la salud.¹¹

Existe dos formas de desarrollar el concepto de afrontamiento (*coping*), una que lo asume como un estilo personal de afrontar el estrés, lo cual significa que es relativamente estable, y otra que lo entiende como un proceso, que debe asumir que el afrontamiento debe separarse de los resultados, que depende del contexto, que unas estrategias son más estables o consistentes que otras, y que además existen dos funciones principales del afrontamiento como que esté focalizado en el problema o en la emoción y puedan facilitarse mutuamente, y que el afrontamiento depende de la evaluación respecto a que pueda o no hacerse algo para cambiar la situación.¹¹

Para poder realizar el *coping* existen varias estrategias básicas¹⁴ trabajando diferentes dimensiones del problema como:

- a) Focalizar en la solución del problema.
- b) Autofocalización negativa.

- c) Reevaluación positiva.
- d) Expresión emocional abierta.
- e) Evitación.
- f) Búsqueda de apoyo social.
- g) La religión.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

2. ESTRÉS LABORAL

2.1. Definición

El estrés laboral es una variante de estrés que se asocia al trabajo. De hecho, algún autor como Caprarulo lo ha caracterizado como “la pandemia del S.XXI”.¹⁵

La situación del trabajo y de la economía actual provocan continuamente situaciones que suponen un reto para los trabajadores, que en ocasiones tienen dificultades para resistir a la rapidez de los cambios¹⁶. Se trata de un escenario dinámico, globalizado, de fusiones empresariales, reingeniería de recursos humanos y desarrollo tecnológico exponencial, donde prima la necesidad de la reducción de costes, la demanda de aumento de la productividad y de la satisfacción del cliente¹⁷. Además, estos cambios laborales se ven además afectados por otros aspectos sociales que también han cambiado desde el nacimiento de la era digital y que suponen un plus a este entramado, como un menor nivel de autonomía, una mayor sobrecarga debido a la reducción de personal, el aumento de las demandas emocionales, o que los objetivos del trabajo no estén bien definidos, no sean muy claros o no se reciba *feedback* sobre ellos¹⁸. Y esto se agrava debido a la actual crisis económica del mundo industrial desde la caída en 2008 de Lehman Brothers Holdings Inc. que ha agudizado el estrés laboral en todos los ámbitos.

Un trabajador estresado suele ser más enfermizo, estar poco motivado, ser menos productivo y tener menos seguridad laboral; además, la entidad para la que trabaja suele tener peores expectativas de éxito en un mercado competitivo.¹⁹

Respecto a la normativa laboral, la Directiva Marco de la Unión Europea, en materia de Salud y Seguridad, recomienda al empresario a reconocer los factores de estrés y a corregirlos. Esta

directiva, establece entre otras cuestiones, que el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores en todos los aspectos relacionados con el trabajo con arreglo a los siguientes principios generales de prevención¹⁹:

- a) Evitar los riesgos.
- b) Evaluar los riesgos que no se puedan evitar.
- c) Combatir los riesgos en su origen.
- d) Adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo.
- e) La elección de los equipos de trabajo y los métodos de trabajo y producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos de los mismos en la salud.

España como Estado Miembro de la Unión Europea adoptó a través de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995 de 8 de noviembre), realizando una transposición directiva. En el artículo 18.1.a, se establece que el empresario adoptará las medidas adecuadas para que los trabajadores reciban todas las informaciones necesarias en relación con los riesgos para la seguridad y la salud en el trabajo.¹⁹

Así mismo y como desarrollo de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, se aprobó por Real Decreto en enero de 1997 el Reglamento de los Servicios de Prevención, y en su Sección 1ª que trata sobre la evaluación de los riesgos, establece en su artículo 3.1.a, que el empresario es responsable de eliminar o reducir el riesgo, mediante medidas de prevención en el origen, organizativas, de protección colectiva, de protección individual o de formación e información a los trabajadores.¹⁹

Davis y Newstrom consideran que se produce estrés laboral en circunstancias en donde los trabajadores muestran agotamiento emocional y apatía, sintiéndose incapaces de alcanzar sus metas. Cuando los empleados sufren estrés en el trabajo, tienden a quejarse, atribuir sus errores a otros y mostrarse muy irritables.²⁰

Según la OMS, el estrés laboral es la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación.⁸

La Comisión Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo define el estrés laboral como las nocivas reacciones físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan a las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador.²¹

2.2. Modelos teóricos del estrés laboral

Son muchos los autores que han desarrollado modelos teóricos sobre el estrés laboral, pero en la literatura los que la detallan a continuación son los que se consideran más importantes:

2.2.1. Modelo del ambiente social.

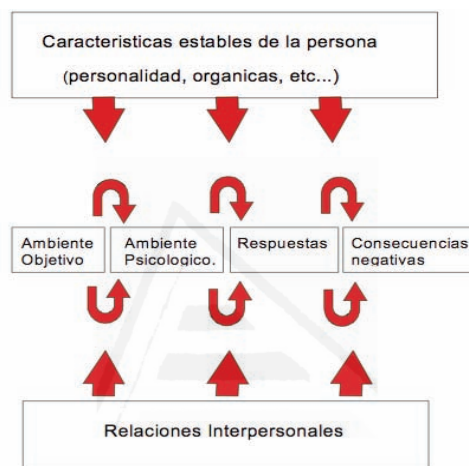
Fue impulsado en 1962 por French y Kahn, los cuales se basan en cuatro elementos²³ fundamentales en el proceso que tiene como resultado final el estrés:

- a) Las condiciones físicas y sociales objetivas.
- b) La percepción subjetiva del contexto objetivo.
- c) El repertorio del trabajador.

d) Las consecuencias en la salud física y mental.

En la Figura 1, modificada por Peiró en 1993, se desarrollan las fases propuestas a través de las cuales se alcanza el estrés y posteriormente el deterioro físico o mental. Este modelo fue influencia en otros investigadores como McGrath, Fineman y Hungentobler.

Figura 1. Modelo procesual de French y Kahn



Fuente: El estrés laboral: bases teóricas y marco de intervención. J. Merín Reig (1995).

En 1976, McGrath se centra en los procesos que se dan entre estos cuatro elementos que conlleva a su vez en cuatro fases. La primera etapa, entre situación y situación percibida se denomina proceso de apreciación cognitiva. La segunda se relaciona con la selección de la respuesta e involucra la toma de decisiones y si la situación percibida es indeseable, se busca una respuesta alternativa con intención de modificarla. El tercer proceso es el proceso de desempeño, que da por resultado un conjunto de conductas que pueden evaluarse cualitativa y cuantitativamente. El cuarto paso se da entre la conducta y la situación y se le denomina proceso resultante.²²

Fineman, a partir de 1975, ha estudiado casos de directivos desempleados para detectar el

estrés. Definido en términos de lo que una persona está experimentando y sintiendo, equiparando al estrés con un estado psicológico de alta ansiedad.²²

Este investigador considera tres clases principales de variables²²:

- a) Las fuentes de estrés.
- b) La personalidad del individuo.
- c) La conducta para afrontar los estresores.

Fineman sugiere que una persona que experimenta tensiones y cargas en el trabajo debería ser animada a examinar cómo interpreta las demandas del entorno. Además debe fomentarse su autoestima a través de la información pertinente sobre los éxitos obtenidos en las tareas realizadas.²²

Y por último, en 1992, Hungentobler et al. conceptualizan el estrés laboral como un proceso en el que las fuentes individuales y ambientales del estrés se asocian con una variedad de consecuencias fisiológicas, psicológicas y conductuales. Estas respuestas a corto y largo plazo, están potencialmente moderadas por un número de factores clave como el apoyo social, la personalidad, las características biofísicas y la predisposición genética.²²

2.2.2. Modelo de interacción entre las demandas y control.

Karasek, en 1979, plantea como variable dependiente a estudiar la satisfacción personal que el sujeto viva en su ámbito laboral. Se considera que el estrés correlaciona alta y negativamente con la satisfacción laboral. Por el contrario, cuando la satisfacción laboral está disminuida, se entiende que el sujeto está bajo condiciones estresantes en su trabajo.^{22, 23}

Si se consideran de manera conjunta las demandas laborales y la capacidad de decisión del

sujeto en el ámbito laboral, aumenta la posibilidad de explicar el estrés. Las combinaciones entre las demandas y la capacidad para la toma de decisiones permiten entender las diferencias individuales existentes tanto las consecuencias físicas como en las psicológicas del estrés.^{22, 23}

Figura 2. Modelo de interacción entre demandas y control de Karasek



Fuente: El estrés laboral: bases teóricas y marco de intervención. J. Merín Reig (1995)

El estrés surge cuando se combinan unas elevadas demandas con una capacidad limitada para la toma de decisiones, lo que genera distrés (situación “tensión alta” de la Figura 2).^{22, 23}

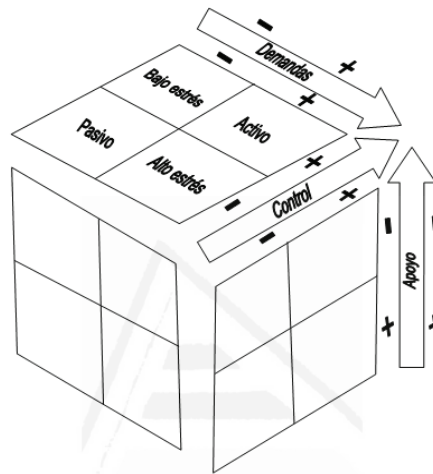
2.2.3. Modelo de interacción entre demandas, control y apoyo social.

Este modelo es la ampliación del anterior modelo, actualizado por Jhonson y Hall en 1988 y posteriormente por Karasek y Theorell en 1990. Introducen la dimensión del apoyo social como moduladora, de tal forma que un nivel alto de apoyo social en el puesto laboral disminuye el efecto del estrés, mientras que en el caso contrario lo aumenta.²³

El tercer factor modificador es la cantidad y calidad de apoyo social que pueden dar los superiores y compañeros de trabajo. Cuando existe, y es adecuado, puede amortiguar parte del potencial del estresor generado por la combinación de las altas demandas y exigencias y el bajo control. Desde este modelo, la prevención del estrés laboral realizaría optimizando las exigencias laborales, aumentando el control del trabajador sobre sus condiciones laborales e incrementando el apoyo social de jefes, subordinados y compañeros.²³ (Figura 3)

El apoyo social ha sido usado en diversos sentidos, como red social, contactos sociales, posibilidad de tener personas confidentes a las que se puede expresar sentimientos íntimos y compañía humana. Tiene una función positiva generalizada sobre la salud y una función amortiguadora sobre el estrés.²³

Figura 3. Modelo de interacción entre las demandas, control y apoyo social de Jonshon y Hall (1988) y de Karasek y Theorell (1990)



Fuente: Manual de Riesgos Psicosociales en trabajo: Teórica y Práctica. F. Mansilla Izquierdo (2000).

Algunos autores como Schaefer en 1982 han diferenciado el apoyo social entre apoyo emocional, tangible e informacional, y otros como House en 1981, distinguieron entre apoyo emocional (muestras de amor, empatía y confianza), instrumental (conductas o acciones tangibles dirigidas a solucionar el problema concreto de la persona receptora), informativo (información útil que se recibe para afrontar el problema) y valorativo (información de autoevaluación o para las comparaciones sociales). Barrera y Ainlay, en 1983, afirmaron que en todo caso el apoyo social está integrado por cuatro factores²³:

- a) Orientación directiva.
- b) Ayuda no directiva.
- c) Interacción social positiva.

d) Ayuda tangible.

Por tanto, el apoyo social en el trabajo hace referencia a las relaciones interpersonales entre los compañeros, y entre los subordinados y los superiores, y puede verse influido e influir en los cambios en la organización y en el clima laboral.²³

2.2.4. Modelo de desequilibrio entre demandas, apoyos y restricciones.

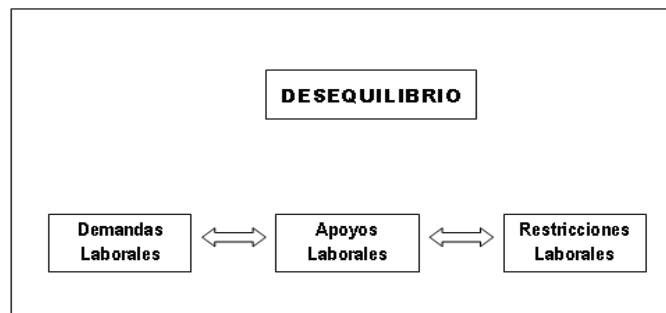
Propuesto por Payne y Fletcher en 1983 establece que el estrés laboral es el resultado de la falta de equilibrio entre los siguientes factores laborales²³:

- a) Demandas laborales: Representan tareas y un ambiente laboral que contiene estímulos técnicos, intelectuales, sociales o económicos.
- b) Apoyos laborales: Vienen dados por el grado con que el ambiente laboral contiene recursos disponibles que resultan relevantes para satisfacer las demandas laborales. Los apoyos pueden ser de tipo técnico, intelectual, social, económico, etc.
- c) Restricciones laborales: Limitaciones que dificultan la actividad laboral debido a la carencia de recursos e impiden al trabajador afrontar las demandas.

Según este modelo, el estrés se produce cuando no hay equilibrio entre los factores laborales mencionados. En consecuencia, las demandas no son estresantes si el trabajo proporciona buenos niveles de apoyo y bajos niveles de restricciones. De hecho, las demandas elevadas pueden resultar positivas en circunstancias apropiadas ya que, además de resultar estimulantes, permiten la puesta en práctica de las habilidades. La baja utilización de las habilidades y el aburrimiento son uno de los estresores más potentes, y usualmente ocurren en los ambientes laborales donde los apoyos son bajos y las restricciones altas. Una implicación práctica del modelo es que los trabajos muy

exigentes pueden hacerse menos estresantes sin necesidad de reducir el nivel de las demandas, aumentando el nivel de apoyos y/o reduciendo el nivel de restricciones.²³ (Figura 4)

Figura 4. Modelo de desequilibrio entre demandas, apoyos y restricciones de Payne y Fletcher (1983)



Fuente: Manual de Riesgos Psicosociales en trabajo: Teórica y Práctica. F. Mansilla Izquierdo (2000).

2.2.5. Modelo de desajuste entre demandas y recursos del trabajador:

Según Harrison en 1978 la falta de ajuste entre las exigencias y demandas de trabajo a desempeñar y los recursos disponibles del trabajador para satisfacerlas, aparece el estrés laboral.²³

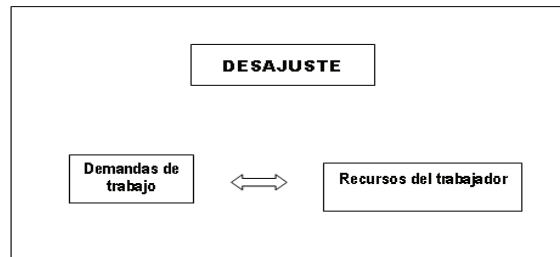
Este modelo propone que lo que produce el estrés es un desajuste entre las demandas del entorno y los recursos de los trabajadores para afrontarlas. El proceso de estrés se inicia a partir de la existencia de un desequilibrio percibido por el trabajador entre las demandas profesionales y los recursos y capacidades del propio trabajador para llevárselas a cabo.²³

Y permite identificar tres factores de gran importancia²³ en la generación del estrés laboral como muestra la figura 5:

- a) Los recursos con los que cuenta el trabajador para hacerle frente a las demandas y exigencias del medio laboral.
- b) La percepción de dichas demandas por parte del trabajador.

- c) Las demandas en sí mismas.

Figura 5. Modelo de desajuste entre demandas y recursos del trabajador de Harrison (1978)



Fuente: Manual de Riesgos Psicosociales en trabajo: Teórica y Práctica. F. Mansilla Izquierdo (2000).

2.2.6. Modelo orientado a la dirección.

Matteson e Ivancevich, en 1987, presentaron el modelo que aparece en la Figura 6 que distingue seis componentes²³ para explicar el estrés laboral:

- a) Estresores organizacionales.
- b) Estresores extraorganizacionales.
- c) Apreciación-percepción cognitiva de la situación por el trabajador.
- d) Resultados fisiológicos, psicológicos y comportamentales.
- e) Consecuencias en la salud del individuo y en el desempeño en la organización.
- f) Diferencias individuales.

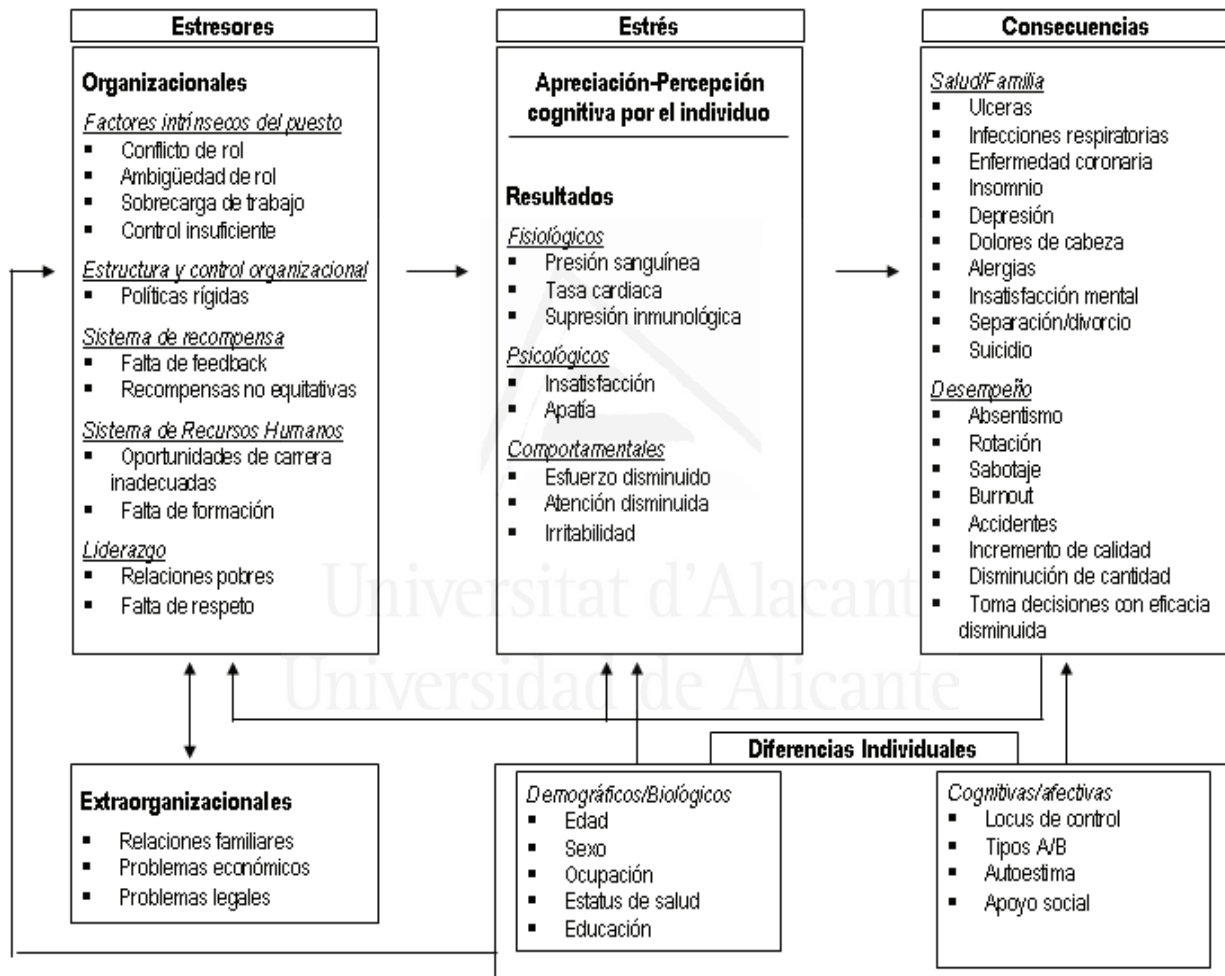
2.2.7. Modelo de desbalance entre esfuerzo y recompensa.

Siegrist, en 1996, postula que cuando se presenta un alto esfuerzo y una baja recompensa existe el estrés laboral. Las variables que mantienen este modelo son las variables de esfuerzo extrínseco, intrínseco y de recompensa.²³ (Figura 7)

El alto esfuerzo en el trabajo puede ser extrínseco (demandas y obligaciones) o intrínseco (alta motivación con afrontamiento). Y la baja recompensa está en función de tres tipos de recompensas

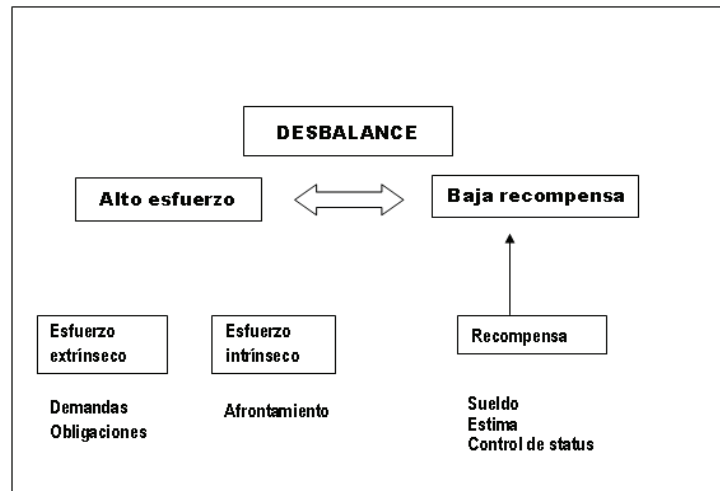
fundamentales: dinero, estima y control de status. Este tercer tipo de recompensa refleja las poderosas amenazas producidas por la pérdida de trabajo o degradación en el empleo. Se trata de gratificación en términos de perspectivas de promoción, seguridad laboral y ausencia de riesgo de descenso o pérdida de empleo.²³

Figura 6. Modelo orientado a la dirección de Matteson e Ivancevich (1987)



Fuente: Manual de Riesgos Psicosociales en trabajo: Teórica y Práctica. F. Mansilla Izquierdo (2000).

Figura 7. Modelo de desbalance entre esfuerzo y recompensa de Siegrist (1996)



Fuente: Manual de Riesgos Psicosociales en trabajo: Teórica y Práctica. F. Mansilla Izquierdo (2000).

2.2.8. Modelo integrador.

Peiró en 1993, adaptando el modelo de Ivancevich y Matteson, propone un modelo integrador que contiene seis factores²²:

- a) Variables ambientales (estresores y recursos).
- b) Características de la persona.
- c) Experiencia subjetiva.
- d) Respuestas del individuo: estrategias de afrontamiento.
- e) Resultados de la experiencia de estrés.
- f) Consecuencias del estrés.

Este modelo desarrolla que uno de los determinantes del estrés es la discrepancia que se produce entre los estresores presentes en el contexto organizacional y del sujeto y la necesidad que éste tiene de eliminar dicha discrepancia. En base a la reducción de esta discrepancia percibida por el sujeto y la importancia que este le dé a la misma, se explica todo el proceso desde su génesis hasta sus resultados finales negativos, tanto para la organización como para el sujeto.²²

Este modelo garantiza un análisis adecuado del mismo y un marco conceptual válido para diseñar una intervención que reduzca los altos niveles de estrés tanto en el trabajador como en la organización.²²

2.3. Síndrome de Burnout

Muchos autores e investigadores se han centrado en el estrés ocupacional que sufren los individuos cuyas profesiones consisten principalmente en ofrecer servicios humanos directos y de gran relevancia para el usuario.²² Este tipo particular de estrés en dicho marco laboral se denomina Burnout que en castellano significa “estar quemado”.

Dentro del contexto laboral, el término fue acuñado por Freudenberg en 1974 y se refería a aquellos voluntarios que trabajan en su Free Clinic y que después de un periodo de un año a tres, en la mayoría de las ocasiones, se encuentran desmotivados, faltos de interés por el trabajo. Su trabajo se caracterizaba por carecer de horario fijo, contar con un número de horas muy alto, tener una paga muy escasa y un contexto social muy exigente, habitualmente tenso y comprometido. Otra característica era la habitual falta de preparación sistemática de los trabajadores que suplían con el entusiasmo la falta de preparación profesional.²⁴

C. Maslach, desde el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos (APA) de 1977, comenzó a usar el término Burnout para referirse a una situación entre los trabajadores de los servicios humanos que derivada en que, tras varios meses o años de dedicación, éstos acababan “quemándose”, agotando su capacidad de reacción de manera adaptativa. Así pues, entre 1981 y 1982, junto a Jackson, lo definieron como un síndrome caracterizado por cansancio emocional,

despersonalización y reducción en la realización personal durante un tiempo prolongado.^{22, 23, 25}

El interés por este campo se acrecentó debido a tres factores que Perlman y Hartman en 1982 señalaron como pilares fundamentales^{22, 25}:

- a) El aumento progresivo de la importancia de que los servicios humanos han ido adquiriendo como partícipes del bienestar individual y colectivo.
- b) La valoración y mayor exigencia de los usuarios hacen de los servicios sociales, educativos o sanitarios.
- c) La adquisición de los conocimientos por parte de los investigadores, de los poderosos y perjudiciales efectos del estrés en las personas, así como los ambientes de los que participa el sujeto.

Inicialmente, se consideraba que este síndrome era exclusivo del sector servicios humanos, pero lo cierto es que todos los profesionales, sea cual sea su ocupación, son susceptibles de desanimarse y perder su entusiasmo por su trabajo, y padecer Burnout²⁵. Pero cierto es que la mayoría de los estudios sobre el Burnout están centrados en profesionales que tienen un contacto directo con personas, que prestan servicios asistenciales como los profesionales sanitarios, entre ellos, la Enfermería²⁶.

2.3.1. Teorías y modelos.

Existen algunos tipos de marcos teóricos²⁵ que explican el Burnout como:

- a) Teoría Ecológica del Desarrollo Humano: Autores como Bronfenbrenner y Moos fueron los iniciadores de ideas participantes de esta teoría. Carrol y White la usaron para un análisis de las causas del desgaste profesional. Según esta perspectiva, el Burnout es un

desajuste ecológico entre los distintos ambientes en los que de manera directa o indirecta, el sujeto participa. Cada uno de estos contextos tiene su propio código de relaciones, normas y exigencias que, en ocasiones, interfieren entre sí. Cherniss, en 1982, comulgando con esta serie de ideas, opina que son las tendencias culturales, políticas y económicas las que han cambiado dramáticamente orientándose en la actualidad hacia una valoración excesiva del éxito laboral y la productividad, sin tener en cuenta el factor humano.

- b) Teoría Cognitiva: La persona actúa de filtro de sus propias percepciones por lo que los mismos hechos no son estresantes para todos los individuos. Que un profesional se “queme” va a depender de su forma de entender la relación con los clientes o receptores del servicio. El ideal de actuación sería un interés distante, por lo que el sujeto habría de mantener el equilibrio entre la objetividad y el acercamiento emocional.
- c) Teoría Social y de las Organizaciones: Para Golembiewski, Hills y Daly, el Burnout es el resultado de una falta de acuerdo entre los intereses de la empresa y las necesidades de los trabajadores. Esta teoría enfatiza en la consideración del contexto laboral como un sistema familiar en el que los profesionales de los servicios humanos necesitan superar las dificultades que surgen entre los miembros del equipo antes de pretender prestar una atención adecuada a los pacientes.

También se pueden diferenciar modelos^{23, 26} según la etiología del síndrome del Burnout apoyados en distintas teorías como:

- La teoría sociocognitiva del Yo: Se caracteriza por otorgar a las variables del *self* (autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto) un papel central para explicar el desarrollo del problema. Consideran que las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos

perciben y hacen. Estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por acumulación de las consecuencias observadas en los demás, y la creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el individuo podrá conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad para conseguirlos. También determinará ciertas reacciones emocionales que acompañan a la acción como la depresión o estrés.²⁶

Los modelos más representativos de ésta teoría son el modelo de competencia social de Harrison (Figura 8), el Modelo de Cherniss (Figura 9) y Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (Figura 10).²³

- La teoría del intercambio social: Proponen que tiene su origen en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales.²⁶

Los principales modelos de esta teoría son el Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (Figura 11) y el Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy.²³

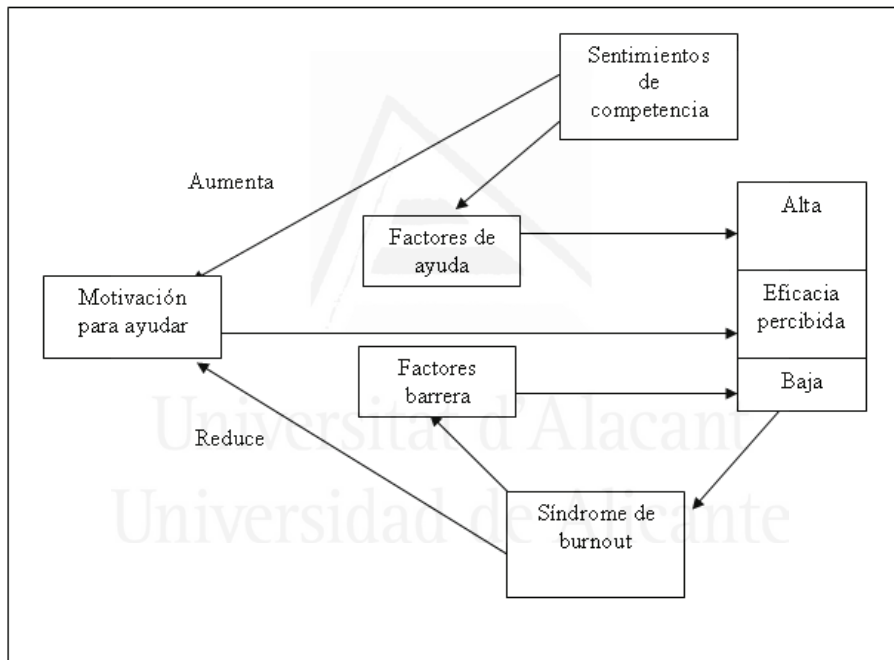
- La teoría organizacional: Incluyen como antecedentes las disfunciones del rol, falta de salud organizacional, la estructura y el clima organizacional. Los estresores del contexto de organización y las estrategias empleadas ante la experiencia de quemarse son claves.²⁶

Se ha observado que los modelos más representativos según la comunidad científica son el Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter, el Modelo de Cox, Kuk y Leiter. (Figura 12) y el Modelo de Winnubst. (Figura 13).²³

- La teoría estructural: Se origina como una respuesta al estrés laboral percibido que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales no son eficaces para reducir ese estrés laboral percibido.

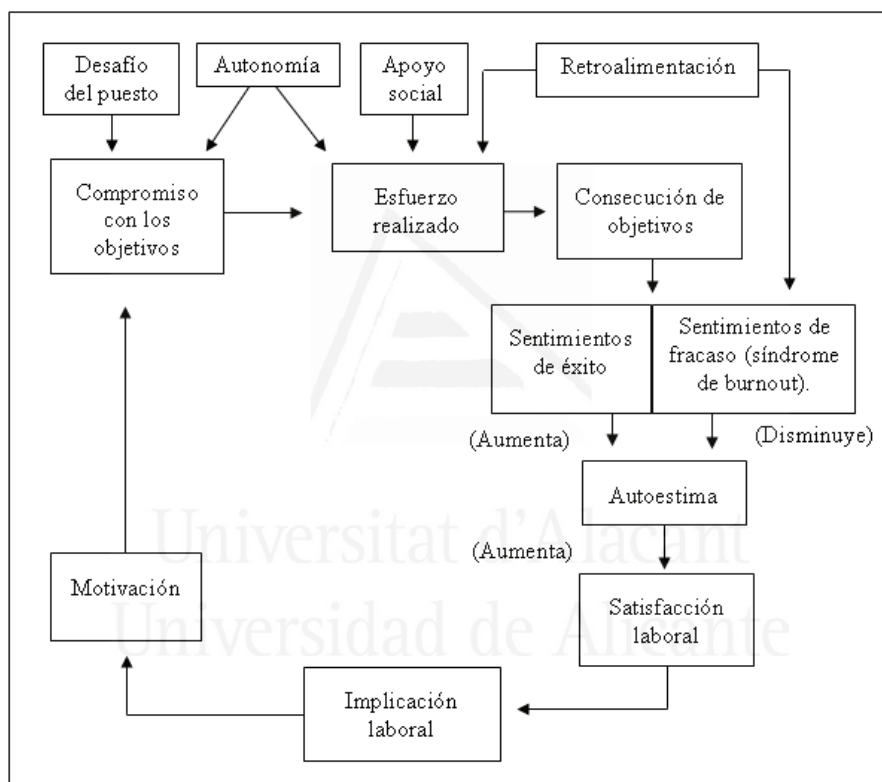
Esta respuesta supone una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias. El Modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcarcel (Figura 14) es su máximo exponente.²³

Figura 8. Modelo de competencia social de Harrison (1993)



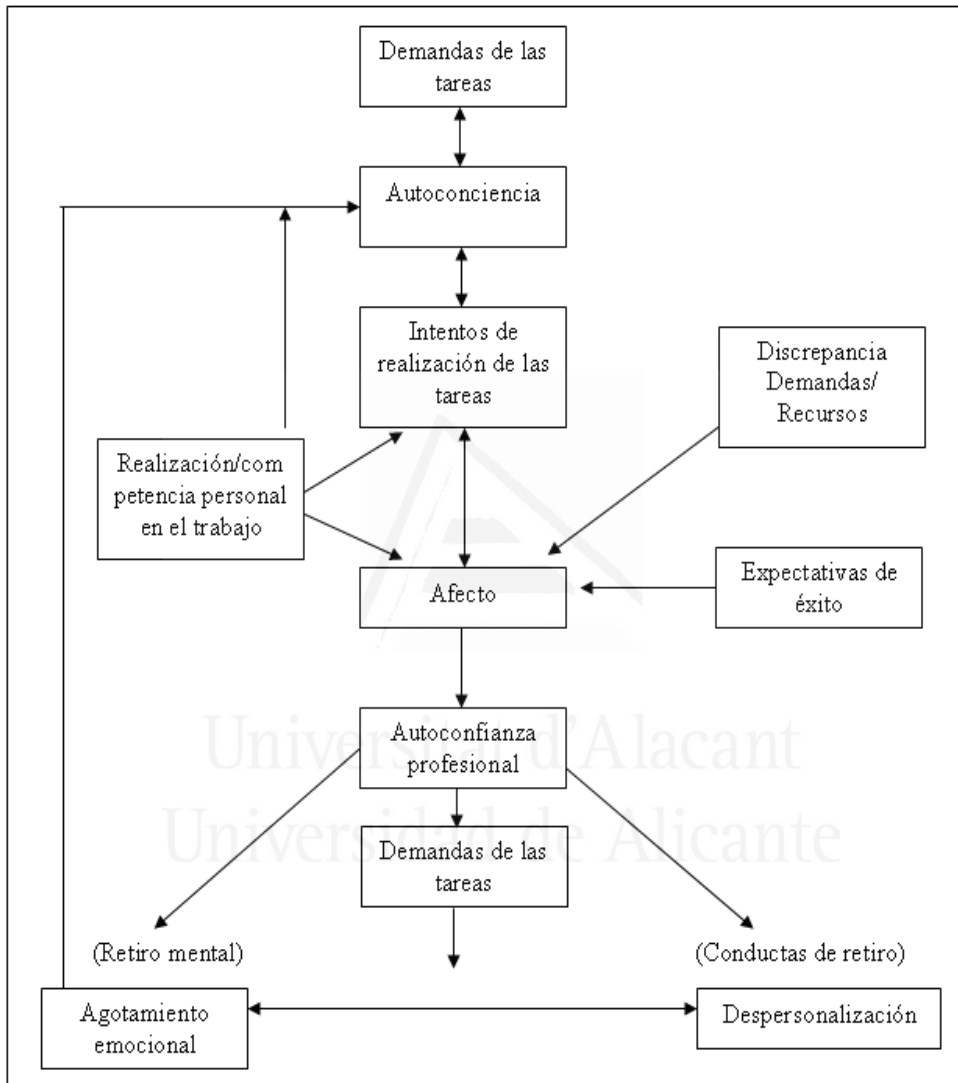
Fuente: Manual de Riesgos Psicosociales en trabajo: Teórica y Práctica. F. Mansilla Izquierdo (2000).

Figura 9. Modelo de Cherniss (1993)



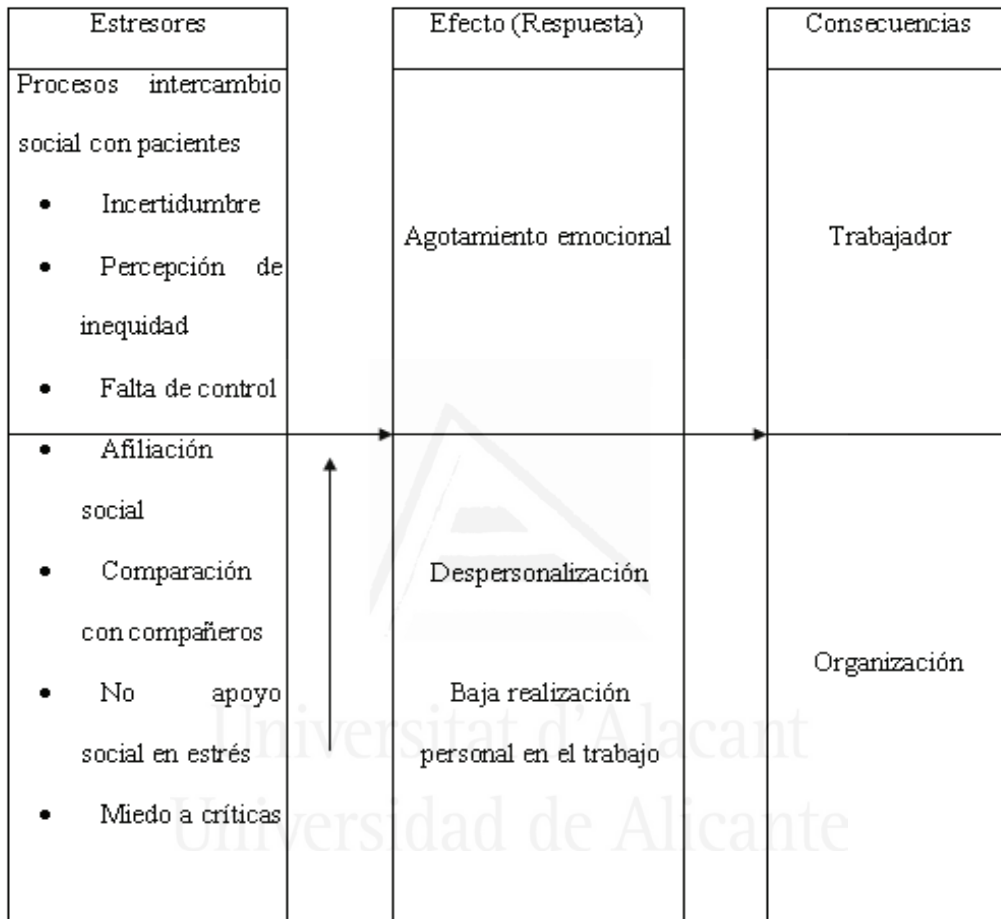
Fuente: Manual de Riesgos Psicosociales en trabajo: Teórica y Práctica. F. Mansilla Izquierdo (2000).

Figura 10. Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993)



Fuente: Manual de Riesgos Psicosociales en trabajo: Teórica y Práctica. F. Mansilla Izquierdo (2000).

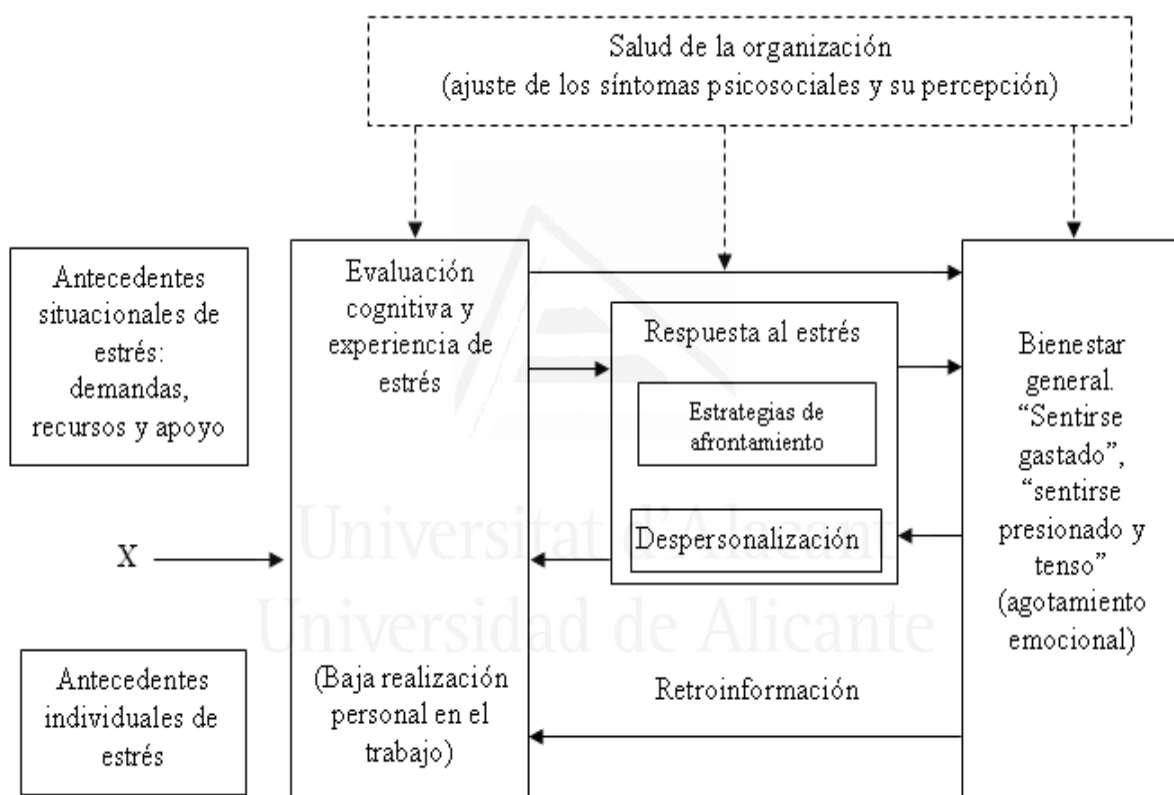
Figura 11. Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (1993)



Variables de personalidad
<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima • Reactividad • Orientación en intercambio

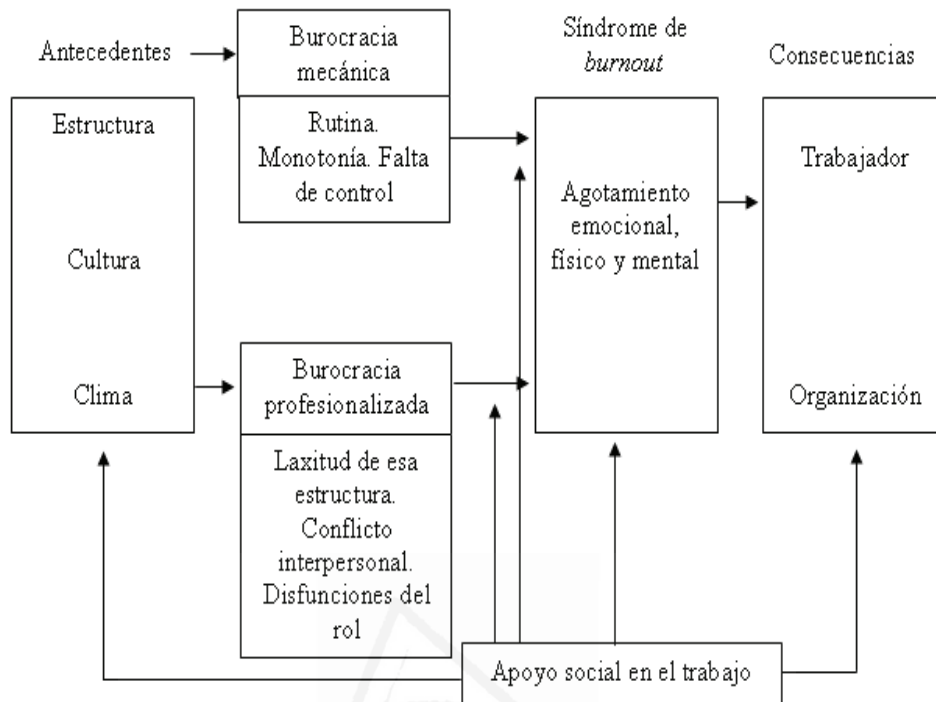
Fuente: Manual de Riesgos Psicosociales en trabajo: Teórica y Práctica. F. Mansilla Izquierdo (2000).

Figura 12. Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993)



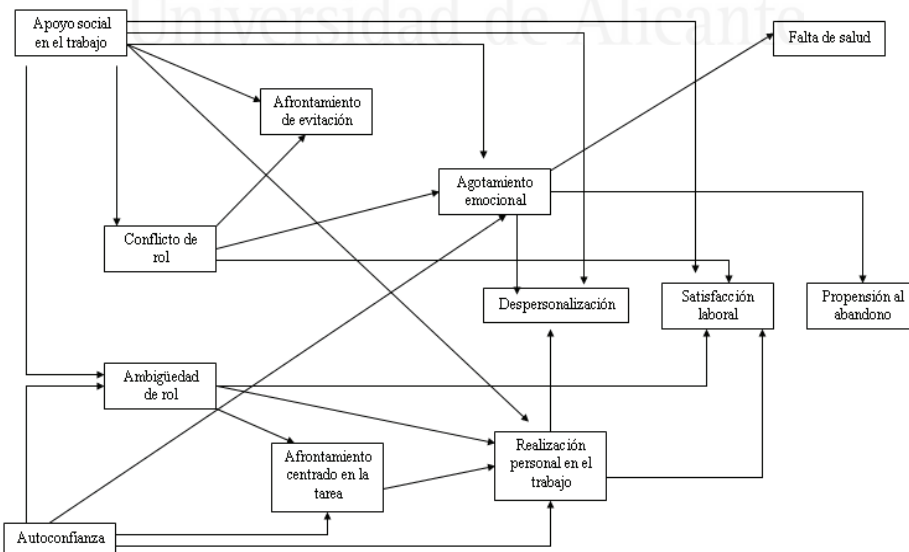
Fuente: Manual de Riesgos Psicosociales en trabajo: Teórica y Práctica. F. Mansilla Izquierdo (2000).

Figura 13. Modelo de Winnubst (1993)



Fuente: Manual de Riesgos Psicosociales en trabajo: Teórica y Práctica. F. Mansilla Izquierdo (2000).

Figura 14. Modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcarcel (1995).



Fuente: Manual de Riesgos Psicosociales en trabajo: Teórica y Práctica. F. Mansilla Izquierdo (2000).

2.3.2. *Signos y síntomas.*

Al tratarse de una variante de estrés, la sintomatología asociada al Burnout^{23, 25} es muy similar a la del estrés y se puede clasificar en los siguientes signos:

- a) Psicosomáticos: Fatiga crónica, cefaleas frecuentes, problemas de sueño, úlceras o otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, HTA, asma, mialgias (sobre todo en cuello y espalda) y pérdida de ciclos menstruales en las mujeres.
- b) Conductuales: Absentismo laboral, abuso de drogas, aumento de la conducta violenta, comportamientos de alto riesgo (suicidio, juegos de azar peligrosos).
- c) Emocionales: Distanciamiento afectivo, irritabilidad, celos, incapacidad para concentrarse, baja autoestima y deseos de abandonar el trabajo, ideas suicidas.
- d) Defensivos: Negación de emociones, atención selectiva, ironía, racionalización, desplazamiento de afectos.

En el mundo laboral, las consecuencias negativas que afectan a la organización y al ambiente laboral se manifiestan con un deterioro progresivo de la comunicación y de las relaciones interpersonales, indiferencia o desmotivación que disminuye la productividad, la calidad de trabajo, el rendimiento, absentismo laboral o abandono de la profesión.²⁵

2.4. Variables sociodemográficas y personales que intervienen en el Burnout

Estas variables son las que dependen del individuo, las denominadas variables del sujeto²⁶.

Se agrupan en:

- a) Edad: El mayor nivel de Burnout está comprendido entre los 40 y 45 años. Aunque se concluye que a mayor edad, disminuye la tensión laboral y a su vez, el nivel de

Burnout.²⁶

- b) Género: Esta variable se relaciona con el estrés laboral como una variable moduladora más que mostrar un efecto global consistente.²⁶
- c) Estado civil: No existen datos homogéneos ya que hay estudios que afirman que los casados, separados o divorciados son más propensos a padecer el síndrome.²⁶
- d) Antigüedad en el trabajo: Se sitúa entre 5 y 10 años en el mundo laboral como periodo en que este problema aparece con mayor frecuencia.²⁶
- e) Personalidad: Se ha relacionado mayoritariamente a un mayor número de problemas físicos y psicopatológicos, tales como la ansiedad y depresión. Además, se mencionan variables predisponentes como el locus de control y la conducta tipo A, y rasgos de personalidad como baja estabilidad emocional, autoconfianza, personalidad resistente, tensión y ansiedad.²⁶ El locus de control es la creencia generalizada de que los eventos de la vida y sus consecuencias son controlados por las propias decisiones o por fuerzas externas.²⁷ La persona con conducta tipo A tiene los siguientes rasgos: afán intenso y constante para conseguir sus metas; marcada tendencia a la competitividad; deseo de reconocimiento y logro; implicación en varias tareas al mismo tiempo; realización apresurada de todo tipo de funciones; estado de alerta permanente.²⁸
- f) Estrategias de afrontamiento: Se han enfocado en evaluar las estrategias centradas en problemas de aquellas personas que se enfrentan a condiciones estresantes concretas de la práctica diaria como puede ser en el caso de la Enfermería, atender a un número elevado de pacientes. También se señalan posibles cambios cognitivos que se realizan ante dichas demandas estresantes y que las estrategias pueden diferir entre las personas que desarrollan este problema y los que no.²⁶

2.5. Variables organizacionales

Dependiendo del entorno laboral, tras estudios revisados sobre el Burnout, estas variables²⁶ han sido:

- a) Clima laboral.
- b) Bienestar laboral: Ésta, junto al clima laboral, se ha demostrado que cuanto más positivas sean, menor riesgo de padecer Burnout.
- c) Grado de autonomía: La independencia que los profesionales pueden percibir en su puesto de trabajo, puede ser considerado como un antecedente en determinadas profesiones debido a la labor dependiente que realizan, como es el caso de la Enfermería.
- d) Ejecución en el trabajo.
- e) Apoyo social: Tiene efecto amortiguador en las profesiones sanitarias.
- f) Ambigüedad de rol: La incertidumbre entre las exigencias de la propia tarea y los métodos con los que debe ser ejecutada favorece la aparición del desarrollo del Burnout.
- g) Falta de reciprocidad: En el caso de la su falta, en el sentido que el personal podría percibir que tanto los clientes como la organización no les recompensan de manera proporcional a lo que ellos dan, como pasa con los profesionales sanitarios.

2.6. Instrumentos de medida

Es importante contar con instrumentos de medida que permitan dar validez a las investigaciones relacionadas. Dada a la complejidad del estrés y del propio síndrome del Burnout, existen dificultades para encontrar un instrumento de medida válido y fiable que pueda ser utilizado en varios contextos laborales y países. A lo largo del S.XX, sobre todo en las últimas décadas,

considerando las anteriores variables, se han generado varios instrumentos de medida sobre todo para la detección del Burnout. A continuación, se muestra la relación de instrumentos, autores y años que se han encontrado en la literatura²⁹:

- *Staff Burnout Scale*. Jones (1980).
- Indicadores del Burnout. Gillespie (1980).
- *Emer-Luck Burnout Scale*. Emer y Luck (1980).
- *Tedium Measure* (Burnout Measure). Pines, Aronson y Kafry (1981).
- *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Maslach y Jackson (1981).
- *Burnout Scale*. Kremer y Hofman (1985).
- *Teacher Burnout Scale*. Seidman y Zager (1986).
- *Energy Depletion Index*. Garden (1987).
- *Mattews Burnout Scale for Employees*. Mattews (1990).
- Efectos Psíquicos del Burnout. García Izquierdo (1990).
- Escala de Variables Predictoras del Burnout. Aveni y Albani (1992).
- Cuestionario de Burnout del Profesorado. Moreno y Oliver (1993).
- *Holland Burnout Assessment Survey*. Holland y Michael (1993).
- *Rome Burnout Inventory*. Venturi, Dell'Ebra y Rizzo (1994).
- Escala de Burnout de Directores de Colegios. Friedman (1995).

Dentro de todos ellos, nos centraremos en algunos de los más usados por la comunidad científica para valorar el nivel de Burnout³⁰:

- ✓ El que parece ser más aceptado y utilizado a nivel internacional es el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) de Maslach y Jackson³⁰. Se trata de un cuestionario de 22 ítems en los que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre sus sentimientos y pensamientos

en relación a diversos aspectos de su interacción continua con el trabajo y su desempeño habitual. El individuo ha de contestar a cada enunciado a partir de la pregunta ¿con qué frecuencia siente usted esto?, mediante una escala tipo Likert de siete opciones, desde nunca a diariamente. En la escala original, además de la frecuencia se preguntaba la intensidad, sin embargo en 1986, debido a una no correlación alta entre ambas, se decidió retirar. El cuestionario se divide en tres subescalas que definen el constructo del Burnout: agotamiento emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y realización personal (8 ítems). Hoy en día existen tres versiones: MBI-Human Services Survey (dirigido a profesionales de la salud), MBI-Educators Survey (para profesionales de la educación) y MBI-General Survey (de carácter genérico).

- ✓ El *Tedium Measure* (TM) de Pines, Arosen y Kafiy se creó como instrumento de medida del aburrimiento. Es un constructo más amplio que abarca, además del Burnout, a otros síndromes. Una escala de 21 ítems con siete opciones de respuesta (desde nunca hasta siempre) que mide las tres dimensiones del Burnout que algunos autores conceptualizaron (agotamiento físico, emocional y mental) con 7 ítems cada uno. Los autores entienden que el síndrome puede estar provocado tanto dentro como fuera del contexto laboral.³⁰
- ✓ El *Staff Burnout Scale* (SBS) de Jones, compuesta de 30 ítems. Parte de los trabajos de Maslach y Jackson. La escala pretende medir los aspectos cognitivos, afectivos, conductuales y psicofilosóficos que están en el origen del Burnout.¹⁷ Se puntúa de forma general que permite una gradación según la frecuencia que el sujeto indica en sus respuestas a los ítems, pero el instrumento presenta una estructura factorial de cuatro componentes³⁰:
 - a) Insatisfacción laboral.

- b) Tensión psicológica e interpersonal.
- c) Enfermedad física y estrés.
- d) Negativas relaciones profesionales con los pacientes.

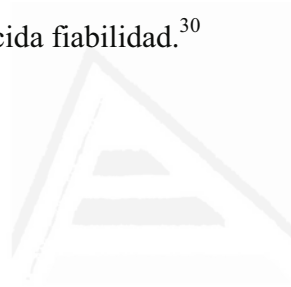
Es una escala preparada para sólo medir el Burnout de profesionales de salud.

- ✓ Gillespie utilizó 7 indicadores potenciales de Burnout en forma de ítems con opción de respuesta tipo Likert. Los indicadores³⁰ usados fueron: proporcionar servicios que merezcan la pena, evitar dificultades de los clientes, encolerizarse con las maneras amables, autoseparación de los clientes, preferir la oficina al campo, bromear continuamente sobre los clientes, y estar ausente varios días por razones de salud mental. Este instrumento se le denominó Indicadores del Burnout, pero debido a que es una escala específica para el estudio del autor, no se pudo desarrollar científicamente. Se muestran dos posibles tipos de Burnout³⁰:

- a) Activo (que gira alrededor de factores organizacionales o elementos externos a la profesión).
- b) Pasivo (relacionado con factores internos psicosociales).

- ✓ La *Emer-Luck Scale* (ELBOS) tiene tres objetivos³⁰:
 1. Conseguir una escala que ayudase a la investigación teórica que se estaba realizando acerca del síndrome.
 2. Proporcionar un estímulo de discusión y evaluación del síndrome individual y grupal.
 3. Ayudar a los profesionales a prevenir y afrontar este fenómeno, enmarcado dentro de un programa amplio de entrenamiento y asesoramiento a éstos. Esta escala se compone de 30 ítems, pero esta escala no ha tenido desarrollo científico posterior. Emener, Luck y Gohs aislaron seis factores que configuraban la escala³⁰:

- a) Trabajo general-sensaciones relacionadas.
 - b) Sensaciones relacionadas con el trabajo y consigo mismo.
 - c) Trabajo-preparación del ambiente.
 - d) Negativas respuestas de la persona dentro del ambiente.
 - e) Disonancia autoconcepto frente al autoconcepto de otros.
 - f) Carrera/alternativas de trabajo.
- ✓ El *Burnout Scale* (BS), creada por Kremer y Hofman, es una consecuencia de estudiar el síndrome en una investigación más amplia. Los autores crearon 5 ítems que a modo de autoinforme se incluyen en un instrumento más ambicioso que mide otros constructos. Es un instrumento de reducida fiabilidad.³⁰



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3. ESTRÉS EN EL ÁMBITO DE LA ENFERMERÍA

3.1. Definición

Las profesiones sanitarias que, prestan su servicio de manera directa sobre personas enfermas, tienen un riesgo elevado en sufrir estrés. El ámbito de la Enfermería no está exento de riesgo.³¹⁻³⁶ Se trata de una profesión con visión holística, polivalente y compleja que implica una elevada responsabilidad en sus acciones y contacto continuo con personas que a menudo se encuentran en situaciones difíciles. La actividad de Enfermería, incluye toma decisiones y realizar acciones rápidas en un corto plazo de tiempo. Estudios recientes como el RN4CAST, concluyen que la Enfermería se considera una profesión estresante³⁷.

Parece que el estrés laboral se ha visto reagudizado en occidente desde la caída de Lehman Brothers Holdings Inc. en 2008 con repercusión directa sobre todo el tejido empresarial del que no están excluidos los sistemas de salud. El papel de la Gestión Clínica en esta situación, se hace si cabe, más relevante.

No existe una definición concreta de estrés en el ámbito de la Enfermería, por tanto, parece ser que el estrés en el ámbito de la Enfermería es la reacción nociva física y/o psicológica que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan a las capacidades, los recursos o las necesidades del Profesional de Enfermería (PE) en el desempeño de cualquier rama de la profesión (asistencial, gestora, investigadora o docente).

3.2. Instrumentos de medida

La evaluación del estrés es compleja y restringir esta evaluación a la actividad laboral puede

resultar complejo. En este apartado, se presentan distintas herramientas específicas para poder medir los niveles de estrés laboral en los PE y su máxima expresión que, es el, síndrome de Burnout^{30, 38}:

- *The Nurse Stress Index*: Creada por P.E. Harris en 1989, es una herramienta válida para valorar el nivel de estrés en grupos de enfermeras sénior³⁹.
- *Stressor Scale for Pediatric Oncology Nurses*: Este instrumento de 50 ítems, es una escala analógica visual. Específico para medir el estrés laboral en Personal de Enfermería que trabajan en unidades de oncología pediátrica.⁴⁰
- *'The Community Health Nurses' Perceptions of Work Related Stressors Questionnaire*: Creada por Bailey, Steffen y Grout en 1980 para valorar el estrés en PE de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), fue en 1992 modificada por Walcott-McQuigg y Ervin que combina preguntas abiertas con percepción de factores estresantes a Enfermería Comunitaria.⁴¹
- *The Nurse Stress Checklist*: Es un cuestionario desarrollado para medir el estrés en enfermería clínica como un constructo multidimensional dentro de un modelo transaccional del estrés de 74 ítems tipo Likert dentro de 5 dominios.⁴²
- *Maslach Burnout Inventory for Human Services Survey (MBI-HSS)*: Es uno de los cuestionarios más utilizados, adaptados, aceptados y difundidos en diferentes países. Es la versión clásica del MBI dirigido a los profesionales de la salud. Se trata de un instrumento formado por 22 ítems, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en dichos ítems. La gradación de esta escala es de 0 (nunca) a 6 (todos los días). La distribución de los ítems según las dimensiones del MBI adaptado es de nueve para agotamiento emocional, cinco para despersonalización y ocho para realización personal.⁴³⁻⁴⁵
(Anexo 1)
- *The Nursing Stress Scale (NSS)*: Este instrumento de medida ha sido validado, traducido y

ampliamente usado por numerosos investigadores para medir el nivel de estrés en los PE. Mide la frecuencia de situaciones percibidas como estresantes y consta de 34 ítems que describen distintas situaciones potencialmente causantes de estrés en el trabajo desempeñado por el PE a nivel hospitalario. Agrupado en 7 factores relacionados con el ambiente físico (carga de trabajo), el ambiente psicológico (muerte y sufrimiento, preparación insuficiente, falta de apoyo e incertidumbre en el tratamiento) y ambiente social en el hospital (problemas interdisciplinarios). Se puntúa con una escala de 0 (nada) a 4 (muy frecuente), con lo que a mayor grado, mayor nivel de estrés. Más y Escribà, en 1998, validaron la versión castellana de esta escala.³⁸ (Anexo 2)

- Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT): Instrumento de 20 ítems que se evalúan con una escala de frecuencia de cinco grados, mediante la que el sujeto indica, con un rango de 0 (nunca) a 4 (muy frecuentemente; todos los días) sobre con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los elementos de la escala. Se distribuyen en cuatro dimensiones: ilusión por el trabajo (5 ítems que se definen como el deseo del individuo de alcanzar metas laborales porque supone una fuente de realización personal), desgaste psíquico (4 ítems que definen el agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas), indolencia (6 ítems que desarrollan la presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización) y culpa (5 ítems que definen la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo, en especial hacia las personas con las que se establecen relaciones laborales).⁴⁶ (Anexo 3)

3.3. Consecuencias del estrés laboral crónico para la organización y para los profesionales

En la literatura revisada se puede observar que las consecuencias del estrés laboral crónico de los PE tiene impacto sobre la organización y en los profesionales pero no aparecen estudios donde se relaciona el estrés laboral crónico con en el cuidado de los pacientes.

Respecto a las repercusiones sobre la organización, las consecuencias del Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT) o Burnout en la organización del sistema supone el aumento de costes operacionales, directos como la asistencia médica y hospitalaria, los salarios durante el periodo de baja y las indemnización por incapacidad temporal, e indirectos como pérdidas de tiempo, multas o penalizaciones y consecuencias comerciales (pérdida de clientes o deterioro de imagen)⁴⁷.

Un estudio financiero relacionado al estrés laboral realizado en EEUU en 1998, apuntó que el coste de atención a la salud de los trabajadores, que relataron niveles elevados de estrés, fue 50% mayor al ser comparado con los trabajadores sin riesgo para el SQT. El coste económico con la atención a la salud aumentó \$1.700.000 por trabajador al año para aquellos que relataron niveles elevados de estrés y depresión. En el Reino Unido, la última evaluación del informe de enfermedades relacionadas al trabajo de la *Health and Safety Executive* (HSE) de 2006-2007, estimó que 205.000 trabajadores activos en servicios de salud sufrirán alguna enfermedad causada o exacerbada por el trabajo.³⁶ De hecho, sólo del 50 al 60% del absentismo ha sido relacionado con el estrés laboral, cifrándose el coste anual para la Unión Europea en torno a los 20.000 millones de euros.⁴⁸

La bibliografía consultada aporta que las consecuencias^{31, 36} del estrés laboral crónico provoca:

- Abandono de la profesión (a veces por imposición legal).
- Deshumanización de la asistencia.
- *Turnover* o rotación de puestos de trabajo.
- Disminución de la calidad del trabajo y la productividad.
- Deterioro del ambiente laboral y conflictos interpersonales.
- Absentismo laboral.
- Aumento de accidentes laborales.

Respecto a las consecuencias que provocan el Burnout en los PE parece que son prácticamente las mismas que en el resto de profesiones que ofrecen servicios directos al público y de gran relevancia. Existen varios niveles de afectación de la enfermedad^{12, 31, 36}:

- Efectos en la salud física: Fatiga crónica, cansancio, resfriados constantes, desmayos o pérdidas de conciencia momentánea, cefaleas frecuentes, mialgias, HTA, inmunodeficiencia, disturbios cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios, sexuales y de sueño.
- Efectos cognitivos y emocionales: Falta de concentración y atención, alteraciones de memoria, pérdida del sentido del humor, sentimiento de alienación y soledad, impaciencia, labilidad emocional, baja autoestima, ansiedad, depresión, vulnerabilidad y miedo.
- Efectos conductuales: Conflictos familiares y conyugales, frustración, irritación, hostilidad, intolerancia, rigidez, inflexibilidad, pérdida de iniciativa, duda del propio juicio y trabajo prolongado con poco rendimiento.

3.4. Tipos de factores laborales estresantes específicos

Después de realizar la revisión de la literatura y una revisión de la calidad de los artículos encontrados se podría afirmar, de forma general, que existen factores estresantes en la profesión de Enfermería que relacionan la presencia de estrés con unidades o ámbitos específicos como UCI^{33, 49, 50}, Urgencias^{31, 50}, Servicios Especiales^{35, 43} o Atención Primaria⁵¹, o también en ámbitos muy amplios^{36, 52-56}. Sin embargo, en Unidades Hospitalarias Médicas son mucho más escasos⁵⁷.

Estos factores estresantes no son homogéneos en todos los ámbitos o unidades³¹ y tampoco existen evidencias suficientes del impacto de los mismos en la calidad de atención a pacientes. La contextualización de todos los factores laborales estresantes encontrados en la literatura y utilizados en los ámbitos de los profesionales de enfermería es compleja. Esta reflexión supone el inicio de nuestra investigación que parte de la agrupación de estresores y su clasificación según la clasificación de Peiró⁵⁸:

1. Estresores del ambiente físico. Se presentan en la Fig. 15 a modo de esquema

Figura 15. Estresores del ambiente físico.

Temperatura ambiental.
Espacio físico insuficiente o mal distribuido.
Deficiencias estructurales.
Condiciones físicas de trabajo inadecuadas (ruidos, poca luz...).

Fuente: Identificación de factores de estrés laboral en profesionales de enfermería. J. Cremades Puerto (2011).

2. Demandas del propio trabajo. Se presentan en la Fig. 16

Figura 16. Demandas del propio trabajo.

Sobrecarga de trabajo.

Interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas.
Turno imprevisible.
Trabajar en horario rotativo.
Trabajar en domingos y festivos.
No tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente.
No tener tiempo suficiente para realizar todas mis tareas de enfermería.
Trabajo físicamente agotador.
No poder resolver problemas.
Tomarme demasiado en serio mi trabajo.
Falta de tiempo para algunos pacientes que lo necesiten.
Ejecutar tareas distintas simultáneamente.
Resolver imprevistos que acontecen al puesto de trabajo.
Cumplir, en práctica, una carga horaria mayor.
Hacer cambios de turno en el trabajo.
Trabajar en horario nocturno.
Tener un plazo corto para cumplir órdenes.
Ejecutar procedimientos rápidos.
Imposibilidad de prestar asistencia directa a un paciente.
Atender a un número grande de personas.

Fuente: Identificación de factores de estrés laboral en profesionales de enfermería. J. Cremades Puerto (2011).

3. Los contenidos del trabajo o las características de las tareas que hay que realizar.(Figura 17)

Figura 17. Los contenidos del trabajo o las características de las tareas que hay que realizar.

Contacto con el sufrimiento.
Contacto con la muerte.
Contacto con el sufrimiento en pacientes jóvenes.
Contacto con la muerte en pacientes jóvenes.
Contacto con el sufrimiento en casos agudos o de estrecha relación.
Contacto con la muerte en casos agudos o de estrecha relación.
Atender a pacientes exigentes.
Atender a pacientes poco o nada colaboradores.
Atender a pacientes agresivos.
Atender a familiares.
Consolar a la familia cuando muere el paciente.
Prestar asistencia a pacientes graves.
Asistir un caso urgente.
Atender a pacientes crónicos.
Las enfermedades propias del servicio.
Realización de cuidados de enfermería que resultan dolorosos a los pacientes.
Escuchar o hablar con un paciente sobre su muerte cercana.
No disponer de una contestación satisfactoria a una pregunta hecha por un paciente.

Sentirse impotente en el caso de un paciente que no mejora.
Sentirse impotente en las tareas a realizar.
Excesivo papeleo.
Trabajo rutinario sin nuevos aprendizajes.
Consecuencias de mis errores para el enfermo.
No ver los frutos de mi trabajo.
Tener que aparentar seguridad cuando no la tengo.
Que amenacen con denunciarme.
Posibilidad de ser demandado/a por cometer un error.
Que sólo me digan lo que hago mal.
Sentir desgaste emocional con el trabajo.
Hacer un trabajo repetitivo.
Desarrollar investigación.
La especialidad en que trabajo.
Enseñar al estudiante.

Fuente: Identificación de factores de estrés laboral en profesionales de enfermería. J. Cremades Puerto (2011).

4. El desempeño de roles. (Figura 18)

Figura 18. El desempeño de roles.

Infravaloración del trabajo.
Estar en desacuerdo con el tratamiento de un paciente.

Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente a la familia del paciente.
Recibir información insuficiente del médico acerca del estado clínico de un paciente.
Tomar una decisión sobre un paciente cuando el médico no está disponible.
Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente al paciente.
El médico prescribe un tratamiento que parece inapropiado para el paciente.
No saber qué se debe decir al paciente o a su familia sobre su estado clínico y tratamiento.
Asignar tareas al personal auxiliar.
Excesiva responsabilidad.
Tener que dar información al paciente.
Tener que dar información a los familiares del paciente.
Tener que dar malas noticias.
Asumir responsabilidades que no me correspondan.
Que no estén claramente establecidas mis funciones.
Desarrollar actividades más allá de mi función ocupacional.
Distanciamiento entre teoría y práctica.
Restricción de autonomía profesional.
Responsabilizarse por la calidad del servicio que la Institución presta.

Fuente: Identificación de factores de estrés laboral en profesionales de enfermería. J. Cremades Puerto (2011).

5. Las relaciones interpersonales y grupales. (Figura 19)

Figura 19. Las relaciones interpersonales y grupales.

No disponibilidad del médico en caso de urgencia.

El médico no está presente cuando un paciente se está muriendo.
No poder localizar al médico cuando se necesita.
Recibir críticas de un supervisor.
Recibir críticas de un médico.
Problemas con un supervisor.
Problemas con uno o varios médicos.
No tener ocasión para hablar abiertamente con otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio sobre problemas en el servicio.
No tener ocasión para compartir experiencias y sentimientos con otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio.
Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) de otros servicios.
Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio.
No tener ocasión para expresar a otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio mis sentimientos negativos hacia los pacientes (Ej.: pacientes conflictivos. hostilidad, etc.).
Trabajar con personas no preparadas.
Errores de otros enfermeros que afecten a mis pacientes.
Conflictos con los superiores.
Conflictos con los compañeros.
Trabajar en un mal ambiente.
Trabajar en un clima competitivo.
Trabajar en equipo.

Fuente: Identificación de factores de estrés laboral en profesionales de enfermería. J. Cremades Puerto (2011).

6. Desarrollo de la carrera. (Figura 20)

Figura 20. Desarrollo de la carrera.

Rotación de personal interservicios.
Afrontar situaciones nuevas.
Insatisfacción laboral.
Pocas perspectivas de ascenso o promoción.

Recibir sueldo no acorde.
Falta de formación continuada.
Cuidar pacientes con patología distinta a la tratada en mi unidad.
Administrar o supervisar el trabajo de otras personas.
Mantenerse actualizado.

Fuente: Identificación de factores de estrés laboral en profesionales de enfermería. J. Cremades Puerto (2011).

7. Nuevas tecnologías. (Figura 21)

Figura 21. Nuevas tecnologías.

Falta de recursos materiales adecuados para el trabajo.
Uso de tecnologías.
Nuevos procedimientos y tecnologías.
No saber bien el manejo y funcionamiento de un equipo especializado.

Fuente: Identificación de factores de estrés laboral en profesionales de enfermería. J. Cremades Puerto (2011).

8. Componentes de la estructura o del clima organizacional. (Figura 22)

Figura 22. Componentes de la estructura o del clima organizacional.

Elevado número de personal eventual.
Falta de personal para cubrir adecuadamente el servicio.
Falta de apoyo de los superiores.
No trabajar en base a una planificación coherente.
Que decisiones y cambios que me afectan se tomen sin contar conmigo.
La supervisión que recibe de sus superiores.

Tener un superior incompetente.
Interferencia de la Política Institucional en el trabajo.
Cambios administrativos para responder a los compromisos de gestión.

Fuente: Identificación de factores de estrés laboral en profesionales de enfermería. J. Cremades Puerto (2011).

9. Relaciones entre el trabajo y otras esferas de la vida. (Figura 23)

Figura 23. Relaciones entre el trabajo y otras esferas de la vida.

Llevarme los problemas del trabajo a casa.
Llevar trabajo a casa.
Dedicación exclusiva a la profesión.
Conciliar las cuestiones profesionales como familiares.
Tener la sensación de que al terminar su trabajo le quedan cosas pendientes.

Fuente: Identificación de factores de estrés laboral en profesionales de enfermería. J. Cremades Puerto (2011).

Una vez estudiados los elementos relacionados con el estrés laboral y el específico del ámbito de la Enfermería, iniciamos nuestra investigación para identificar la presencia de estrés y estresores desencadenantes en profesionales de Enfermería en Unidades Médicas del Sistema Nacional de Salud español.

PARTE II: INVESTIGACIÓN.

INTRODUCCIÓN

Nuestra investigación se centra en el ámbito hospitalario, en el cual se estudian varias situaciones y posibles causas estrés que habitualmente refiere el personal de Enfermería. Esta investigación es activa y hasta el momento se han publicado dos artículos derivados de la misma: un artículo en la revista española on-line RECIEN (ISSN: 1989-6409) y otro en la revista internacional *Cogitare Enfermagem* (ISSN: 1414-8536). Actualmente se ha enviado un artículo a una revista internacional de mayor impacto, a la *Revista Latino-Americana de Enfermagem* y está pendiente de revisión.

Señalar igualmente que esta investigación forma parte de un estudio multicéntrico que se lleva a cabo entre el Hospital General Universitario de Elda “Virgen de la Salud”, el Hospital General Universitario de Alicante, el Hospital General Universitario “Reina Sofía” de Murcia, la Universidad de Alicante y la Universidad “Jaume I” de Castellón.

En esta fase, nuestro objeto es identificar estresores, y en investigaciones dentro del mencionado multicéntrico, está previsto analizar el posible impacto del estrés sobre la calidad asistencial.

4. OBJETIVOS

A través de la literatura, se conoce la producción que existe sobre factores laborales estresantes para el personal clínico en general que incluye la Enfermería. Sin embargo, cada unidad o servicio parece tener diferencias entre el tipo e influencia de los estresores ya que los cuidados realizados y pacientes atendidos son diferentes en distintos niveles asistenciales.

Las Unidades Médicas y las condiciones del personal en relación al estrés están poco investigadas y sin embargo, los pacientes tiene una demanda de cuidados que es importante considerar; cuidados que forman parte del trabajo del PE en estas unidades, relaciones con la familia y los pacientes, con otras unidades asistenciales, derivación a otros centros sanitarios o sociosanitarios e integración en un equipo multidisciplinar.

Nuestra investigación se sitúa en este tipo de unidades asistenciales.

OBJETIVO GENERAL:

Identificar los factores que generan estrés (estresores) en los profesionales de Enfermería de las Unidades Hospitalarias Médicas en el marco del Sistema Nacional de Salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar variables relacionadas con el estrés recogidas en la literatura científica.
- Encontrar un clasificador de factores laborales estresantes contextualizado a las Unidades Médicas.
- Clasificar los factores laborales estresantes específicos de las Unidades Hospitalarias Médicas y observar posibles diferencias.

5. MATERIAL Y MÉTODO

5.1. Diseño del estudio

Para el logro de objetivos, el estudio se desarrolla en dos fases:

Fase 1. Revisión integradora de la literatura nacional e internacional sobre los factores laborales estresantes de Enfermería en Unidades Hospitalarias Médicas.

Fase 2. Consiste un estudio descriptivo-analítico, incidental y prospectivo realizado con metodología cualitativa Delphi y metodología cuantitativa para el análisis de las variables relacionadas. Esta fase del estudio se realizó en dos espacios de tiempo diferentes y en centros hospitalarios similares de distintos entornos:

Fase 2A. Se realiza en el Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) y Hospital General Universitario “Virgen de la Salud” de Elda (HGUE).

Fase 2B. Se realiza en el Hospital General Universitario “Reina Sofía” de Murcia (HGURS).

5.2. Ámbito de estudio

Para la revisión de la literatura se consultaron las bases de datos siguientes: CUIDEN, IME, CINAHL, CISDOC, COCHRANE, IBECS, LILACS, MEDLINE y PsycINFO. Se utilizaron las ecuaciones, descriptores y términos libre siguientes:

BASE DE DATOS/ BUSCADOR	DESCRIPTORES	TÉRMINOS LIBRES	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA
CUIDEN/F. INDEX		“estresores” “enfermería”	“estresores” AND “enfermería”
CUIDEN/F. INDEX		“estresores” “enfermería” “urgencias” “intensivos” “críticos” “estudiantes” “diplomatura” “prácticas”	“estresores” AND “enfermería” NOT “urgencias” NOT “intensivos” NOT “críticos” NOT “estudiantes” NOT “diplomatura” NOT “prácticas”

CUIDEN/F. INDEX		<p>“estresores” “enfermería” “hospital” “urgencias” “intensivos” “críticos” “estudiantes” “diplomatura” “prácticas”</p>	<p>“estresores” AND “enfermería” AND “hospital” NOT “urgencias” NOT “intensivos” NOT “críticos” NOT “estudiantes” NOT “diplomatura” NOT “prácticas”</p>
IME/BDDOC CSIC		<p>“estrés” “enfermería”</p>	<p>“estresores” AND “enfermería”</p>
TESEO/MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE ESPAÑA		<p>“estrés” “enfermería”</p>	<p>“estrés” AND “enfermería” (en Título/Resumen)</p>
TESEO/MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE ESPAÑA	<p>“estrés”[MeSH]</p>	<p>“enfermería”</p>	<p>“estrés”[Mesh] AND “enfermería” (en Título/Resumen)</p>
CINAHL/EBSCOhost		<p>“stressors” “nursing”</p>	<p>“stressors” AND “nursing”</p>
CINAHL/EBSCOhost		<p>“stressors” “nursing” “medical-surgical”</p>	<p>“stressors” AND “nursing” AND “medical-surgical”</p>
CISDOC/OIT		<p>“stressors” “nursing”</p>	<p>“stressors” AND “nursing”</p>
CISDOC/OIT		<p>“work stressors” “nursing”</p>	<p>“work stressors” AND “nursing”</p>
CISDOC/OIT		<p>“job stressors” “nursing”</p>	<p>“job stressors” AND “nursing”</p>
COCHRANE/BVS	<p>“stress”[MeSH] “nursing”[MeSH]</p>		<p>“stress” [MeSH] AND “nursing”[MeSH]</p>
COCHRANE/BVS	<p>“stress psychological”[MeSH] “nursing”[MeSH]</p>		<p>“stress psychological”[MeSH] AND “nursing”[MeSH]</p>
COCHRANE/BVS	<p>“nursing”[MeSH]</p>	<p>“stressors”</p>	<p>“stressors” AND “nursing”[MeSH]</p>
IBECS/BVS	<p>“Estrés psicológico” [DeCS] “Enfermería” [DeCS]</p>		<p>“Estrés psicológico” [DeCS] AND “Enfermería” [DeCS]</p>
IBECS/BVS	<p>“Agotamiento profesional” [DeCS] “Enfermería” [DeCS]</p>		<p>“Agotamiento profesional” [DeCS] AND “Enfermería” [DeCS]</p>
IBECS/BVS		<p>“estresores” “enfermería”</p>	<p>“estresores” AND “enfermería”</p>
IBECS/BVS		<p>“estresores” “enfermería” “hospital”</p>	<p>“estresores” AND “enfermería” AND “hospital”</p>
LILACS/BVS	<p>“Estrés psicológico” [DeCS] “Enfermería” [DeCS]</p>		<p>“Estrés psicológico” [DeCS] AND “Enfermería” [DeCS]</p>
LILACS/BVS	<p>“Estrés</p>		<p>“Estrés psicológico” [DeCS] AND</p>

	<i>psicológico</i> [DeCS] "Enfermería" [DeCS] "Unidades de Terapia Intensiva" [DeCS]		"Enfermería" [DeCS] NOT "Unidades de Terapia Intensiva" [DeCS]
LILACS/BVS		"estresores" "enfermería"	"estresores" AND "enfermería"
MEDLINE/PUBMED	"Stress, Psychological/nursi ng" [MeSH]		"Stress, Psychological/nursing" [Mesh]
MEDLINE/PUBMED	"Self-Care Units"[MeSH] "Stress, Psychological/nursi ng" [MeSH]		"Self-Care Units"[Mesh] AND "Stress, Psychological/nursing" [Mesh]
MEDLINE/PUBMED	"Stress, Psychological/nursi ng" [MeSH]	"stressor*"	"Stress, Psychological/nursing" [Mesh] AND "stressor*"
MEDLINE/PUBMED	"Stress, Psychological/nursi ng" [MeSH]	"stressor*" "medical-surgical" "self-care"	"Stress, Psychological/nursing" [Mesh] AND "stressor*" AND ("self-care" OR "medical- surgical")
MEDLINE/PUBMED		"job stress" "self-care" "medical-surgical"	"job stress" AND ("self-care" OR "medical- surgical")
PsycINFO/OvidSP	"stress" "nurses" "nursing"		"stress"[Mesh] AND ("nurses"[Mesh] OR "nursing"[Mesh])
PsycINFO/OvidSP	"stress" "nurses" "nursing"	"hospital"	"stress"[Mesh] AND "hospital" AND ("nurses" [Mesh] OR "nursing" [Mesh])
PsycINFO/OvidSP	"stress" "nurses" "nursing"	"hospital" "stressors"	"stress" [Mesh] AND "hospital" AND "stressors" AND ("nurses" [Mesh] OR "nursing" [Mesh])
PsycINFO/OvidSP	"stress" "nurses" "nursing"	"hospital" "stressors" "emergency" "intensive care" "mental"	"stress" [Mesh] AND "hospital" AND "stressors" AND ("nurses" [Mesh] OR "nursing" [Mesh]) NOT "emergency" NOT "intensive care" NOT "mental"
PsycINFO/OvidSP	"stress" "nurses" "nursing"	"hospital" "stressors" "medical-surgical" "self-care"	"stress" [Mesh] AND "hospital" AND "stressors" AND ("nurses" [Mesh] OR "nursing" [Mesh]) AND ("medical-surgical" OR "self-care")

Criterios de inclusión de los artículos: Artículos que incluyan cualquier tipo de factor que produzca estrés relacionados con personal de enfermería en activo en unidades médico-quirúrgicas (o cuidados generales) con pacientes de una estancia media superior a dos días. Y artículos relacionados con países del entorno europeo y americano publicados entre 1986 hasta 2009, ambos incluidos.

Criterios de exclusión de los artículos: Artículos relacionados con servicios especiales: Urgencias, UCI, Quirófano, Nefrología, UCSI, Consultas y Pruebas Especiales, Unidades Materno-Infantiles, Unidades de Salud Mental, Atención Primaria.

La segunda fase del estudio se realiza en dos hospitales de la Provincia de Alicante y uno de la Región de Murcia (uniprovincial).

En la Provincia de Alicante existen 7 hospitales generales públicos con un total de 3025 camas. Se selecciona el hospital de referencia provincial, Hospital General Universitario de Alicante el total de camas operativas de 826, de las cuales 209 son en las Unidades de Hospitalización Médicas y un hospital de tamaño medio como es el Hospital General Universitario “Virgen de la Salud” de Elda que tiene 103 camas en las Unidades Médicas de 410 camas totales.

La Región de Murcia tiene 7 hospitales generales públicos con un total de 2598 camas. Se selecciona el Hospital General Universitario “Reina Sofía” de Murcia tienen 144 camas en Unidades Médicas de sus 330 camas totales, similar al tamaño medio del Hospital General Universitario “Virgen de la Salud” de Elda.

5.3. Población y sujetos de estudio

La población a estudio la conforman PE que trabajan en Unidades de Hospitalización Médicas de los hospitales seleccionados. Se trata de 72 profesionales con el grado de Diplomado de Enfermería o equivalente en el HGUA, 27 en el HGUE y 30 en el HGURS. La muestra la integran los individuos que cumplen los criterios de inclusión y aceptan participar en el estudio.

5.4. Criterios de inclusión y de exclusión

Criterios de inclusión: Enfermeros/as que realizan labor asistencial en las Unidades de Hospitalización Médicas (Medicina Interna, Cardiología, Neumología, Reumatología, Neurología, Alergología, Digestología y Endocrinología) con antigüedad mínima de 3 años en el mismo puesto de trabajo, que tengan turno rodado y en el momento del estudio se encuentren activos.

Criterios de exclusión: PE que le falten 5 años para la jubilación, mujeres embarazadas, personal que no acepte formar parte del estudio y PE con turno de mañanas fijas.

5.5. Selección de la muestra

La selección de la muestra es incidental, donde los participantes son todo el PE que trabajan en las Unidades Médicas anteriormente citadas y que cumplen los criterios de inclusión.

5.6. Recogida de datos e instrumentos de recogida de datos para la segunda fase de la investigación. Estudio Delphi.

Fase 2A:

En el HGUA y HGUE, la recogida de datos se realizó en cuatro rondas. El procedimiento para la obtención de respuestas se realizó a través de correo electrónico o escrito (sobre cerrado) según preferencia del participante. Las rondas fueron las siguientes:

- *Primera ronda:* Tras solicitar al supervisor de cada planta la relación del PE que cumplía los criterios de inclusión de este estudio, el investigador visitó las plantas incluidas en el estudio del hospital solicitando la participación a todo el PE. Entre los participantes que

mostraron interés se comprobó que cumplían los criterios de inclusión: Se solicitaron los datos personales requeridos por el investigador y se pidió el consentimiento de aceptar su condición de participantes. Se garantizó en todo momento el anonimato de los datos en los resultados de la investigación. A los que aceptaron, se les envió por correo electrónico o en papel (según elección del participante) la definición de cada uno de los clasificadores de Peiró^{10, 59} (Anexo 4), una lista de factores estresantes obtenidos tras una revisión bibliográfica dentro de los clasificadores de Peiró⁵⁷ (Anexo 5) una hoja de información e instrucciones (Anexo 6) y la hoja de desarrollo dividida en dos partes (Anexo 7).

En primer lugar, se diseñó un documento con espacios libres dentro de cada uno de los enunciados del clasificador de estresores de Peiró¹⁰ de manera que, en cada apartado los participantes, añadiesen los factores estresantes que considerasen de mayor relevancia; y la segunda parte consistió en un espacio libre de nueva escritura para aportar comentarios. Igualmente se recogieron variables secundarias. Se dio un plazo de 3 semanas, para responder los formularios y 2 semanas para recogida y análisis de los datos, preparación de nuevo formulario y descanso de los participantes. Con los factores estresantes obtenidos, se elaboró un listado agrupándolos de acuerdo a los enunciados de Peiró¹⁰.

Posteriormente, se confeccionó un nuevo formulario con 134 factores estresantes mencionados para su valoración de 1 a 5 (desde nada de estrés hasta mucho estrés).

- *Segunda ronda:* Se entregó el formulario con los 134 factores estresantes a cada uno de los participantes para su valoración. Tras la realización de todos los formularios en cada centro, se realizó el análisis de los resultados con la media y mediana de respuestas y se seleccionaron los 54 factores estresantes de mayor puntuación. Se confeccionó un nuevo

formulario con los 54 factores resultantes para su valoración de 1 a 5 en la siguiente ronda.

- *Tercera ronda:* Se entregó un formulario con los 54 factores estresantes para su valoración de 1 a 5, se analizó la media y mediana y se priorizaron 25 factores estresantes como ítems para un nuevo formulario.
- *Cuarta ronda:* Finalmente se entregó el formulario obtenido en la ronda anterior con los 25 factores estresantes para obtener los 10 factores priorizados según los resultados de opinión de los participantes en el estudio.

Fase 2B:

En la Región de Murcia, en el HGURS, se utilizó el procedimientos de hablar con el supervisor de cada una de las plantas para acceder a los PE. La recogida de datos se realizó en tres rondas por el investigador principal. El procedimiento para la obtención de respuestas se realizó a través de correo electrónico o soporte papel (sobre cerrado) según preferencia del participante. Las rondas fueron las siguientes:

- *Primera ronda:* Se realizó de la misma forma y contenido que en los hospitales de la Provincia de Alicante, detallados en el apartado anterior.

De los resultados obtenidos, se confeccionó un nuevo formulario con 108 factores estresantes mencionados por los participantes para su valoración en una escala de 1 a 5 (desde nada de estrés hasta mucho estrés).

- *Segunda ronda:* Se entregó el formulario con los 108 factores estresantes a cada uno de los participantes para su valoración.

Una vez cumplimentados y recogidos todos los formularios, se realizó el análisis de los resultados para su priorización (media y mediana).

Se seleccionaron los 27 factores estresantes de mayor puntuación, que fueron los más destacados con diferencia y se confeccionó un nuevo formulario.

- *Tercera ronda:* A los participantes, se entregó el formulario obtenido en la ronda anterior para obtener los 10 factores estresantes priorizados desde los que provocan mayor a menor estrés.

5.7. Aspectos éticos

Se cumplieron los postulados de la Declaración de Helsinki en su última versión (Seúl, 2008), Buenas Prácticas Clínicas de la Unión Europea y la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. El proyecto se aprobó por la Dirección del Centro Hospitalario. El grupo de trabajo ha cumplido criterios estrictos con respecto a la toma de muestras del PE, el almacenamiento, las corrientes y el acceso de los datos para salvaguardar la seguridad, la privacidad y la confidencialidad.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

5.8. Variables objeto de estudio

- Variables sociodemográficas: Edad, sexo y nivel de estudios.
- Variables laborales: Hospital, unidad hospitalaria, años de antigüedad laboral en la propia unidad, horario y ratio de enfermera/paciente de cada unidad.
- Variables relacionadas con factores laborales estresantes: Además de las aportadas por los propios participantes, se adjuntaron las siguientes variables:

1. Estresores del ambiente físico:

- Temperatura ambiental.

- Espacio físico insuficiente o mal distribuido.
- Deficiencias estructurales.
- Condiciones físicas de trabajo inadecuadas (ruidos, poca luz...).

2. Demandas del propio trabajo:

- Sobrecarga de trabajo.
- Interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas.
- Turno imprevisible.
- Trabajar en horario rotativo.
- Trabajar en domingos y festivos.
- No tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente.
- No tener tiempo suficiente para realizar todas mis tareas de enfermería.
- Trabajo físicamente agotador.
- No poder resolver problemas.
- Tomarme demasiado en serio mi trabajo.
- Falta de tiempo para algunos pacientes que lo necesiten.
- Ejecutar tareas simultáneamente.
- Resolver imprevistos que acontecen al puesto de trabajo.
- Cumplir, en práctica, una carga horaria mayor.
- Hacer cambios de turno en el trabajo.
- Trabajar en horario nocturno.
- Tener un plazo corto para cumplir órdenes.
- Ejecutar procedimientos rápidos.
- Imposibilidad de prestar asistencia directa a un paciente.
- Atender a un número grande de personas.

3. Los contenidos del trabajo o las características de las tareas que realizar:

- Contacto con el sufrimiento.
- Contacto con la muerte.
- Contacto con el sufrimiento en pacientes jóvenes.
- Contacto con la muerte en pacientes jóvenes.
- Contacto con el sufrimiento en casos agudos o de estrecha relación.
- Contacto con la muerte en casos agudos o de estrecha relación.
- Atender a pacientes exigentes.
- Atender a pacientes poco o nada colaboradores.
- Atender a pacientes agresivos.
- Atender a familiares.
- Consolar a la familia cuando muere el paciente.
- Prestar asistencia a pacientes graves.
- Asistir un caso urgente.
- Atender a pacientes crónicos.
- Las enfermedades propias del servicio.
- Realización de cuidados de enfermería que resultan dolorosos a los pacientes.
- Escuchar o hablar con un paciente sobre su muerte cercana.
- No disponer de una contestación satisfactoria a una pregunta hecha por un paciente.
- Sentirse impotente en el caso de un paciente que no mejora.
- Sentirse impotente en las tareas a realizar.
- Excesivo papeleo.
- Trabajo rutinario sin nuevos aprendizajes.

- Consecuencias de mis errores para el enfermo.
- No ver los frutos de mi trabajo.
- Tener que aparentar seguridad cuando no la tengo.
- Que amenacen con denunciarme.
- Posibilidad de ser demandado/a por cometer un error.
- Que sólo me digan lo que hago mal.
- Sentir desgaste emocional con el trabajo.
- Hacer un trabajo repetitivo.
- Desarrollar investigación.
- La especialidad en que trabajo.
- Enseñar al estudiante.

4. El desempeño de roles:

- Infravaloración del trabajo.
- Estar en desacuerdo con el tratamiento de un paciente.
- Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente a la familia del paciente.
- Recibir información insuficiente del médico acerca del estado clínico de un paciente.
- Tomar una decisión sobre un paciente cuando el médico no está disponible.
- Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente al paciente.
- El médico prescribe un tratamiento que parece inapropiado para el paciente.
- No saber qué se debe decir al paciente o a su familia sobre su estado clínico y tratamiento.
- Asignar tareas al personal auxiliar.

- Excesiva responsabilidad.
- Tener que dar información al paciente.
- Tener que dar información a los familiares del paciente.
- Tener que dar malas noticias.
- Asumir responsabilidades que no me correspondan.
- Que no estén claramente establecidas mis funciones.
- Desarrollar actividades más allá de mi función ocupacional.
- Distanciamiento entre teoría y práctica.
- Restricción de autonomía profesional.
- Responsabilizarse por la calidad del servicio que la Institución presta.

5. Las relaciones interpersonales y grupales:

- No disponibilidad del médico en caso de urgencia.
- El médico no está presente cuando un paciente se está muriendo.
- No poder localizar al médico cuando se necesita.
- Recibir críticas de un supervisor.
- Recibir críticas de un médico.
- Problemas con un supervisor.
- Problemas con uno o varios médicos.
- No tener ocasión para hablar abiertamente con otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio sobre problemas en el servicio.
- No tener ocasión para compartir experiencias y sentimientos con otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio.
- Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) de otros servicios.

- Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio.
- No tener ocasión para expresar a otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio mis sentimientos negativos hacia los pacientes (Ej.: pacientes conflictivos. hostilidad, etc.).
- Trabajar con personas no preparadas.
- Errores de otros enfermeros que afecten a mis pacientes.
- Conflictos con los superiores.
- Conflictos con los compañeros.
- Trabajar en un mal ambiente.
- Trabajar en un clima competitivo.
- Trabajar en equipo.

6. El desarrollo de la carrera:

- Rotación de personal interservicios.
- Afrontar situaciones nuevas.
- Insatisfacción laboral.
- Pocas perspectivas de ascenso o promoción.
- Recibir sueldo no acorde.
- Falta de formación continuada.
- Cuidar pacientes con patología distinta a la tratada en mi unidad.
- Administrar o supervisar el trabajo de otras personas.
- Mantenerse actualizado.

7. Nuevas tecnologías:

- Falta de recursos materiales adecuados para el trabajo.

- Uso de tecnologías.
- Nuevos procedimientos y tecnologías.
- No saber bien el manejo y funcionamiento de un equipo especializado.

8. Componentes de la estructura o del clima organizacional:

- Elevado número de personal eventual.
- Falta de personal para cubrir adecuadamente el servicio.
- Falta de apoyo de los superiores.
- No trabajar en base a una planificación coherente.
- Que decisiones y cambios que me afectan se tomen sin contar conmigo.
- La supervisión que recibe de sus superiores.
- Tener un superior incompetente.
- Interferencia de la Política Institucional en el trabajo.
- Cambios administrativos para responder a los compromisos de gestión.

9. Relaciones entre el trabajo y otras esferas de la vida:

- Llevarme los problemas del trabajo a casa.
- Llevar trabajo a casa.
- Dedicación exclusiva a la profesión.
- Conciliar las cuestiones profesionales como familiares.
- Tener la sensación de que al terminar su trabajo le quedan cosas pendientes.

5.9. Análisis estadístico

El análisis cuantitativo de datos se realizó con medidas de tendencia central y porcentaje de frecuencias.

Se utilizó el programa PASW Statistics 18.

Para el análisis de las respuestas de las rondas del estudio Delphi y priorización de estresores se estableció *a priori* que se consideraba consenso una media aritmética igual o superior a 2'82 y/o una mediana igual o superior a 3 en la fase 2A (Alicante-Elda), y en la fase 2B (Murcia) una media aritmética igual o superior a 2 y/o una mediana igual o superior a 3. De esta manera se pudieron reducir los ítems y priorizar los valores más altos.

5.10. Cronograma

FASE 1

	2009-2010											
	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Búsqueda bibliográfica												
Diseño del estudio												
Recogida de datos												
Análisis estadístico												
Redacción del artículo												
Presentación del artículo												
Publicación del artículo												

FASE 1

	2010-2011											
	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Búsqueda bibliográfica												
Diseño del estudio												
Recogida de datos												
Análisis estadístico												
Redacción del artículo												
Presentación del artículo												
Publicación del artículo												

FASE 2A

	2010-2011											
	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Búsqueda bibliográfica												
Diseño del estudio												
Recogida de datos												
Análisis estadístico												
Redacción del artículo												
Presentación del artículo												
Publicación del artículo												

FASE 2A

	2011-2012											
	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Redacción del artículo												
Presentación del artículo												
Publicación del artículo												
Redacción de la comunicación												
Presentación de la comunicación												
Publicación de la comunicación												

FASE 2B

	2012-2013											
	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Búsqueda bibliográfica												
Diseño del estudio												
Recogida de datos												
Análisis estadístico												
Redacción del artículo												
Presentación del artículo												
Publicación del artículo												

FASE 2B

	2013-2014											
	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Búsqueda bibliográfica												
Diseño del estudio												
Recogida de datos												
Análisis estadístico												
Redacción del artículo												
Presentación del artículo												
Publicación del artículo												

FASE 2B

	2014-2015											
	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Redacción del artículo												
Presentación del artículo												
Publicación del artículo												
Redacción de la Tesis												...

Universitat d'Alacant
 Universidad de Alicante

6. RESULTADOS

Se presentan los resultados de la investigación organizados de acuerdo a los objetivos planteados.

6.1. Resultados de la revisión bibliográfica (Fase 1)

Entre las bases de datos revisadas, se encuentran 2 artículos repetidos que se eliminan, resultando 12 artículos relacionados que cumplen los criterios de inclusión en el estudio.

Se relacionan los artículos obtenidos en la búsqueda ordenados por base de datos y numerados del 1 al 12, señalando la escala utilizada y agrupación de factores laborales estresantes:

- *CUIDEN*: Se localizan cuatro artículos.
 - El artículo 1 recoge la Escala de Estresores Profesionales (EEP), que consiste en 20 estresores específicos referidos a la profesión y a su ejercicio en el hospital, usando una Escala Likert⁵².
 - Los artículos 2 y 3 recogen los estresores de la Nursing Stress Scale. Esta escala usa el formato Likert, agrupando en siete factores: uno relacionado con el ambiente físico (carga de trabajo), cuatro con el ambiente psicológico (muerte y sufrimiento, preparación insuficiente, falta de apoyo e incertidumbre en el tratamiento) y dos relacionados con el ambiente social en el hospital (problemas con otros profesionales y problemas con otros miembros del equipo de enfermería)⁵³.
 - El artículo 4 recoge una escala de estresores usando el formato de Likert y los ítems son seleccionados en base a la experiencia profesional del grupo de investigación y a la

bibliografía consultada. Los ítems de la encuesta se agrupan en cuatro aspectos siguiendo un criterio de similitud en los contenidos⁵⁴:

- a) Relaciones laborales. 11 ítems.
- b) Relaciones de cuidados. 14 ítems.
- c) Cuestiones organizativas. 20 ítems.
- d) Cuestiones personales. 5 ítems.

- *IME*: Se encuentran 3 artículos. Dos corresponden a los artículos 2 y 3 de CUIDEN. En el nº 5 aparecen los estresores obtenidos a partir de grupos de discusión³⁴.
- *TESEO*: Se encuentran 2 tesis doctorales relacionadas.
- *CINAHL*: Se localizan dos artículos 6 y 7. El 6 recoge los estresores localizados en la encuesta Job Stress Survey (JSS)⁶⁰.
- *CISDOC*: Se localiza un artículo nº 8.
- *COCHRANE*: No se encuentra ningún artículo relacionado.
- *IBECS*: Los dos artículos obtenidos coinciden con los números 2 y 3.
- *LILACS*: De los tres artículos obtenidos, uno de ellos no está accesible. El nº 9, recoge la escala de IEE (Inventario de Estrés en Enfermería) que utiliza una Escala Likert de 44 ítems agrupados en 4 factores específicos: Relaciones interpersonales; papeles estresantes de la profesión; factores intrínsecos del trabajos son de primer orden; y la de organización estructural y cultural^{56, 61}.

El artículo 10 menciona como estresores en enfermeros asistenciales los recursos inadecuados, atención al paciente, relaciones interpersonales y carga emocional⁶².

- *MEDLINE*: No se encuentran artículos que cumplan los criterios de inclusión.
- *PsycoINFO*: Se obtienen los artículos 11 y 12. El artículo 11 se utiliza el Leiden Quality of Work Life Questionnaire for nurses (LQWLQ-N)⁵⁵. Y en el 12, el estrés laboral se mide con el Occupational Stress Assessment Questionnaire (OSAQ), que fue desarrollado para este estudio, pilotado y validado, y contiene 37 preguntas sobre factores estresantes en el lugar de trabajo utilizando una escala Likert que categoriza desde 1 (no estresante en absoluto) a 5 (extremadamente estresante). Los factores estresantes se agrupan en seis grupos: organización del trabajo y cuestiones financieras, crítica pública, los riesgos en el lugar de trabajo, conflictos interpersonales en el trabajo, cambiar las demandas de trabajos y profesionales e intelectuales.⁶³

Los estresores localizados en todos los artículos revisados se ajustan a la clasificación de estresores propuesta por Peiró y parecen contextualizados.

La revisión de la literatura se publicó en la revista RECIEN (ISSN: 1989-6409), revista de acceso libre y revisión por pares.

El resultado de esta fase apoyó el uso del clasificador de Peiró para nuestra investigación.

6.2. Descripción de la muestra

Fase 2A (Alicante-Elda):

Del total de 99 profesionales de Enfermería, los participantes que cumplían los criterios de

inclusión fueron 52 y aceptaron participar en el estudio 39, distribuidos 26 PE de las Unidades Médicas de Hospitalización del HGUA y 13 PE por parte del HGUE. La distribución de PE por unidades médicas se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Relación de PE por Hospital y Unidad Médica y muestra de participantes.

HGUA	Total PE	Nº PE que aceptan	%	HGUE	Total PE	Nº PE que aceptan	%
Medicina Interna	9	5	55,55%	Medicina Interna*	9	8	88,88%
Medicina Interna/ Reumatología	9	2	22,22%	Medicina Interna*	9	4	44,44%
Neumología/ Alergología	9	2	22,22%	Medicina Interna*	9	1	11,11%
Cardiología	9	5	55,55%	TOTAL	27	13	48,15%
Neurología	9	4	44,44%				
Digestivo	9	4	44,44%				
Digestivo/ Endocrino	9	4	44,44%				
TOTAL	72	26	36,11%				

*En el HGUE las unidades médicas tienen las denominación genérica de Medicina Interna.

Los datos relacionados con edad, sexo y nivel de estudios que se recogen en la tabla 2 donde observamos que un 87,18% fueron mujeres frente al 12,82% de hombres.

El rango de edad oscila entre menores de 30 años que suponen un 7,7 % del total de la muestra; entre 30 a 39 años un 53,85 % de la muestra; entre 40 a 49 años un 17,95%; y entre 50 a 59 años un 20,51%. No había sujetos mayores de 59 años.

El porcentaje de titulados es de un 84,61% de la Diplomados en Enfermería, un 15,39% son Máster en Ciencias de la Enfermería y no aparece ningún PE con el grado de Doctor.

Tabla 2. Relación de edad, sexo y nivel de estudios de ambas zonas. Alicante-Elda.

Hospital	Mujeres	Hombres	Edad media (años)	Nivel de estudios		
				Diplomatura	Máster	Doctorado
Alicante-Elda	87,18%	12,82%	41,26	84,61%	15,39%	0%

El tiempo de trabajo se distribuye de la siguiente forma: un 38,46 % de la muestra llevan entre 15 a 19 años de PE (Tabla 3) y un 33,33% lleva entre 3 a 5 años trabajando en el mismo servicio, seguido de un 23,08% los que llevan entre 6 a 8 años (Tabla 4). El HGUE tenía un horario de 14 horas al inicio del estudio, pero a mitad de estudio cambiaron el modelo del turno, muy similar al que tienen en el HGUA. También se consiguió el ratio de pacientes por PE similar, 32 pacientes por 9 PE.

Tabla 3. Rango de años como PE en ambos hospitales. Alicante-Elda.

0-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años	20-24 años	25-29 años	>30 años
0	5	5	15	4	2	8

Tabla 4. Rango de años como PE en el mismo puesto en ambos hospitales. Alicante-Elda.

3-5 años	6-8 años	9-11 años	12-14 años	15-17 años	18-20 años	21-23 años	24-26 años	>27 años
13	9	6	4	0	2	2	2	1

Fase 2B (Murcia):

En el Hospital “Reina Sofía” (HGURS) los participantes que cumplían los criterios de inclusión fueron 30 y aceptaron participar en el estudio 29 profesionales de Enfermería.

La distribución por unidades se muestra en la tabla 5.

Los datos relacionados con edad, sexo y nivel de estudios que se recogen en la tabla 6

observamos que el 83,3% de la muestra son mujeres frente al 16,67% de hombres.

Tabla 5. Relación de PE por Unidad Médica Hospitalaria. Murcia.

Unidades Médicas del HGURS	Total PE	Nº PE que aceptan	%
Medicina Interna	10	7	70%
Neurología, Digestivo, Nefrología,...	10	2	20%
Cardiología, Neumología y Neurología	10	3	30%
TOTAL	30	12	40%

El rango de edad de menores de 30 años no tiene participantes. Entre 30 a 39 años un 83,33% de la muestra; entre 40 a 49 años un 8,33%; y entre 50 a 59 años un 8,33%. No existen participantes mayores de 59 años.

Respecto al nivel de formación, un 91,67% está en posesión de la Diplomatura y el 8,33%, son además de titulados, Máster en Ciencias de la Enfermería.

Tabla 6. Relación de edad, sexo y nivel de estudios. Murcia.

Hospital	Mujeres	Hombres	Edad media (años)	Nivel de estudios		
				Diplomatura	Máster	Doctorado
Murcia	83,33%	16,67%	36,25	91,67%	8,33%	0%

El 83,33% de los encuestados tenía un horario de turno rodado, frente al 16,67% que no hacía noches, y sólo uno de los encuestados está a media jornada. El ratio de pacientes por PE es idéntico en todas las plantas de hospitalización: 36 pacientes por 10 PE.

Comparación de los resultados sociodemográficos de ambas fases

Se realiza una comparación de medias y frecuencias de ambas fases del estudio (Alicante-Elda y Murcia) (Tablas 7, 8 y 9) con el test de ANOVA para un factor y el test no paramétrico de Kruskal – Wallis dado el tamaño de la muestra donde no se observa diferencia en el nivel de estudios entre los centros y, sin embargo, se observa significación estadística para el tiempo de permanencia en el servicio $p=0,05$; la edad , $p<0,05$ y el tiempo como profesional de enfermería, $p<0,05$

Tabla 7. Test de ANOVA para comparar la edad.

	Suma de cuadrados	Media cuadrática	F	Significación estadística (p valor)
Inter-grupos	888,686	444,343	8,143	0,002
Intra-grupos	1473,314	54,567		
Total	2362			

Tabla 8. Tabla de contingencia para la edad del Profesional de Enfermería, tiempo en el servicio y tiempo como Profesional de Enfermería.

		N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Edad del Profesional de Enfermería	Alicante	15	46,40	8,253	41,83	50,97
	Elda	7	34,57	4,198	30,69	38,45
	Murcia	8	36,50	7,690	30,07	42,93
	Total	30	41,00	9,025	37,63	44,37
Tiempo en el servicio	Alicante	15	14,47	9,665	9,11	19,82
	Elda	7	7,43	2,370	5,24	9,62
	Murcia	8	5,13	1,553	3,83	6,42
	Total	30	10,33	8,074	7,32	13,35
Tiempo como Profesional de Enfermería	Alicante	15	25,60	8,227	21,04	30,16
	Elda	7	14,57	3,409	11,42	17,72
	Murcia	8	14,13	7,180	8,12	20,13
	Total	30	19,97	8,965	16,62	23,31

Tabla 9. Resultados intra e inter grupos de la edad del Profesional de Enfermería, del tiempo en el servicio y de tiempo como Profesional de Enfermería.

		Significación (p valor)
Edad del Profesional de Enfermería	Inter-grupos	0,002
	Intra-grupos	
	Total	
Tiempo en el servicio	Inter-grupos	0,012
	Intra-grupos	
	Total	
Tiempo como Profesional de Enfermería	Inter-grupos	0,001
	Intra-grupos	
	Total	

Para confirmar el análisis, se realizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para tres grupos independientes. (Tablas 10, 11, 12 y 13).

Tabla 10. Rangos de la edad del Profesional de Enfermería, del tiempo en el servicio y de tiempo como Profesional de Enfermería.

	Nombre de Hospital	N	Rango promedio
Edad del Profesional de Enfermería	Alicante	15	20,53
	Elda	7	9,86
	Murcia	8	11,00
	Total	30	
Tiempo en el servicio	Alicante	15	20,40
	Elda	7	14,57
	Murcia	8	7,13
	Total	30	
Tiempo como Profesional de Enfermería	Alicante	15	21,17
	Elda	7	11,29
	Murcia	8	8,56
	Total	30	

Tabla 11. Estadísticos de contraste de la edad del Profesional de Enfermería, del tiempo en el servicio y de tiempo como Profesional de Enfermería.

	Edad del Profesional de Enfermería	Tiempo en el servicio	Tiempo como Profesional de Enfermería
Chi-cuadrado	9,921	12,166	12,839
Significación estadística (p)	0,007	0,002	0,002

Tabla 12. Tabla de contingencias del nivel de estudio por hospital.

			Nombre de Hospital			Total
			Alicante	Elda	Murcia	
Nivel de estudios	Diplomatura	Recuento	13	5	8	26
		% dentro	86,7%	71,4%	100,0%	86,7%
	Licenciatura	Recuento	2	0	0	2
		% dentro	13,3%	,0%	,0%	6,7%
	Máster	Recuento	0	2	0	2
		% dentro	,0%	28,6%	,0%	6,7%
Total		Recuento	15	7	8	30
		% dentro	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 13. Prueba de chi-cuadrado del nivel de estudio por hospital.

	Valor	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,923 ^a	0,063	0,048	
Razón de verosimilitudes	8,950	0,062	0,062	
Estadístico exacto de Fisher	5,726		0,081	
Asociación lineal por lineal	0,056 ^b	0,814	0,888	0,514
N de casos válidos	30			

a. 6 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,47.

b. El estadístico tipificado es -0,236.

6.3. Resultados de la Provincia de Alicante (Fase 2A)

Primera Ronda:

De los 39 documentos dispensados en el primer envío, respondieron 30 PE, lo que supone una tasa de respuesta del 76,9 %. En el Hospital Gral. Universitario de Alicante la tasa de respuesta fue del 80,9% y en el Hospital Gral. de Elda fue del 61,5%.

Se identificaron un total de 134 factores de estrés en el personal de enfermería en Unidades Médicas (todos los aportados en los documentos de ayuda).

Segunda Ronda:

De los 30 profesionales que inicialmente participaban respondieron 28, lo que supone una tasa de respuesta del 93,3 %.

El análisis de las respuestas (Tabla 14) dio lugar a la obtención de un listado de 54 factores estresantes consensuados que conformaron el formulario de ítems para la siguiente ronda.

Tabla 14. Resultados en la 2ª ronda (Fase 2A)

	Frecuencia		Media	Mediana	Desv. típ.
	Válidos	Perdidos			
Espacio físico insuficiente o mal distribuido (control de enfermería, habitaciones,...).	23	0	2,87	3,00	0,968
Condiciones físicas de trabajo inadecuadas (ruidos, poca luz, poca ventilación, mal olor, higiene,...).	23	0	2,83	3,00	0,778
Sobrecarga de trabajo.	23	0	3,52	4,00	0,593
Interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas.	23	0	3,30	3,00	0,765
No tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente.	23	0	2,70	3,00	0,822

No tener tiempo suficiente para realizar todas mis tareas de enfermería.	23	0	3,35	3,00	0,647
No poder resolver problemas.	23	0	2,70	3,00	0,926
Falta de tiempo para algunos pacientes que lo necesiten.	23	0	2,91	3,00	0,793
Ejecutar tareas distintas simultáneamente.	23	0	2,91	3,00	0,733
Trabajar en horario nocturno.	23	0	2,04	2,00	1,147
Imposibilidad de prestar asistencia directa a un paciente.	23	0	2,65	3,00	0,935
Tener que atender llamadas dirigidas a los médicos del servicio en el control de enfermería.	23	0	2,57	3,00	1,080
Atender a un número grande de personas.	23	0	3,13	3,00	0,694
Contacto con el sufrimiento en pacientes jóvenes.	23	0	2,70	3,00	0,765
Contacto con la muerte en pacientes jóvenes.	23	0	3,13	3,00	0,869
Contacto con el sufrimiento en casos agudos o de estrecha relación.	22	1	2,59	3,00	0,796
Contacto con la muerte en casos agudos o de estrecha relación.	23	0	2,70	3,00	0,876
Atender a pacientes exigentes.	23	0	2,78	3,00	0,671
Atender a pacientes poco o nada colaboradores.	23	0	2,83	3,00	0,778
Atender a pacientes agresivos.	23	0	3,22	3,00	0,850
Asistir un caso urgente.	23	0	2,74	3,00	0,864
Excesivo papeleo.	23	0	2,70	3,00	0,822
Consecuencias de mis errores para el enfermo.	23	0	3,17	3,00	0,887
Que amenacen con denunciarme.	23	0	2,43	3,00	1,037
Posibilidad de ser demandado/a por cometer un error.	23	0	2,65	3,00	1,112
Tomar una decisión sobre un paciente cuando el médico no está disponible.	22	1	2,82	3,00	0,907
Excesiva responsabilidad.	23	0	2,74	3,00	0,964
Asumir responsabilidades que no me correspondan.	23	0	3,13	3,00	0,815
Que no estén claramente establecidas mis funciones.	23	0	2,70	3,00	0,822
Desarrollar actividades más allá de mi función ocupacional.	23	0	2,65	3,00	0,935
Restricción de autonomía profesional.	23	0	2,57	3,00	0,843
No disponibilidad del médico en caso de urgencia.	23	0	3,35	4,00	0,775
El médico no está presente cuando un paciente se	23	0	2,61	3,00	1,033

está muriendo.					
No poder localizar al médico cuando se necesita.	23	0	3,35	3,00	0,714
Que el médico no acuda rápidamente a una urgencia.	23	0	3,35	4,00	0,935
Problemas con un supervisor.	23	0	2,43	2,00	0,945
Problemas con uno o varios médicos.	23	0	2,17	2,00	0,937
Trabajar con personas no preparadas.	23	0	3,04	3,00	1,022
Errores de mis compañeros que afecten a mis pacientes.	23	0	2,74	3,00	0,864
Conflictos con los superiores.	23	0	2,26	2,00	1,096
Conflictos con los compañeros.	23	0	2,61	3,00	0,988
Trabajar en un mal ambiente.	23	0	2,87	3,00	0,869
Recibir sueldo no acorde.	23	0	2,52	3,00	0,898
Falta de recursos materiales adecuados para el trabajo.	23	0	3,00	3,00	0,798
Uso de recursos materiales de mala calidad.	23	0	2,87	3,00	0,869
Falta de personal para cubrir adecuadamente el servicio.	23	0	3,30	4,00	0,876
Falta de apoyo de los superiores.	23	0	2,78	3,00	1,126
No trabajar en base a una planificación coherente.	23	0	2,70	3,00	0,926
No poder disponer de mis días de libre disposición por falta de personal.	23	0	2,83	3,00	1,029
Que decisiones y cambios que me afectan se tomen sin contar conmigo.	23	0	2,87	3,00	0,757
No se atiende a las demandas del personal de enfermería cuando implica cambios respecto al colectivo médico.	23	0	2,61	3,00	1,033
Tener un superior incompetente.	23	0	2,30	2,00	0,926
Desconocimiento por parte de la Dirección del esfuerzo que se realiza en el trabajo, deshumanización de los trabajadores.	23	0	3,00	3,00	0,953
Tener la sensación de que al terminar su trabajo le quedan cosas pendientes.	23	0	2,78	3,00	1,043

Tercera Ronda:

A 28 PE que se le entregó el nuevo formulario, un total de participantes 23 contestaron, más 3 profesionales que fueron pérdidas por baja laboral en el momento del estudio.

La tasa de respuesta apta fue del 82'1%. Los factores estresantes fueron de nuevo consensuados, resultando un total de 25 factores del estrés laboral (Tabla 15). Estos factores fueron los ítems que conformaron la siguiente ronda.

Tabla 15. Resultados en la 3ª ronda (Fase 2A)

	Frecuencia		Media	Mediana	Desv. típ.
	Válidos	Perdidos			
Espacio físico insuficiente o mal distribuido (control de enfermería, habitaciones, ...).	10	12	7,10	6,50	2,961
Condiciones físicas de trabajo inadecuadas (ruidos, poca luz, poca ventilación, mal olor, higiene,...).	11	11	6,36	8,00	2,693
Sobrecarga de trabajo.	17	5	8,18	9,00	2,580
Interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas.	14	8	5,79	7,00	2,547
No tener tiempo suficiente para realizar todas mis tareas de enfermería.	14	8	6,50	7,50	2,767
Falta de tiempo para algunos pacientes que lo necesiten.	13	9	6,08	6,00	1,977
Ejecutar tareas distintas simultáneamente.	11	11	4,09	3,00	2,166
Atender a un número grande de personas.	8	14	4,50	6,00	2,976
Contacto con la muerte en pacientes jóvenes.	5	17	4,20	4,00	2,588
Atender a pacientes poco o nada colaboradores.	4	18	4,00	3,50	2,449
Atender a pacientes agresivos.	6	16	4,83	4,00	3,061
Consecuencias de mis errores para el enfermo.	11	11	6,55	6,00	2,339
Tomar una decisión sobre un paciente cuando el médico no está disponible.	3	19	7,67	7,00	2,082
Asumir responsabilidades que no me correspondan.	12	10	5,25	6,00	2,261
No disponibilidad del médico en caso de urgencia.	6	16	7,67	9,00	2,944
No poder localizar al médico cuando se necesita.	7	15	5,29	6,00	2,138
Que el médico no acuda rápidamente a una urgencia.	4	18	4,25	4,00	2,630
Trabajar con personas no preparadas.	9	13	4,22	5,00	3,032
Trabajar en un mal ambiente.	8	14	5,25	4,50	2,915
Falta de recursos materiales adecuados para el trabajo.	5	17	3,00	3,00	1,581
Uso de recursos materiales de mala calidad.	3	19	1,67	2,00	0,577

Falta de personal para cubrir adecuadamente el servicio.	16	6	4,69	4,00	2,822
No poder disponer de mis días de libre disposición por falta de personal.	6	16	3,17	3,00	1,722
Que decisiones y cambios que me afectan se tomen sin contar conmigo.	7	15	5,29	4,00	3,946
Desconocimiento por parte de la Dirección del esfuerzo que se realiza en el trabajo, deshumanización de los trabajadores.	9	13	4,56	3,00	3,575

Cuarta Ronda:

El número total de la cuarta ronda fue de 22 participantes, la única pérdida fue por baja laboral en el momento del estudio. Por lo tanto, la tasa de respuesta fue del 95'6%. Los resultados finales de la que resultó ser la última vuelta debido al mayor nivel de consenso se muestran en la tabla 16.

Tabla 16. Resultados finales de HGUA y HGUE.

	N	Media	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Espacio físico insuficiente o mal distribuido (control de enfermería, habitaciones,...).	45'45%	7,10	6,50	2,961	1	10
Condiciones físicas de trabajo inadecuadas (ruidos, poca luz, poca ventilación, mal olor, higiene,...).	50%	6,36	8,00	2,693	1	9
Sobrecarga de trabajo.	77,27%	8,18	9,00	2,580	1	10
Interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas.	63,63%	5,79	7,00	2,547	2	9
No tener tiempo suficiente para realizar todas mis tareas de enfermería.	63,63%	6,50	7,50	2,767	2	10
Falta de tiempo para algunos pacientes que lo necesiten.	59,09%	6,08	6,00	1,977	3	9
Ejecutar tareas distintas simultáneamente.	50%	4,09	3,00	2,166	1	9
Atender a un número grande de personas.	36,36%	4,50	6,00	2,976	1	7
Contacto con la muerte en pacientes jóvenes.	22,72%	4,20	4,00	2,588	1	8

Atender a pacientes poco o nada colaboradores.	18,18%	4,00	3,50	2,449	2	7
Atender a pacientes agresivos.	27,27%	4,83	4,00	3,061	2	9
Consecuencias de mis errores para el enfermo.	50%	6,55	6,00	2,339	3	10
Tomar una decisión sobre un paciente cuando el médico no está disponible.	13,63%	7,67	7,00	2,082	6	10
Asumir responsabilidades que no me correspondan.	54,54%	5,25	6,00	2,261	1	8
No disponibilidad del médico en caso de urgencia.	27,27%	7,67	9,00	2,944	2	10
No poder localizar al médico cuando se necesita.	31,81%	5,29	6,00	2,138	1	8
Que el médico no acuda rápidamente a una urgencia.	18,18%	4,25	4,00	2,630	2	7
Trabajar con personas no preparadas.	40'9%	4,22	5,00	3,032	1	10
Trabajar en un mal ambiente.	36,36%	5,25	4,50	2,915	1	10
Falta de recursos materiales adecuados para el trabajo.	22,72%	3,00	3,00	1,581	1	5
Uso de recursos materiales de mala calidad.	13,63%	1,67	2,00	,577	1	2
Falta de personal para cubrir adecuadamente el servicio.	72,72%	4,69	4,00	2,822	1	10
No poder disponer de mis días de libre disposición por falta de personal.	27,27%	3,17	3,00	1,722	1	6
Que decisiones y cambios que me afectan se tomen sin contar conmigo.	31,81%	5,29	4,00	3,946	1	10
Desconocimiento por parte de la Dirección del esfuerzo que se realiza en el trabajo, deshumanización de los trabajadores.	40'9%	4,56	3,00	3,575	1	10

Esta parte del estudio se publicó en la revista Cogitare Enfermagem (ISSN: 1414-8536).

6.4. Resultados de la Región de Murcia (Fase 2B)

Constituyen la parte del estudio pendiente de publicación y base para la continuidad.

Primera Ronda:

De los 29 documentos dispensados en el primer envío, se recogieron 12 PE, lo que supone una tasa de respuesta del 41.38 %. Se identificaron un total de 109 factores de estrés en el personal de enfermería en Unidades Médicas.

Segunda Ronda:

De los 12 profesionales que inicialmente participaban respondieron 10, lo que supone una tasa de respuesta del 83.33 %. El análisis de las respuestas dio lugar a la obtención de un listado de 27 factores estresantes consensuados que conformaron el formulario de ítems para la siguiente ronda (Tabla 17).

Tabla 17. Resultados en la 2ª ronda (Fase 2B)

	Frecuencia		Media	Mediana	Desv típ.
	Válidos	Perdidos			
Temperatura ambiental.	10	0	1,00	1,00	0,667
Espacio físico insuficiente o mal distribuido (control de enfermería, habitaciones,...).	10	0	2,00	2,00	0,667
Deficiencias estructurales.	10	0	1,80	2,00	1,135
Condiciones físicas de trabajo inadecuadas (ruidos, poca luz, poca ventilación, mal olor, higiene,...).	10	0	1,90	2,00	0,876
Sobrecarga de trabajo.	10	0	3,40	4,00	0,843
Interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas.	10	0	3,30	3,00	0,483
Turno imprevisible	10	0	1,70	2,00	1,16
Trabajar en domingos y festivos.	10	0	1,30	1,00	1,252
No tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente.	10	0	2,80	3,00	1,033
No tener tiempo suficiente para realizar todas mis tareas de enfermería.	10	0	3,20	3,00	0,789
Trabajo físicamente agotador.	10	0	2,50	3,00	1,434
No poder resolver problemas.	10	0	2,80	3,00	0,632

Tomarme demasiado en serio mi trabajo.	10	0	2,10	2,00	1,197
Falta de tiempo para algunos pacientes que lo necesiten.	10	0	2,80	3,00	0,789
Ejecutar tareas distintas simultáneamente.	10	0	2,70	3,00	0,823
Resolver imprevistos que acontecen al puesto de trabajo.	10	0	2,20	2,00	1,033
Cumplir, en práctica, una carga horaria mayor.	10	0	2,40	2,50	1,43
Hacer cambios de turno en el trabajo.	10	0	1,10	1,00	1,197
Trabajar en horario nocturno.	10	0	2,70	3,00	1,494
Tener un plazo corto para cumplir órdenes.	10	0	2,30	2,50	0,823
Ejecutar procedimientos rápidos.	10	0	1,70	1,50	1,059
Imposibilidad de prestar asistencia directa a un paciente.	9	1	2,22	2,00	0,833
Atender a un número grande de personas.	10	0	2,60	2,50	1,174
Contacto con el sufrimiento.	10	0	2,20	2,00	1,317
Contacto con la muerte.	10	0	2,10	2,00	1,197
Contacto con el sufrimiento en pacientes jóvenes.	10	0	2,70	3,00	1,252
Contacto con la muerte en pacientes jóvenes.	10	0	3,00	3,00	1,054
Contacto con el sufrimiento en casos agudos o de estrecha relación.	10	0	2,80	3,00	1,135
Contacto con la muerte en casos agudos o de estrecha relación.	9	1	2,56	3,00	1,014
Atender a pacientes exigentes.	9	1	2,56	2,00	0,726
Atender a pacientes poco o nada colaboradores.	9	1	2,22	2,00	0,833
Atender a pacientes agresivos.	9	1	3,22	3,00	0,667
Atender a familiares.	9	1	2,00	2,00	0,866
Consolar a la familia cuando muere el paciente.	9	1	2,11	2,00	0,928
Prestar asistencia a pacientes graves.	9	1	1,44	2,00	1,236
Asistir un caso urgente.	9	1	2,00	2,00	1,5
Atender a pacientes crónicos.	9	1	,67	,00	1,118
Las enfermedades propias del servicio.	9	1	,78	,00	1,202
Realización de cuidados de enfermería que resultan dolorosos a los pacientes.	9	1	1,67	1,00	1,118
Escuchar o hablar con un paciente sobre su muerte cercana.	9	1	2,33	2,00	1,225
No disponer de una contestación satisfactoria a una pregunta hecha por un paciente.	9	1	2,00	2,00	1,323
Sentirse impotente en el caso de un paciente que no mejora.	10	0	1,70	2,00	1,059
Excesivo papeleo.	10	0	2,00	2,50	1,155

Trabajo rutinario sin nuevos aprendizajes.	10	0	2,00	1,50	1,247
Consecuencias de mis errores para el enfermo.	10	0	2,80	3,00	1,398
Tener que aparentar seguridad cuando no la tengo.	10	0	1,70	2,00	1,16
Que amenacen con denunciarme.	10	0	2,10	2,50	1,287
Posibilidad de ser demandado/a por cometer un error.	10	0	2,40	2,50	1,578
Que sólo me digan lo que hago mal.	10	0	1,60	1,00	1,265
Sentir desgaste emocional con el trabajo.	10	0	2,30	2,50	1,059
Hacer un trabajo repetitivo.	10	0	1,60	2,00	1,35
Enseñar al estudiante.	10	0	1,90	2,00	1,37
Infravaloración del trabajo.	10	0	2,00	2,00	1,247
Estar en desacuerdo con el tratamiento de un paciente.	10	0	1,70	1,50	1,418
Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente a la familia del paciente.	10	0	1,90	2,00	1,197
Recibir información insuficiente del médico acerca del estado clínico de un paciente.	10	0	2,40	2,50	1,43
Tomar una decisión sobre un paciente cuando el médico no está disponible.	10	0	2,70	3,00	1,418
Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente al paciente.	10	0	2,10	2,00	1,37
No saber qué se debe decir al paciente o a su familia sobre su estado clínico y tratamiento.	9	1	2,11	2,00	1,537
Asignar tareas al personal auxiliar.	10	0	,90	1,00	0,876
Excesiva responsabilidad.	9	1	2,00	2,00	1,118
Tener que dar información al paciente.	10	0	1,10	1,00	1,37
Tener que dar información a los familiares del paciente.	10	0	1,00	1,00	1,155
Tener que dar malas noticias.	10	0	2,00	2,00	1,247
Asumir responsabilidades que no me correspondan.	10	0	2,70	2,50	1,337
Desarrollar actividades más allá de mi función ocupacional.	10	0	2,40	3,00	1,174
Distanciamiento entre teoría y práctica.	10	0	2,00	2,00	1,764
Restricción de autonomía profesional.	10	0	2,40	3,00	1,174
Responsabilizarse por la calidad del servicio que la Institución presta.	10	0	2,60	3,00	1,265
No disponibilidad del médico en caso de urgencia.	10	0	3,10	3,00	0,876
El médico no está presente cuando un paciente se está muriendo.	10	0	2,00	2,00	1,054

No poder localizar al médico cuando se necesita.	10	0	3,40	4,00	0,843
No tener ocasión para hablar abiertamente con otros compañeros del servicio sobre problemas en el servicio.	10	0	1,60	2,00	1,35
No tener ocasión para compartir experiencias y sentimientos con otros compañeros del servicio.	10	0	1,80	2,00	1,229
Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros de otros servicios.	10	0	2,20	2,00	1,229
Trabajar con personas no preparadas.	10	0	2,50	3,00	1,581
Errores de mis compañeros que afecten a mis pacientes.	10	0	2,20	2,50	1,398
Conflictos con los superiores.	10	0	2,30	2,50	1,337
Conflictos con los compañeros.	10	0	2,30	2,50	1,337
Trabajar en un mal ambiente.	10	0	2,80	3,00	1,317
Trabajar en equipo.	10	0	,80	,50	1,033
Rotación de personal interservicios.	10	0	2,00	2,50	1,414
Afrontar situaciones nuevas.	10	0	2,40	2,50	0,966
Insatisfacción laboral.	10	0	2,00	2,00	1,563
Pocas perspectivas de ascenso o promoción.	10	0	1,50	1,00	1,269
Recibir sueldo no acorde.	10	0	1,60	2,00	1,506
Falta de formación continuada.	10	0	1,90	2,00	0,876
Cuidar pacientes con patología distinta a la tratada en mi unidad.	10	0	1,10	1,00	1,197
Administrar o supervisar el trabajo de otras personas.	10	0	2,00	2,50	1,155
Mantenerse actualizado.	9	1	1,00	1,00	0,866
Falta de recursos materiales adecuados para el trabajo.	10	0	1,60	1,50	1,174
Nuevos procedimientos y tecnologías.	10	0	1,30	1,00	1,418
No saber bien el manejo y funcionamiento de un equipo especializado.	10	0	2,30	2,00	1,252
Elevado número de personal eventual.	10	0	1,60	1,50	1,075
Falta de personal para cubrir adecuadamente el servicio.	10	0	2,20	2,50	1,398
Falta de apoyo de los superiores.	10	0	2,40	2,50	1,578
No trabajar en base a una planificación coherente.	10	0	2,30	2,50	1,337
Que decisiones y cambios que me afectan se tomen sin contar conmigo.	10	0	2,70	3,50	1,567
Tener un superior incompetente.	10	0	2,40	3,00	1,506
Cambios administrativos para responder a los	9	1	2,00	3,00	1,225

compromisos de gestión.					
Llevarme los problemas del trabajo a casa.	10	0	2,20	2,00	1,317
Dedicación exclusiva a la profesión	10	0	1,50	1,50	1,581
Conciliar las cuestiones profesionales como familiares.	10	0	1,60	2,00	1,35
Tener la sensación de que al terminar su trabajo le quedan cosas pendientes.	10	0	2,60	3,00	1,075
Dificultad de la continuidad de cuidados por la rotación en la asignación de los pacientes.	10	0	2,20	2,00	1,033
Errores de otros compañeros afecten a mis pacientes.	10	0	2,00	1,50	1,414
Nuevas políticas anitaria respecto a la incapacidad temporal a corto plazo de tiempo.	9	1	1,67	2,00	1,225
Trabajar con personas poco o nada motivadas.	10	0	1,90	2,00	1,37

Tercera Ronda:

El número total de la tercera ronda fue de 8 participantes. Por lo tanto, la tasa de respuesta fue del 80%. Los resultados finales de la que resultó ser la última vuelta debido al gran nivel de consenso, se muestran en la tabla 18.

Tabla 18. Resultados finales de HGURS.

	N	Media	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Sobrecarga de trabajo.	100%	8,29	10,00	2,984	3	10
Interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas.	85,71%	8,67	9,00	1,033	7	10
No tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente.	57,14%	6,25	6,00	2,630	4	9
No tener tiempo suficiente para realizar todas mis tareas de enfermería.	28,57%	5,00	5,00	,000	5	5
Trabajo físicamente agotador.	14,28%	4,00	4,00		4	4
No poder resolver problemas.	42,85%	4,00	5,00	2,646	1	6
Falta de tiempo para algunos pacientes que lo necesiten.	57,14%	4,25	3,50	2,630	2	8
Ejecutar tareas distintas simultáneamente.	71,42%	6,60	7,00	2,302	3	9
Trabajar en horario nocturno.	57,14%	7,50	8,00	2,646	4	10
Contacto con el sufrimiento en pacientes jóvenes.	0%					

Contacto con la muerte en pacientes jóvenes.	42,85%	5,67	7,00	4,163	1	9
Contacto con el sufrimiento en casos agudos o de estrecha relación.	0%					
Contacto con la muerte en casos agudos o de estrecha relación.	14,28%	6,00	6,00		6	6
Atender a pacientes agresivos.	42,85%	4,67	5,00	2,517	2	7
Consecuencias de mis errores para el enfermo.	57,14%	3,50	2,50	3,109	1	8
Tomar una decisión sobre un paciente cuando el médico no está disponible.	28,57%	5,00	5,00	4,243	2	8
Desarrollar actividades más allá de mi función ocupacional.	42,85%	5,33	6,00	2,082	3	7
Restricción de autonomía profesional.	14,28%	2,00	2,00		2	2
Responsabilizarse por la calidad del servicio que la Institución presta.	14,28%	2,00	2,00		2	2
No disponibilidad del médico en caso de urgencia.	14,28%	6,00	6,00		6	6
No poder localizar al médico cuando se necesita.	42,85%	6,67	7,00	1,528	5	8
Trabajar con personas no preparadas.	42,85%	4,67	4,00	1,155	4	6
Trabajar en un mal ambiente.	42,85%	4,67	5,00	1,528	3	6
Que decisiones y cambios que me afectan se tomen sin contar conmigo.	14,28%	1,00	1,00		1	1
Tener un superior incompetente.	14,28%	1,00	1,00		1	1
Cambios administrativos para responder a los compromisos de gestión.	0%					
Tener la sensación de que al terminar su trabajo le quedan cosas pendientes.	57,14%	1,75	1,50	,957	1	3

6.5. Factores asociados en ambas zonas

Se observa que los factores laborales estresantes más puntuados son similares en las Unidades Médicas de Hospitalización de ambas zonas de estudio sin embargo el orden de prioridad entre los factores estresantes está alterado (Tabla 19 y 20).

Tabla 19. Resultados comparativos de la priorización de estresores.

Factor estresante	Orden de priorización por Hospitales	
	Alicante-Elda	Murcia
Sobrecarga de trabajo	1º	1º
Interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas	4º	2º
Ejecutar tareas distintas simultáneamente	9º	3º
Trabajar en horario nocturno		4º
No tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente		5º
Falta de tiempo para algunos pacientes que lo necesiten	5º	6º
Consecuencias de mis errores para el enfermo	7º	7º
Tener la sensación de que al terminar su trabajo le quedan cosas pendientes		8º
No poder localizar al médico cuando se necesita		9º
Desarrollar actividades más allá de mi función ocupacional		10º
Contacto con la muerte en pacientes jóvenes		11º
Tomar una decisión sobre un paciente cuando el médico no está disponible	12º	
Falta de personal para cubrir adecuadamente el servicio	2º	
No tener tiempo suficiente para realizar mis tareas	3º	
Asumir actividades que no me corresponden	6º	
Condiciones físicas de trabajo inadecuadas	8º	
Espacio físico insuficiente o mal distribuido	10º	
No disponibilidad del médico en caso de urgencia	11º	

Tabla 20. Comparativa de los principales resultados en ambas fases del estudio.

	PROVINCIA DE ALICANTE			REGIÓN DE MURCIA		
	Frecuencia	Media	Mediana	Frecuencia	Media	Mediana
Sobrecarga de trabajo	77,27%	8,18	9	87,5%	8,29	10
Interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas	63,63%	6,5	7,5	75%	8,67	9
Ejecutar tareas simultáneamente	50%	4,09	3	62,5%	6,6	7
Falta de tiempo para algunos pacientes	59,09%	6,08	6	50%	4,25	3,5
Consecuencias de mis errores para el enfermo	50%	6,55	6	50%	3,5	2,5

Al existir diferencias significativas entre las priorizaciones de los grupos debido a que el grupo no es homogéneo respecto a la edad en el servicio, el tiempo trabajado y tiempo como Profesional de Enfermería, se pueden explicar diferencias de prioridad en los estresores.

7. DISCUSIÓN

En la literatura revisada se observa que la producción científica sobre estresores laborales relacionada en las bases de datos de carácter clínico es menor que, en las bases del ámbito de la psicología. Este aspecto puede estar relacionado con la falta de estudios que relacionen el estrés del personal clínico sobre los pacientes, o bien, a falta de estudios relacionados con el resultado del ejercicio del rol propio de la Enfermería o la escasez de estudios relacionados con problemas organizativos. Parece pertinente asociar estrés con impacto sobre pacientes para continuar la identificación más concluyente de factores relacionados.

Respecto al método Delphi para obtención de información es una técnica ideada para obtener consenso a partir de expertos. Ha sido frecuentemente usado para establecer prioridades en diversos campos de Enfermería⁶⁴. En los estudios cualitativos con metodología Delphi cuanto mayor sea el número de participantes mejores conclusiones pueden ser extraídas⁶⁵, pero se ha comprobado en numerosos estudios^{66, 67} que con un número mínimo de 10 a 18 participantes entrevistados los resultados son válidos, de manera que el número de participantes de nuestro estudio estaría dentro del rango aceptable de participantes.

7.1. Características sociodemográficas

En los resultados globales se observa que los participantes son mayoritariamente mujeres de 30 a 39 años de edad con posesión de la Diplomatura de Enfermería, similar a otros estudios^{68, 69}. El porcentaje es coincidente a la obtenida con la distribución por sexos de la profesión de Enfermería.

Referente al HGURS, la inauguración del Hospital data de enero 2005, lo que justifica la

antigüedad de los participantes que, si bien algunos no llevan más de 3 años en la misma unidad, si tienen 3 o más años trabajando en unidades de hospitalización médicas, además de en el mismo centro hospitalario, así pues tienen experiencia en los cuidados aplicados a estos determinados tipos de pacientes.

7.2. Características de los factores laborales estresantes

Los resultados obtenidos difieren con otros estudios dependiendo de la unidad o servicio donde se haya realizado^{31, 33, 35, 51-56} donde se observa que los factores que provocan estrés no son homogéneos y, aunque coinciden en la sobrecarga laboral y otros problemas organizativos⁷⁰⁻⁷², recogen a su vez la asociación del estrés a los procesos de muerte y sufrimiento del paciente^{69, 73, 74}.

Clasificador:

Del análisis de los resultados del grupo de expertos se desprende que, es pertinente utilizar el clasificador de Peiró, que incluyen a los estresores del ambiente físico, demandas del propio trabajo, contenidos del trabajo, desempeño de roles y clima organizacional. Otros clasificadores encontrados utilizan instrumentos de medida más generales^{38, 39, 42-46} de aplicabilidad médica.

La priorización de estresores en los entornos estudiados tiene un amplio componente organizacional, como se puede observar en las tablas de los resultados. El estudio más reciente con condiciones laborales para identificar cargas de trabajo en Enfermería desde la perspectiva enfermera es el RN4CAST⁷⁵. Podemos encontrar en el primer informe los resultados sobre la percepción de las enfermeras sobre su ambiente de trabajo utilizando el cuestionario *Practice Enviroment Scale* del *Nursing Work Index*, validad internacionalmente⁷⁶ que apoyan la necesidad de

profundizar sobre modelos organizacionales de cuidados.

Otro resultado que presenta el citado primer informe del RN4CAST, es el resultado de agotamiento emocional de los PE, satisfacción laboral o sensación de necesidad de abandonar la profesión.

Parece que el modelo organizativo que se propone como posible alternativa de mejora para las condiciones laborales de las enfermeras, es el modelo organizativo *Magnet Hospital*⁷⁷ donde se observa en las 14 fuerzas del magnetismo están presente la relación con la organización de los servicios de Enfermería.

Sin embargo, la calidad de los servicios de Enfermería se evalúa de manera separada. Los indicadores de calidad de cuidados en unidades médicas se relacionan con las úlceras por presión o con la seguridad de pacientes. Estrategias como la implantación de *check-list* quirúrgico⁷⁸ se observan como mejoras de calidad, pero no se relacionan con un ambiente o clima laboral.

Respecto a la organización de hospitales, en el entorno de la Unión Europea, en los sistemas sanitarios públicos, el modelo organizativo, está presidido por el coste de los procesos asistenciales, cuantificando los costes de los pacientes a partir del Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD)⁷⁹.

Parece que los modelos organizativos de cuidados se estudian de manera aislada respecto al coste de los procesos que influyen directamente sobre la organización, planteándose un bucle donde el coste por GRD que tiene en cuenta el diagnóstico de la enfermedad y el consumo de productos.

El clasificador GRD actúa para los cuidados de Enfermería como un clasificador de cuidados requeridos, lo que ocasiona en los PE unas percepciones que se pueden asociar a los factores laborales estresantes que priorizan en primeros lugares.

Sin embargo, en los resultados de nuestro estudio, la repercusión de los cuidados sobre los pacientes, se sitúa en séptimo lugar en ambos entornos. De acuerdo al estudio que presentamos, parece que los aspectos organizativos pesan más en los PE que, la repercusión de la calidad de los cuidados.

Es importante asociar los problemas de estrés laboral a la calidad de cuidados para observar posibles repercusiones entre el estrés laboral, los modelos organizativos y la calidad de los cuidados.

8. CONCLUSIONES

Con este trabajo se ha conseguido hacer reflexionar a los PE de las unidades participantes, sobre sus propios y comunes factores estresantes para promover soluciones , facilitar la labor en la gestión clínica y poder aumentar la calidad de los servicios:

1. La literatura relacionada pertenece mayoritariamente, al ámbito de la psicología. Es importante asociar el estrés laboral a repercusiones clínicas.
2. No se encuentran estudios que asocien estrés a resultados de calidad de cuidados.
3. La participación de los profesionales en estudios con metodología cualitativa es considerable.
4. Se han identificado factores de estrés en profesionales de Enfermería de Unidades Médicas de hospitales públicos en entornos diferentes que a su vez presentan ligeras diferencias, lo que indica que hay factores organizativos no relacionados con el paciente que deben tenerse en cuenta.
5. Conocer y evaluar factores de estrés desde la perspectiva de los profesionales puede aportar propuestas de mejora en la gestión clínica de cualquier unidad hospitalaria de enfermería clínica no quirúrgica.

Es pertinente seguir investigando y ampliar las soluciones a profesionales de la salud de diferentes categorías y características, es decir, diseñar y realizar intervenciones que permitan realizar estudios experimentales relacionados con el estrés laboral, generando propuestas de mejora más consistentes.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y RECOMENDACIONES

El tamaño muestral se debe ampliar a partir de estudios con metodología cuantitativa y que permitan inferencia y correlación con estudios relacionados con modelos organizativos de gestión.

El entorno geográfico se restringe a dos provincias, cuando lo deseable es desarrollar estudios en distintas autonomías y hacer una comparativa para realizar acciones de mejora.

La falta de relación del estrés laboral con la calidad de atención limita la identificación de factores causales de estrés que se asocien exclusivamente al entorno laboral.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

BIBLIOGRAFÍA

1. Slipak OE. Historia y concepto de estrés. ALCMEON 3. 1991;355-360.
2. Molina-Jiménez T, Gutiérrez-García AG, Hernández-Domínguez L, Contreras CM. Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales. Anal Psicol. 2008;24(2):353-360.
3. Casuso Ferrand L. Estrés, un producto del S.XX. Breve recorrido por la historia del diagnóstico y tratamiento del estrés. [Monografía en Internet]. Asociación Católica de Psicología. [acceso 10 de Junio de 2015]. Disponible en:
http://www.acapsi.com/estres_historia_del_diagnostico_y_tratamiento.html.
4. Moscoso M. El estrés crónico y la Terapia Cognitiva Centrada en Mindfulness: Una nueva dimensión en psiconeuroinmunología. Persona 13. 2010;11-29.
5. Jean Benjamin S. El estrés. 2ª ed. México DF: Publicaciones Cruz O.; 2000.
6. Cassaretto M, Chau C, Oblitas H, Valdez N. Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. Revista Psicología de PUCP. 2003;21(2):363-392.
7. Diccionario de la Lengua Española. 23ª ed. Madrid: Espasa Libros; 2014.
8. Leka S, Griffiths A, Cox T. La organización del estrés y el trabajo. Nottingham: OMS; 2004.
9. Peiró Silla JM. El estrés laboral: una perspectiva individual y colectiva. Prevención, Trabajo y

Salud. 2001 Sep;13:18-38.

10. Peiró Silla JM. Desencadenantes del estrés laboral. Madrid: Pirámide; 1999.

11. Belloch A, Sandín B, Ramos F. Manual de Psicopatología. Vol. 2. 2ª ed. Madrid: Mc Graw Hill; 2009.

12. Oblitas Guadalupe LA, et al. Psicología de la salud y calidad de vida. 3ª ed. México DF: Cengage Learning; 2010.

13. Payne RA. Técnicas de relajación. Guía práctica. 4ª ed. Badalona: Paidotribo; 2005.

14. Sandín B, Chorot P. Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2002;8(1):39-54.

15. Peiró Silla JM. Estrés laboral y riesgos psicosociales. Lección magistral leída en el solemne acto de apertura del curso 2009-2010. En: Apertura de Curso 2009-2010 de la Universidad de Valencia. Valencia: Universidad de Valencia; 2009.

16. Hoyo Delgado MA. Estrés laboral. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2004.

17. Domínguez E, Ullívarri M, Zabaleta I. Reduction of working hours as a policy of work sharing in the face of an economic crisis. Applied Economics Letters. 2011;18(7):683.

18. Turner N, Chmiel N, Sandy Hershcovis M, Walls M. Life on the line: Job demands, perceived co-worker support for safety, and hazardous work events. *J Occup Health Psychol* 2010;15(4):482-493.
19. GeoSalud [sede web]. San José: GeoSalud [acceso 23 de junio de 2015]. Prevención del Estrés Laboral. Disponible en: http://geosalud.com/salud-ocupacional/estres_laboral.htm.
20. Atalaya M. El estrés laboral y su influencia en el trabajo. *Industrial Data*. 2001;2(4):25-36.
21. Rodríguez Carvajal R. Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Med Segur Trab*. 2011;57(1):72-88.
22. Merín Reig J, Cano Vindel A, Miguel Tobal JJ. El estrés laboral: bases teóricas y marco de intervención. *Ansiedad y Estrés*. 1995;1(2-3):113-130.
23. Mansilla Izquierdo F. Manual de Riesgos Psicosociales en trabajo: Teórica y Práctica. [Monografía en Internet]. Valencia: Psicología Online; 2000 [acceso 23 de junio de 2015]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/index.shtml>.
24. Moreno-Jiménez B, González JL, Garrosa E. Desgaste profesional (Burnout), personalidad y salud percibida. En: Buendía J, Ramos F. Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide; 2001. p.58-83.
25. Álvarez Gallego E, Fernández Ríos L. El Síndrome de “Burnout” o el desgaste profesional (I): revisión de estudios. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 1991;11(39):257-265.

26. Ortega Ruiz C, López Ríos F. El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Int J Clin Health Psychol*. 2003;4(1):137-160.
27. Akers R, Birkbeck C, Cecil D, Crespo F, Godoy LM, et al. La generalidad de la teoría del autocontrol. Serrano Maíllo A, Birkbeck C, editores. Madrid: Dykinson; 2014.
28. Llana Álvarez FJ. Ergonomía y psicología aplicada: manual para la formación del especialista. 13ª ed. Valladolid: Lex Nova; 2009.
29. Hernández Gracia TJ, Terán Varela OE, Navarrete Zorrilla DM, León Olvera. El Síndrome de Burnout: Una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición.[Monografía en Internet]. Infomed: Red de Salud de Cuba. [acceso 2 de Julio de 2015]. Disponible en: <http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2011/10/burnout-2.pdf>.
30. Garcés de los Fayos EJ. Burnout en Deportistas: un estudio de la influencia de variables de personalidad, sociodemográficas y deportivas en el síndrome [tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 1998.
31. Mamani Encalada A, Obando Zegarra R, Uribe Malca AM, Vivanco Tello M. Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencias. *Rev Per Obst Enf*. 2007;3(1):50-56.
32. Ríos Rísquez MI. Variables de personalidad y síndrome de estrés crónico asistencial: estudio exploratorio en personal de enfermería [tesis doctoral]. Universidad de Murcia; 2009.

33. Farquharson B, Bell C, Johnston D, Jones M, Schofield P, Allan J, et al. Nursing stress and patient care: real-time investigation of the effect of nursing tasks and demands on psychological stress, physiological stress, and job performance: study protocol. *J Adv Nurs*. 2013;69(10):2327-2335.
34. Más R, Escribà V, Cárdenas M. Estresores laborales percibidos por el personal de enfermería hospitalario: un estudio cualitativo. *Arch Prev Riesgos Labor*. 1999;2(4):159-167.
35. Piñeiro Fraga M. Estrés y factores relacionados en el personal sanitario de hospitalización psiquiátrica: un estudio de prevalencia. *Rev Enferm Global*. 2013 Jul;12(31):125-150.
36. Grazziano E, Ferraz BE. Impacto del estrés profesional y burnout en enfermeros. *Rev Enferm Global*. 2010;9(18):1-20.
37. Sermeus W, Aiken LH, Van den Heede K, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, et al. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing*. 2011;10:6. [acceso 3 de Julio de 2015]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/10/6#>.
38. Más Pons R, Escribà Agüir V. La versión castellana de la escala "The Nursing Stress Scale". Proceso de adaptación transcultural. *Rev Esp Salud Pública*. 1998;72(6):529-538.
39. Harris PE. The nurse stress index. *Work & Stress*. 1989;3(4):335-346.

40. Hinds PS, Fairclough DC, Dobos CL, Creer RH, Herring PL, et al. Development and testing of the Stressor Scale for Pediatric Oncology Nurses. *Cancer Nursing* 1990;13(6):354-360.
41. Walcott-Mcquigg JA, Ervin NE. Stressors in the workplace: Community Health Nurses. *Public Health Nurs.* 1992;9(1):65-71.
42. Benoliel JQ, McCorkle R, Georgiadou F, Denton T, Spitzer A. Measurement of stress in clinical nursing. *Cancer Nursing*. 1990;13(4):221-228.
43. Marucco MA, Gil-Monte PR, Flamenco E. Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en pediatras de hospitales generales, estudio comparativo de la prevalencia media con el MBI-HSS y el CESQT. *Informació Psicológica*. 2008;91-92:32-42.
44. Faúndez V, Gil-Monte P. Análisis de las principales fortalezas y debilidades del “Maslach Burnout Inventory”(MBI). *Ciencia & Trabajo*. 2009; 11:160-167.
45. Marcelino G, Melich-Cerveira J, Carvalho I, Azeredo Costa J, Lopes M et al. MBI-HSS validity in Portuguese Medical Doctors. En: Doolittle BJ. *Psychology of Burnout: New Research*. Yale: Nova Science Publishers; 2013. p.121-136.
46. Gil-Monte PR. CESQT. Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Manual. Madrid: TEA Ediciones; 2011.
47. Comisión Ejecutiva Confederal de la Unión General de Trabajadores UGT. Guía sobre el

Síndrome de Quemado (Burnout). Madrid: UGT; 2006.

48. Sebastián O. Los riesgos psicosociales y su prevención: mobbing, estrés y otros problemas. En: Jornada Técnica de Actualización de “Los riesgos psicosociales y su prevención: mobbing, estrés y otros problemas”. Madrid; 2002.

49. Solano Ruiz MC, Hernández Vidal P, Vizcaya Moreno MF, Reig Ferrer A. Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enferm Intensiva*. 2002;13(1):9-16.

50. Ríos Risquez MI, Godoy Fernández C, Peñalver Hernández F, Alonso Tovar AR, López Alcaraz F, et al. Estudio comparativo del Burnout en personal de enfermería de Cuidados Intensivos y Urgencias. *Enferm Intensiva*. 2008;19(1):2-13.

51. Soto Cámara R, Santamaría Cuesta I. Prevalencia del Burnout en la enfermería de atención primaria. *Enferm Clínica*. 2005;15(3):123-130.

52. Reig Ferrer A, Cartagena de la Peña E, Ribera Domene D, García Rodríguez J, Caruana Vaño A, Maciá Soler L. Estrés en el personal de enfermería: Un análisis empírico en el hospital. *Enferm Científ*. 1986;46:4-10.

53. Escribà Agüir V, Más Pons R, Cárdenas Echegaray M, Burguete Ramos D, Fernández Sánchez R. Estresores laborales y bienestar psicológico: impacto en la enfermería hospitalaria. *Rev ROL Enferm*. 2000 Jul;23(7-8):506-11.

54. García Vázquez D, Sánchez Fernández MD, Fernández Varela MM, González García A, Conde Fernández JM. Identificación de estresores por enfermeras de atención especializada. *Enferm Clin.* 2001;11(2):65-71.
55. Gelsema TI, Van der Doef M, Maes S, Janssen, M, Akerboom, S, Verhoeven, C. A longitudinal study of job stress in the nursing profession: Causes and consequences. *Journal of Nursing Management.* 2006;14:289-299.
56. Paschoalini B, Oliveira M, Frigério M, Dias A, dos Santos F. Cognitive and emotional effects of occupational stress in nursing professionals. *Acta Paul Enferm.* 2008 Sep;21(3):487-92.
57. Cremades Puerto J. Factores laborales estresantes en profesionales de enfermería que trabajan en unidades hospitalarias con pacientes ingresados por problemas médico-quirúrgicos: una revisión bibliográfica. *Rev Cient Enfermería RECIEN.* 2011;1(2):1-17.
58. Cremades Puerto J, Maciá Soler L, López Montesinos MJ, Orts Cortés I. Identificación de factores de estrés laboral en profesionales de enfermería. *Cogitare Enferm.* 2011;16(4):609-614.
59. González Romá V, Peiró Silla JM. Estrés y salud en ambientes organizativos. Cuadernos de Medicina Psicosomática - Sociedad Europea de Psicología de la Salud. 8ª Conferencia. Alicante; 1994.
60. Salmond S, Ropis PE. Job Stress and Job Stress and General Well-Being: A Comparative Study of Medical-Surgical and Home Care Nurses. *Medsurg Nurs.* 2005 Oct;14(5):301-9.

61. Stacciarini JMR, Tróccoli BT. Tool for measure occupational stress: a nurses' stress inventory. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2000 Dic;8(6):40-9.
62. Stacciarini JMR, Tróccoli BT. The stress in nursing professional. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2001;9(2):17-25.
63. Golubic R, Milosevic M, Knezevic B, Mustajbegovic J. Work-related stress, education and work ability among hospital nurses. *J Adv Nur*. 2009;65(10):2056-2066.
64. Orts C.I, Comet CP, Moreno CMT, Concepción Arribas M. Identificación de las prioridades de investigación en enfermería en España: Estudio Delphi. *Enferm Clin*. [Internet] 2000; 10(1). [acceso en 15 julio 2011]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/enfermeria-clinica-35/identificacion-las-prioridades-investigacion-enfermeria-esp%C3%B1a-estudio-8551-originales-2000>.
65. Powell C. The Delphi technique: myths and realities. *J Advanced Nursing*. 2003;41(4):376-82.
66. Yañez Gallardo R, Cuadra Olmos R. La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. *Cienc Enferm*. 2008;14(1):9-15.
67. Okoli C, Pawlowski S. The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *Information Management*. 2004;(42):15-29.
68. Gil-Monte PR. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse

por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicol estu.* 2002; 7 (1); 3-10.

69. Tomás Sábado J, Fernández Donaire L. Estrés laboral en profesionales de Enfermería hospitalarios. *Metas Enferm.* 2002 May;45:6-12.

70. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization and quality of care: cross-national findings. *Int J Qual Health Care.* 2002 Feb;14(1):5-13.

71. Lapeña Moñux YR, Cibanal Juan L, Pedraz Marcos A, Maciá Soler ML. Las relaciones interpersonales de los enfermeros en asistencia hospitalaria y el uso de habilidades comunicativas. *Texto Contexto-Enferm.* 2014 Sep; 23(3):555-562.

72. Rodrigues VMCP, Ferreira ASS. Stressors in nurses working in Intensive Care Units. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2011 Jul-Ago;19(4):1025-1032.

73. Escribà-Agüir V, Burguete-Ramos D. ¿Cómo perciben las enfermeras de transplantes las causas del estrés laboral?. *Rev Index Enferm.* 2005 Nov;14(50):15-19.

74. Torres MDF. Estresores laborales en enfermería [tesis doctoral]. Minatitlan, Universidad Veracruzana; 2009.

75. Orts Cortés MI. Validez de contenido del Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) en el ámbito europeo [tesis doctoral]. Alicante: Publicaciones Universidad de Alicante;

2011.

76. Moreno Casbas T, Fuentelsaz Gallego C. RN4CAST. Informe global hospitales españoles. Ambiente de trabajo y resultados de las enfermeras. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. [acceso en 30 noviembre 2015]. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-redes-centros-investigacion2/fd-centros-unidades2/fd-investen-isciii-2/docus/Informe_global_Spain.pdf.

77. Maciá Soler L. Gestión clínica. Barcelona: Elsevier; 2014.

78. Torres Manrique B. Evaluación de la intervención de la enfermería en el control de la seguridad del paciente como herramienta de mejora en el área quirúrgica [tesis doctoral]. Alicante: Publicaciones Universidad de Alicante; 2014.

79. Vinuesa Sebastián M, Alfaro Latorre M. Atención Ambulatoria Especializada en el Sistema Nacional de Salud. Pesos y costes de los procedimientos ambulatorios. IR-GRD 2.3. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. [acceso en 30 noviembre 2015]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/INF_PESOS_Y_COSTES_IR_GRD_SNS.pdf.

ANEXOS

ANEXO 1. MASLACH BURNOUT INVENTORY FOR HUMAN SERVICES SURVEY

(MBI-HSS).

Frecuency:

(0): Never

(1): A few times a year or less frequently

(4): Once a week

(2): Once a month or less frequently

(5): A few times a week

(3): A few times a month

(6): Every day

	0	1	2	3	4	5	6
1. I feel emotionally drained from my work.							
2. I feel used up at the end of the workday.							
3. I feel fatigued when I get up in the morning and have to face another day on the job.							
4. I can easily understand how my recipients feel about things.							
5. I feel I treat some recipients as if they were impersonal objects.							
6. Working with people all day is really a strain for me.							
7. I deal very effectively with the problems of my recipients.							
8. I feel burned out from my work.							
9. I feel I'm positively influencing other people's lives through my work.							
10. I've become more callous toward people since I took this job.							
11. I worry that this job is hardening me emotionally.							
12. I feel very energetic.							
13. I feel frustrated by my job.							
14. I feel I'm working too hard on my job.							
15. I don't really care what happens to some recipients.							
16. Working with people directly puts too much stress on me.							
17. I can easily create a relaxed atmosphere with my recipients.							

18. I feel exhilarated after working closely with my recipients.							
19. I have accomplished many worthwhile things in this job.							
20. I feel like I'm at the end of my rope.							
21. In my work, I deal with emotional problems very calmly.							
22. I feel recipients blame me for some of their problems.							

Fuente: MBI-HSS validity in Portuguese Medical Doctors. G. Marcelino et al (2013).



Universitat d'Alacant
 Universidad de Alicante

ANEXO 2. VERSIÓN CASTELLANA DE LA ESCALA “*THE NURSING STRESS SCALE*”.

A continuación encontrará una serie de situaciones que ocurren de forma Habitual en un servicio de un hospital. Indique, la frecuencia con que estas situaciones le han resultado estresantes en su actual servicio.

	Nunca	Alguna vez	Frecuentemente	Muy frecuentemente
1.-Interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas	0	1	2	3
2.-Recibir críticas de un médico	0	1	2	3
3.-Realización de cuidados de enfermería que resultan dolorosos a los pacientes	0	1	2	3
4.-Sentirse impotente en el caso de un paciente que no mejora	0	1	2	3
5.-Problemas con un supervisor	0	1	2	3
6.-Escuchar o hablar con un paciente sobre su muerte cercana	0	1	2	3
7.-No tener ocasión para hablar abiertamente con otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio sobre problemas en el servicio	0	1	2	3
8.-La muerte de un paciente	0	1	2	3
9.-Problemas con uno o varios médicos	0	1	2	3
10.-Miedo a cometer un error en los cuidados de enfermería de un paciente	0	1	2	3
11.-No tener ocasión para compartir experiencias y sentimientos con otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio	0	1	2	3
12.-Muerte de un paciente con quien has llegado a tener una relación estrecha	0	1	2	3
13.-El médico no está presente cuando un paciente se está muriendo	0	1	2	3
14.-Estar en desacuerdo con el tratamiento de un paciente	0	1	2	3
15.-Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente a la familia del paciente	0	1	2	3
16.-No tener ocasión para expresar a otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio mis sentimientos negativos hacia los pacientes (Ej.: pacientes conflictivos, hostilidad, etc.)	0	1	2	3
17.-Recibir información insuficiente del médico acerca del estado clínico de un paciente	0	1	2	3
18.-No disponer de una contestación satisfactoria a una pregunta hecha por un paciente	0	1	2	3
19.-Tomar una decisión sobre un paciente cuando el médico no está disponible	0	1	2	3
20.-Pasar temporalmente a otros servicios con falta de personal	0	1	2	3
21.-Ver a un paciente sufrir	0	1	2	3
22.-Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de	0	1	2	3

enfermería) de otros servicios				
23.-Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente al paciente	0	1	2	3
24.-Recibir críticas de un supervisor	0	1	2	3
25.-Personal y turno imprevisible	0	1	2	3
26.-El médico prescribe un tratamiento que parece inapropiado para el paciente	0	1	2	3
27.-Realizar demasiadas tareas que no son de enfermería (Ej.: tareas administrativas)	0	1	2	3
28.-No tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente	0	1	2	3
29.-Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio	0	1	2	3
30.-No tener tiempo suficiente para realizar todas mis tareas de enfermería	0	1	2	3
31.-El médico no está presente en una urgencia médica	0	1	2	3
32.-No saber que se debe decir al paciente o a su familia sobre su estado clínico y tratamiento	0	1	2	3
33.-No saber bien el manejo y funcionamiento de un equipo especializado	0	1	2	3
34.-Falta de personal para cubrir adecuadamente el servicio	0	1	2	3

Fuente: La versión castellana de la escala "The Nursig Stress Scale". Proceso de adaptación transcultural. R.Más Pons, V. Escribà Agüir (1998).

**ANEXO 3. CESQT. CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE
QUEMARSE POR EL TRABAJO.**

A continuación hay algunas afirmaciones en relación a su trabajo y sobre las consecuencias que se derivan de esa relación para usted como profesional y como persona. Piense con qué frecuencia le surgen a usted esas ideas o con qué frecuencia las siente, teniendo en cuenta la escala que se le presenta a continuación. Para responder rodee con un círculo la alternativa (el número) que más se ajusta a su situación:

	Nunca	Raramente	A veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente
1) Mi trabajo me supone un reto estimulante.	0	1	2	3	4
2) No me apetece atender a algunos colaboradores.	0	1	2	3	4
3) Creo que muchos colaboradores son insoportables.	0	1	2	3	4
4) Me preocupa el trato que he dado a algunas personas en el trabajo.	0	1	2	3	4
5) Veo mi trabajo como una fuente de realización personal.	0	1	2	3	4
6) Creo que los familiares de los colaboradores son unos pesados.	0	1	2	3	4
7) Pienso que trato con indiferencia a algunos colaboradores.	0	1	2	3	4
8) Pienso que estoy saturado/a por el trabajo.	0	1	2	3	4
9) Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo.	0	1	2	3	4
10) Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas.	0	1	2	3	4
11) Me apetece ser irónico/a con algunos colaboradores.	0	1	2	3	4
12) Me siento agobiado/a por el trabajo.	0	1	2	3	4

13) Tengo remordimientos por algunos de mis comportamientos en el trabajo.	0	1	2	3	4
14) Etiqueto o clasifico a los colaboradores según su comportamiento.	0	1	2	3	4
15) Mi trabajo me resulta gratificante.	0	1	2	3	4
16) Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento.	0	1	2	3	4
17) Me siento cansado/a físicamente en el trabajo.	0	1	2	3	4
18) Me siento desgastado/a emocionalmente.	0	1	2	3	4
19) Me siento ilusionado/a por mi trabajo.	0	1	2	3	4
20) Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo.	0	1	2	3	4

Fuente: CESQT. Gil-Monte PR (2011).

ANEXO 4. DEFINICIÓN DE LOS CLASIFICADORES DE PEIRÓ

- 1. Estresores del ambiente físico.** Son múltiples los aspectos del ambiente físico de trabajo que pueden desencadenar experiencias de estrés laboral: el ruido, la vibración, la iluminación, la temperatura, la higiene, toxicidad, condiciones climatológicas, disponibilidad y disposición del espacio físico para el trabajo.
- 2. Demandas del propio trabajo.** La propia actividad laboral puede presentar fuentes del estrés como el turno de trabajo, la sobrecarga de trabajo o la exposición a riesgos y peligros.
- 3. Los contenidos del trabajo o las características de las tareas que hay que realizar** son también potenciales desencadenantes del estrés laboral. Podemos mencionar entre ellos la oportunidad de control, el uso de habilidades que permite la realización de las tareas, variedad de las tareas, el feedback que se recibe por la propia ejecución del trabajo, la identidad de la tarea y la complejidad del propio trabajo.
- 4. El desempeño de roles** plantea también potenciales desencadenantes del estrés laboral. Son ampliamente conocidos y ha sido estudiado el conflicto, la ambigüedad y la sobrecarga de rol.
- 5. Las relaciones interpersonales y grupales** pueden ser fuentes de estrés. Entre ellas podemos mencionar la densidad, el tipo y las relaciones con los superiores, con los compañeros, subordinados, clientes, cohesión del grupo, presión del grupo, clima grupal y conflicto grupal.

6. **El desarrollo de la carrera**, en sus múltiples aspectos, es una fuente potencial de estrés. En concreto cabe mencionar estresores como la inseguridad laboral, las diferentes transiciones de rol, las situaciones de las distintas etapas de desarrollo, las promociones excesivamente rápidas o demasiado ralentizadas, etc.
7. Diferentes aspectos relacionados con las **nuevas tecnologías** son también fuentes potenciales de estrés. Podemos mencionar problemas de diseño, de implantación y de gestión de esas tecnologías.
8. Hay **componentes de la estructura o del clima organizacional** que pueden resultar estresantes como una excesiva centralización o un clima muy burocratizado o de poco apoyo social entre los miembros de la organización.
9. Finalmente, cabe mencionar toda una serie de estresores laborales que tienen que ver con las **relaciones entre el trabajo y otras esferas de la vida** como la vida en familia y las demandas conflictivas entre la actividad laboral y los roles familiares.

ANEXO 5. FACTORES ESTRESANTES (AYUDA)

1. Estresores del ambiente físico:

- Temperatura ambiental.
- Espacio físico insuficiente o mal distribuido.
- Deficiencias estructurales.
- Condiciones físicas de trabajo inadecuadas (ruidos, poca luz...).

2. Demandas del propio trabajo:

- Sobrecarga de trabajo.
- Interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas.
- Turno imprevisible.
- Trabajar en horario rotativo.
- Trabajar en domingos y festivos.
- No tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente.
- No tener tiempo suficiente para realizar todas mis tareas de enfermería.
- Trabajo físicamente agotador.
- No poder resolver problemas.
- Tomarme demasiado en serio mi trabajo.
- Falta de tiempo para algunos pacientes que lo necesiten.
- Ejecutar tareas distintas simultáneamente.
- Resolver imprevistos que acontecen al puesto de trabajo.
- Cumplir, en práctica, una carga horaria mayor.
- Hacer cambios de turno en el trabajo.
- Trabajar en horario nocturno.

- Tener un plazo corto para cumplir órdenes.
- Ejecutar procedimientos rápidos.
- Imposibilidad de prestar asistencia directa a un paciente.
- Atender a un número grande de personas.

3. Los contenidos del trabajo o las características de las tareas que hay que realizar:

- Contacto con el sufrimiento.
- Contacto con la muerte.
- Contacto con el sufrimiento en pacientes jóvenes.
- Contacto con la muerte en pacientes jóvenes.
- Contacto con el sufrimiento en casos agudos o de estrecha relación.
- Contacto con la muerte en casos agudos o de estrecha relación.
- Atender a pacientes exigentes.
- Atender a pacientes poco o nada colaboradores.
- Atender a pacientes agresivos.
- Atender a familiares.
- Consolar a la familia cuando muere el paciente.
- Prestar asistencia a pacientes graves.
- Asistir un caso urgente.
- Atender a pacientes crónicos.
- Las enfermedades propias del servicio.
- Realización de cuidados de enfermería que resultan dolorosos a los pacientes.
- Escuchar o hablar con un paciente sobre su muerte cercana.
- No disponer de una contestación satisfactoria a una pregunta hecha por un

paciente.

- Sentirse impotente en el caso de un paciente que no mejora.
- Sentirse impotente en las tareas a realizar.
- Excesivo papeleo.
- Trabajo rutinario sin nuevos aprendizajes.
- Consecuencias de mis errores para el enfermo.
- No ver los frutos de mi trabajo.
- Tener que aparentar seguridad cuando no la tengo.
- Que amenacen con denunciarme.
- Posibilidad de ser demandado/a por cometer un error.
- Que sólo me digan lo que hago mal.
- Sentir desgaste emocional con el trabajo.
- Hacer un trabajo repetitivo.
- Desarrollar investigación.
- La especialidad en que trabajo.
- Enseñar al estudiante.

4. El desempeño de roles:

- Infravaloración del trabajo.
- Estar en desacuerdo con el tratamiento de un paciente.
- Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente a la familia del paciente.
- Recibir información insuficiente del médico acerca del estado clínico de un paciente.

- Tomar una decisión sobre un paciente cuando el médico no está disponible.
- Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente al paciente.
- El médico prescribe un tratamiento que parece inapropiado para el paciente.
- No saber qué se debe decir al paciente o a su familia sobre su estado clínico y tratamiento.
- Asignar tareas al personal auxiliar.
- Excesiva responsabilidad.
- Tener que dar información al paciente.
- Tener que dar información a los familiares del paciente.
- Tener que dar malas noticias.
- Asumir responsabilidades que no me correspondan.
- Que no estén claramente establecidas mis funciones.
- Desarrollar actividades más allá de mi función ocupacional.
- Distanciamiento entre teoría y práctica.
- Restricción de autonomía profesional.
- Responsabilizarse por la calidad del servicio que la Institución presta.

5. Las relaciones interpersonales y grupales:

- No disponibilidad del médico en caso de urgencia.
- El médico no está presente cuando un paciente se está muriendo.
- No poder localizar al médico cuando se necesita.
- Recibir críticas de un supervisor.
- Recibir críticas de un médico.
- Problemas con un supervisor.

- Problemas con uno o varios médicos.
- No tener ocasión para hablar abiertamente con otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio sobre problemas en el servicio.
- No tener ocasión para compartir experiencias y sentimientos con otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio.
- Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) de otros servicios.
- Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio.
- No tener ocasión para expresar a otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio mis sentimientos negativos hacia los pacientes (Ej.: pacientes conflictivos, hostilidad, etc.).
- Trabajar con personas no preparadas.
- Errores de otros enfermeros que afecten a mis pacientes.
- Conflictos con los superiores.
- Conflictos con los compañeros.
- Trabajar en un mal ambiente.
- Trabajar en un clima competitivo.
- Trabajar en equipo.

6. El desarrollo de la carrera:

- Rotación de personal interservicios.
- Afrontar situaciones nuevas.
- Insatisfacción laboral.

- Pocas perspectivas de ascenso o promoción.
- Recibir sueldo no acorde.
- Falta de formación continuada.
- Cuidar pacientes con patología distinta a la tratada en mi unidad.
- Administrar o supervisar el trabajo de otras personas.
- Mantenerse actualizado.

7. Nuevas tecnologías:

- Falta de recursos materiales adecuados para el trabajo.
- Uso de tecnologías.
- Nuevos procedimientos y tecnologías.
- No saber bien el manejo y funcionamiento de un equipo especializado.

8. Componentes de la estructura o del clima organizacional:

- Elevado número de personal eventual.
- Falta de personal para cubrir adecuadamente el servicio.
- Falta de apoyo de los superiores.
- No trabajar en base a una planificación coherente.
- Que decisiones y cambios que me afectan se tomen sin contar conmigo.
- La supervisión que recibe de sus superiores.
- Tener un superior incompetente.
- Interferencia de la Política Institucional en el trabajo.
- Cambios administrativos para responder a los compromisos de gestión.

9. Relaciones entre el trabajo y otras esferas de la vida:

- Llevarme los problemas del trabajo a casa.
- Llevar trabajo a casa.
- Dedicación exclusiva a la profesión.
- Conciliar las cuestiones profesionales como familiares.
- Tener la sensación de que al terminar su trabajo le quedan cosas pendientes.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ANEXO 6. HOJA DE INFORMACIÓN E INSTRUCCIONES

TÍTULO DEL ESTUDIO: Identificación de factores estresantes laborales en profesionales de enfermería en Unidades de Hospitalización Médicas.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Jesús Cremades Puerto. Enfermero Máster. Nefrología. Hospital Gral. de Elda. Tfno. trabajo: 966975092

Me dirijo a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital "X".

La intención de esta hoja es tan sólo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y le aclararé las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar, o si participa en cualquier momento puede cambiar su decisión y retirar su autorización, sin que ello suponga problema alguno para usted ni su trabajo, ya que no se informará de su decisión, presente o futura a instancia alguna.

Dentro de las Ciencias de la Salud, enfermería se considera una profesión estresante, con una alta prevalencia de trastornos psicológicos que parecen estar relacionados con el estrés, que a su vez se asocia con insatisfacción laboral, sin embargo las causas más comunes de estrés encontradas en la bibliografía se relacionan con aspectos psicológicos y no parece existir impacto del estrés laboral sobre la actividad asistencial; la información es más escasa en unidades médicas que en unidades de pacientes críticos o urgentes.

Por ello, los objetivos de este estudio son identificar y clasificar los factores estresantes que puedan afectar a los profesionales de enfermería de Unidades Hospitalarias Médicas.

Los participantes serán personal de enfermería que realizan mayoritariamente labor asistencial con un mínimo de 3 años de antigüedad en la unidad en la que trabaja. Con ello se consigue conocer mejor los factores estresantes y poder puntuarlos y clasificarlos en encuestas posteriores.

El plan de trabajo es realizar una entrevista personal e individual, si es posible, vía e-mail.

Le facilito tres documentos:

- **1er documento: Hoja de bibliografía de apoyo. Es necesario leerlo antes de contestar.**
- **2º documento: Factores estresantes. Este documento es de ayuda para escoger los estresores en caso de dudas.**
- **3er documento: Encuesta. Este documento se debe rellenar, guardar en el disco duro y reenviar mediante correo electrónico. Ante cualquier duda, comuníquemelo. Posteriormente, se puede eliminar.**

En caso de no tener el programa para abrir los archivos, descargar desde el siguiente enlace gratuito: <http://get.adobe.com/es/reader/>.

Posteriormente, una vez cada mes aproximadamente, se realizará la cumplimentación de una encuesta para valorar los factores estresantes más puntuados en las entrevistas. La duración es aproximadamente de 3, 4 ó 5 meses, según el nivel de consenso.

Jesús Cremades Puerto

La cumplimentación de la encuesta le llevará no más de 10 minutos. Se ha obtenido autorización de la Dirección de Enfermería del Centro para realizar esta actividad tanto fuera como dentro del horario laboral, así como puesto en conocimiento de su Supervisor.

Se respetará a la máxima la confidencialidad y el anonimato de los participantes. Sus datos personales no figurarán en documento de trabajo alguno. La identificación de su encuesta será mediante un código. Tan sólo yo, como investigador principal, tendré acceso al listado de dichos códigos e identificaciones, comprometiéndome a no facilitárselo a persona o instancia alguna. Así mismo, se tendrá en cuenta la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y los postulados de la Declaración de Helsinki en su última versión (Seúl, 2008) y el Código de Buenas Prácticas Clínicas de la Unión Europea.

Agradeciendo de antemano su participación en este estudio, un saludo,

Jesús Cremades Puerto.

Enfermero Máster en Ciencias de la Enfermería.

Unidad de Nefrología. Hospital Gral. Elda

ANEXO 7. 1ª ENCUESTA

Edad:

Sexo: Hombre Mujer

Nivel de estudios (Diplomatura, Licenciatura, Máster o Doctorado):

Año que comenzó a trabajar en servicio:

Años que lleva trabajando en unidades médicas:

Año que se tituló como enfermer@:

Horario (rodado o mañanas fijas):

Número de pacientes a su cargo (Mañana/Noche):

En base a lo que ha leído en la bibliografía aportada, ¿qué le estresa a usted en su trabajo? *(si no se aclara a ajustar el estresor en la clasificación, desarrolle sus estresores en OTROS).*

- **Estresores del ambiente físico:**
- **Demandas del propio trabajo:**
- **Los contenidos del trabajo o las características de las tareas que hay que realizar:**
- **El desempeño de roles:**
- **Las relaciones interpersonales y grupales:**
- **El desarrollo de la carrera:**

- **Nuevas tecnologías:**

- **Componentes de la estructura o del clima organizacional:**

- **Relaciones entre el trabajo y otras esferas de la vida:**

- **OTROS:**



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante