

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

TESIS:

EL ESTRÉS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

(VALIDACIÓN DE LA ESCALA “THE NURSING STRESS SCALE”)

P R E S E N T A N :

García Velázquez María Erika

Gómez Ramos Susana Olivia

Director de Tesis: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

No tengo palabras que expresen el agradecimiento que tengo para ti, por acompañarme a lo largo de esta aventura que ayer fue un sueño y hoy una realidad GRACIAS en verdad por tu apoyo pero sobre todo por no dejar de creer en mí a pesar de las adversidades y este es un logro de ambas por eso te lo comparto.

MAMI

A MIS PADRES

Gracias por creer en mí, por estar siempre en los buenos y malos momentos de mi vida, jamás olvidare lo grandiosos que son aunque a veces no se los diga y por alentarme a lograr mis metas.

A MIS HERMANOS

Sólo quiero decirles que así como hoy logre mi meta ustedes también pueden lograr las suyas nunca desistan crean siempre en lo que hacen esa es la clave del éxito.

A SUSANA

Amiga sólo puedo decirte que haberte conocido fue algo bueno, estudiar contigo fue genial, realizar este trabajo fue divertido y otras veces frustrante por situaciones ajenas pero al final lo logramos, pero no olvides que es el inicio de un largo camino en todos los aspectos de nuestras vidas y finalmente agradezco tu confianza brindada.

ERIKA

Dios dedico a ti este logro tan importante, gracias por darme la paciencia y la fuerza para culminar este proyecto.

A MIS PADRES

Gracias por confiar en mí, por el esfuerzo que han hecho para forjarme, por ser la base de lo que ahora soy y por acompañarme en esta larga travesía...sinceramente gracias.

A MI FAMILIA

A mis abuelitos, tíos y primos a ustedes que siempre me apoyaron, que siempre tuvieron las palabras exactas para confortarme en los momentos difíciles, gracias por estar a mi lado.

A MIS HERMANOS

A Miguel, José, Marisol e Iván quiero decirles que este camino fue difícil, sin embargo, valió la pena, gracias por compartir sus vidas conmigo y por ser parte de este momento tan especial.

A CARLOS

Mi vida quiero decirte que tu amor, tu compañía, tu paciencia y comprensión fueron mi motor para lograr este proyecto, gracias por caminar a mi lado y demostrarme con tu cariño que todo es posible, TE AMO.

SUSANA

DR. SAMUEL

Gracias por haber confiado en nuestro proyecto por alentarnos cuando nos veía desistir, por su enseñanza, su paciencia, por el tiempo dedicado y sobre todo por abrir esa brecha de amistad entre usted y nosotras, porque sin su colaboración este trabajo hoy no sería realidad.

DR. GAMBOA

Le agradecemos el apoyo brindado para la realización de este proyecto, por su enseñanza también por motivarnos a continuar en los momentos críticos y por el tiempo brindado durante la estancia en la Institución.

Mtra. MAGDALENA FRANCO

Gracias por mostrarnos el instrumento que sirvió de base para llevar a cabo la investigación y por todas las facilidades otorgadas.

Gracias a todas las autoridades del Hospital Infantil de México que de manera directa o indirecta facilitaron la realización de esta investigación y muy en especial a todas las compañeras enfermeras que accedieron a contestar el cuestionario queremos decirles que el éxito de este trabajo también es suyo...gracias de todo corazón.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO 1	
El Estrés	
1.1 Evolución histórica del concepto de Estrés	6
1.2 Fisiopatología del Estrés	11
1.2.1 Fase de reacción de alarma	12
1.2.2 Fase de resistencia	13
1.2.3 Fase de agotamiento	13
1.3 Estrés y Salud	16
1.3.1 Enfermedades por estrés agudo	17
1.3.2 Patologías por estrés crónico	18
1.4 Características de la persona	19
1.5 Estrés laboral	22
1.5.1 Tipos de estresores laborales.	23
1.5.1.1 Estrés del ambiente físico	23
1.5.1.2 Estrés de la tarea	24
1.5.1.3 Estresores de la Organización	24
1.6 Antecedentes de estrés en Enfermería	26
1.6.1 Características de la profesión de Enfermería	33

1.6.2 Características del trabajo de Enfermería	36
1.6.3 Características del desarrollo profesional en la empresa	41
CAPITULO 2	
CONFIABILIDAD Y VALIDEZ	
2.1 Confiabilidad	45
2.1.1 Teoría Clásica de la confiabilidad	45
2.1.2 Coeficiente de Consistencia Interna	47
2.2 Validez	49
2.2.1 Validez de Constructo	50
Planteamiento del problema	51
Justificación	52
METODO	
Objetivos	53
Hipótesis	53
Tipo de Investigación	53
Diseño de Investigación	54
Variables	54
Muestra	54
Escenario	54
Instrumento	55
Procedimiento	60
RESULTADOS	61

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	72
REFERENCIAS	77

RESUMEN

En los últimos años se ha desarrollado un gran interés por el estudio del estrés y los factores psicosociales relacionados con el trabajo y la repercusión de estos sobre la salud de los trabajadores los cuales pueden dar lugar a problemas de nivel colectivo, como son: el aumento del ausentismo laboral, la disminución de la calidad del trabajo y la productividad.

Es por ello que la Salud del Profesional de Enfermería es un factor indispensable para mantener el equilibrio en su actividad, condición a través de la cual las acciones, actitudes, comportamientos y obligaciones pueden desarrollarse sin tensiones que debiliten o interfieran en los cuidados específicos de Enfermería.

Se tomó en cuenta la última versión del cuestionario "The Nursing Stress Scale" en español, se dio a revisar a 10 jueces (psicólogos y/o profesores de la Facultad de Psicología), familiarizados con el tema de Estrés, con el objetivo de conocer la claridad de los reactivos antes de proceder a la aplicación.

Participaron 300 enfermeras del Hospital Infantil de México, utilizando como criterios de selección que fueran enfermeras(os), desempeñar sus funciones en cualquiera de los tres turnos (matutino, vespertino y nocturno) y acceder a contestar la escala "The Nursing Stress Scale".

Se llevó a cabo un análisis factorial para cada reactivo, con el método de factores principales y rotación de varianza máxima (ortogonal). Al obtenerse las frecuencias de los puntajes brutos, fueron convertidos a calificaciones estandarizadas y con ellas se elaboraron los cuadros de normas.

Al corroborar que el instrumento es capaz de proporcionar medidas consistentes, se abre la posibilidad de relacionar los puntajes del inventario con otras variables con un buen grado de confianza.

Las normas elaboradas son un marco de referencia para la interpretación de los puntajes individuales. Esto hará posible la comparación interindividual en base a criterios acordes a la distribución de la variable estrés en la población adecuada.

Una de las pretensiones del presente estudio ha sido hacer aportaciones para subsanar la carencia de información acerca de las características psicométricas de uno de los instrumentos poco conocido en nuestro país en trabajos de investigación para evaluar el estrés en el personal de enfermería.

INTRODUCCIÓN

El estrés acompaña al ser humano desde sus orígenes. A lo largo de los años ha sido un inseparable estímulo para que las personas hayan aprendido de la experiencia vivida y puedan transmitirla a generaciones posteriores.

Aunque la palabra estrés tiene poco más de 60 años y ha sido utilizada en todo el mundo, hoy en día muy poca gente la conceptualiza en el mismo sentido. Así, sólo en el ámbito psicosocial, puede significar conceptos tan distintos como ansiedad, esfuerzo, tensión emocional, sobrecarga, fatiga o frustración. El término estrés hace referencia a tres cosas a la vez a un *estímulo estresante* (privación del sueño, sobrecarga de trabajo, etc.), a una *respuesta de estrés* (elevación de la tensión arterial, aumento del cortisol plasmático) o *una relación interpersonal estresante*: conflictos interpersonales, mala comunicación, etc (Mingote y Pérez, 2003).

Uno de los grupos profesionales más afectados por el estrés en su trabajo diario lo constituyen los profesionales de la salud y en especial el personal de Enfermería (Gil-Monte 2002). Existe un gran número de factores de riesgo relacionados con el trabajo que pueden causar estrés en este grupo de profesionales. Entre ellos cabe mencionar los relacionados con el contenido del trabajo, el grado de responsabilidad, el conflicto, la ambigüedad de rol, los contactos sociales y el clima de la organización, el contacto con pacientes, la carga de trabajo, la necesidad de mantenimiento y desarrollo de una

cualificación profesional, los horarios de trabajo, la violencia hacia el profesional sanitario y el ambiente físico en el que se realiza el trabajo (Parilk, Taukari y Bhattacharya, 2004).

Actualmente existen diversos cuestionarios y escalas para medir estrés en el medio laboral. Algunos de ellos han sido desarrollados para ser utilizados de forma específica en el personal de Enfermería: "The Nurse Stress Index", "Stressor Scale for Pediatric Oncology Nurses", "The Community Health Nurses, Perceptions of Work Related Stressors Questionnaire", "The Nurse Stress Checklist", etc.

Una de las escalas más ampliamente utilizada en el mundo anglosajón ha sido "The Nursing Stress Scale" (NSS). Se trata de una escala elaborada por Gray-Toft y Anderson (1981) que mide la frecuencia con la que ciertas situaciones son percibidas como estresantes por el personal de enfermería hospitalario. Estas situaciones han sido identificadas por los autores a partir de la literatura revisada y entrevistas realizadas a diversos profesionales sanitarios.

Son numerosas las ventajas que proporciona el uso de instrumentos de medida ya validados y ampliamente utilizados por otros investigadores. En primer lugar, supone un ahorro de tiempo y dinero, ya que el desarrollo de un nuevo instrumento es un proceso lento y costoso. En segundo lugar, el uso de instrumentos idénticos en distintas poblaciones va a permitir comparar los resultados obtenidos en cada una de ellas. Sin embargo, la mayoría de estos

instrumentos han sido elaborados y utilizados en países de habla y cultura diferentes a la nuestra. Por ello, un paso previo al empleo de cualquier cuestionario o escala en nuestro medio lo constituye la adaptación transcultural del mismo. En ella se pueden distinguir dos componentes, por una parte la traducción de un idioma a otro y por otra, la adaptación de una cultura a otra. Este proceso tiene como objetivo lograr una equivalencia de significados entre la cultura en la que se desarrolló el cuestionario o la escala y aquella en la que se va a aplicar. De esta forma se obtendrá un instrumento adaptado equivalente al original y que permitirá la medición de un fenómeno similar en diferentes culturas, es decir, permitirá comparar los resultados obtenidos con el cuestionario adaptado con los obtenidos con el cuestionario original por otros investigadores.

Nuestro objetivo en el presente trabajo es validar la escala “The Nursing Stress Scale” para su correcto uso y aplicación a enfermeras de la Ciudad de México, aportando así un instrumento útil para la detección de estrés, para su posterior tratamiento.

Para lo cual nos dimos a la tarea de ir de lo general a lo particular en esta investigación: comenzando con explicar que es el Estrés sus antecedentes y fases; luego la relación existente entre Estrés y Salud, enfermedades generadas por estrés y su patología; también expondremos las características de la personalidad que contribuyen a que un sujeto padezca o no de estrés. Una vez comprendido que es el Estrés y sus consecuencias podremos llevarlo al terreno laboral y ver sus alcances así como también sus limitaciones en este

ámbito, pero debido a que el área laboral que nos interesa es el área de Enfermería es indispensable también conocer en que consiste cuales son las características del personal que desarrolla esta profesión así como las tareas a realizar cotidianamente y ambiente en el que se desarrollan diariamente.

Como ya se ha mencionado nos interesa validar el instrumento "The Nursing Stress Scale" (NSS) se verán los conceptos de confiabilidad y métodos para obtenerla así como también de la validez para sustentar el porque elegimos el método a seguir en nuestro presente trabajo.

Finalmente encontrara nuestros resultados y conclusiones que podrán ser cuestionadas o porque no de interés para futuras investigaciones, logrando de este modo el enriquecimiento mutuo.

CAPITULO 1

EL ESTRÉS

1.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE ESTRÉS

El término estrés, partió de un concepto físico haciendo referencia a una fuerza o peso que produce diferentes grados de tensión o deformación en distintos materiales. Los sistemas físicos o biológicos se caracterizan por sufrir deformaciones que son consecuencia de fenómenos excitadores externos. Las personas pueden comportarse de forma similar a los materiales: en unos casos se pueden modificar comportamientos por el aprendizaje, mientras que en otros no es posible aprender, produciéndose un desgaste reversible o irreversible de la persona, lo que equivale a la fractura en un material. Sin embargo, al igual que las tecnologías de unión, como las soldaduras, pueden reparar esos materiales, otras tecnologías psicoterapéuticas son también eficaces en la restauración del ser humano (Mingote, 2003).

El estrés se estudia desde tres perspectivas fundamentales:

1. La tradición ambiental, que se orienta hacia la valoración de los acontecimientos externos que confrontan al ser humano con nuevos requerimientos de trabajo adaptativo.
2. La tradición psicológica que se centra en las evaluaciones subjetivas de las demandas y de los recursos disponibles para afrontarlas.
3. La tradición biológica, que estudia la activación de los diferentes sistemas biológicos, como consecuencia del esfuerzo adaptativo.

Recientemente se han propuesto diversos modelos psicobiológicos integradores que incorporan de forma interactiva las tres perspectivas generales ya señaladas, ya que cada una de ellas se ocupe del estudio de los diferentes estadios del proceso general de estrés.

En biología, el término estrés fue introducido por Walter Cannon (1935) para designar a todo estímulo nocivo capaz de perturbar la homeostasis del organismo y de movilizar los procesos autorreguladores. Se trata de la evaluación rápida de una amenaza, resultante del significado atribuido a cada situación por un individuo particular (De las Cuevas C, González J., de La Fuente, et al., 1997)

El concepto de estrés fue introducido por primera vez en el ámbito de la salud por Hans Selye (1936), el cuál lo definió como "*la respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante*", citado en Del hoyo Delgado Mari Angeles "Estrés Laboral", Edit. INSHT, Madrid 1997.

Utiliza el término estrés para describir la suma de cambios inespecíficos del organismo en respuesta a un estímulo o situación estimular.

Posteriormente, el término se ha utilizado con múltiples significados y ha servido tanto para designar una respuesta del organismo, como para señalar los efectos producidos ante repetidas exposiciones a situaciones estresantes.

Lazarus y Folkman (1986) definen el estrés como *“un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo ésta valorada por la persona como algo que agrava o excede sus propios recursos y que pone en peligro su propio bienestar personal. Es una relación dinámica y bidireccional entre la persona y el entorno”*

Dos conceptos fundamentales en esta teoría son la evaluación y el afrontamiento. La *evaluación* es definida como el mediador cognitivo de las reacciones de estrés, de las respuestas personales a los estímulos relevantes y es un proceso por medio del cual los sujetos valoran la situación, lo que está ocurriendo y todo ello relacionado con el bienestar personal del sujeto. Según estos autores existen tres tipos de evaluación primaria, secundaria y terciaria (afrontamiento) (Lazarus y Folkman, 1986).

La evaluación primaria se centra en las demandas de la situación y consiste en analizar si el hecho es positivo o no, si es relevante y sus consecuencias. En definitiva, responder a la cuestión ¿qué significa esto para mí? El resultado de esta evaluación será determinante para que el suceso sea considerado bueno o malo, relevante o irrelevante, amenazante o no.

La evaluación secundaria tiene como objeto el análisis y la valoración de la capacidad del propio sujeto para afrontar el suceso que acaba de evaluar. La valoración de los recursos personales determina en gran medida que el individuo se sienta asustado, desafiado u optimista. Tiene que ver con la evaluación de los propios recursos y en ella juegan un papel esencial los

pensamientos anticipatorios. La historia de afrontamiento frente a situaciones similares y el resultado exitoso o no de la ejecución de cualquiera de las estrategias utilizadas determinan el resultado.

Por último, la evaluación terciaria es el afrontamiento o estrategia de coping propiamente dichos, esto es, la acción y ejecución de una estrategia previamente elaborada (véase tabla I).

Tabla I.

Dimensiones de afrontamiento de acuerdo a Lazarus y Folkman (1984).

Dimensión	Descripción
1. Confrontación	Acciones directas dirigidas a la situación. Ej: Expresar ira hacia la persona causante del problema, tratar de que la persona responsable cambie de idea, etc.
2. Distanciamiento	Tratar de olvidarse del problema, negarse a tomarlo en serio, comportarse como si nada hubiera ocurrido, etc.
3. Autocontrol	Guardar los problemas para uno mismo, procurar no precipitarse, etc.
4. Búsqueda del apoyo social	Pedir consejo o ayuda aun amigo, hablar con alguien que puede hacer algo concreto, contra a algún familiar el problema etc.
5. Aceptación de la responsabilidad	Disculparse, criticarse a sí mismo, reconocerse causante del problema, etc.
6. Escape-evitación	Esperar a que ocurra un milagro, evitar el contacto con la gente, tomar alcohol drogas
7. Planif. de solución de problemas	Establecer un plan de acción y seguirlo, cambiar algo para que las cosas mejoren, etc.
8. Reevaluación positiva	La experiencia enseña, hay gente buena, cambié y maduré como persona, etc.

Lazarus y Folkman (1984) describen el *afrontamiento o coping* como aquellos procesos conductuales y cognitivos constantemente cambiantes que se desarrollan para mejorar las demandas específicas internas y externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de las respuestas del individuo. Se entiende el afrontamiento en función de lo que la persona piensa o hace y no en términos de su eficacia o resultados. Para estos autores existen dos tipos de estrategias de afrontamiento, la de resolución de problemas y la segunda llamada de regulación emocional. La primera estaría dirigida a manipular o alterar el problema que está causando el malestar o a incrementar los recursos para hacer frente al problema, por ejemplo diseñando un nuevo método de solución de problemas, buscando ayuda de un profesional que nos oriente. La estrategia de regulación emocional estaría centrada en la emoción, en reducir el estrés asociado a la situación. Lazarus y Folkman (1984) Sánchez (1991) consideran que la gente empleará este segundo tipo de estrategia cuando experimente que el estresor es algo perdurable o inmodificable como la muerte de un ser querido. Ejemplos de este tipo de estrategias serían llorar, distraerse, dormir, beber, etc.

Lo que diferencia esta teoría interaccional de las otras aproximaciones teóricas es la gran relevancia que se le asigna a la evaluación cognitiva. En gran medida es la principal responsable de que la situación potencialmente estresante llegue o no a producir estrés en el sujeto y considera al individuo como parte activa en el proceso, interactuando con el medio ecológico.

A partir del concepto general del estrés es importante ahora reconocer que sucede fisiológicamente para poder entender como reaccionamos cuando nos encontramos ante una situación de estrés.

1.2 FISIOPATOLOGÍA DEL ESTRÉS

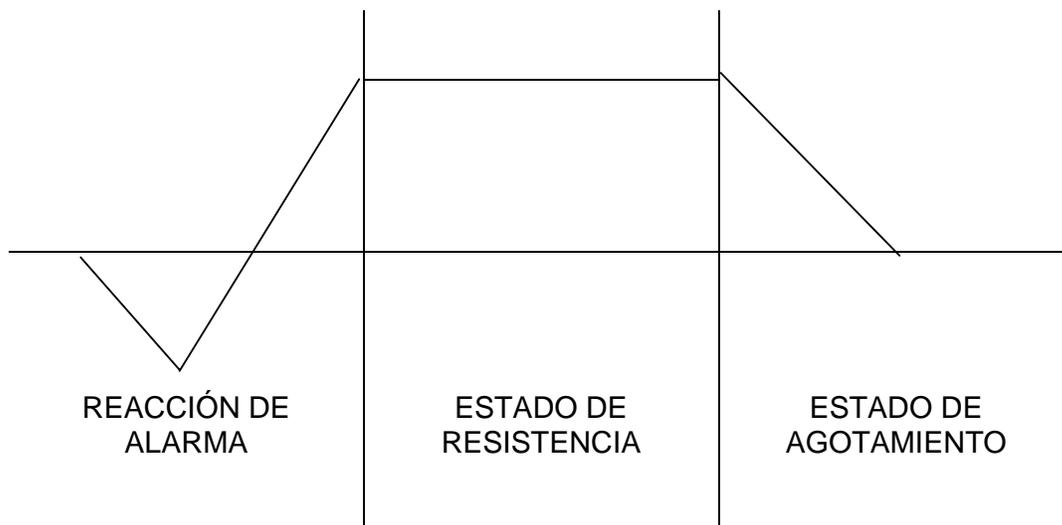
En general, ante un cambio de situación que afecte al individuo (PRESIÓN) se desencadena una reacción orgánica (TENSIÓN). Según Martín (2006) cuando cualquier estímulo suponga un factor de desequilibrio que trastorne la estabilidad de nuestro medio interno se produce un estado de alerta, de movilización, de preparación para controlar este cambio de situación.

En este sentido, esta activación no tiene en sí misma un carácter negativo. El sujeto no responde específicamente ante cualquier demanda, es decir, no considera la naturaleza del estímulo (sea positivo o negativo) sino que se da una reacción orgánica y psicológica común ante cualquier estímulo, a la que denominaremos “respuesta no específica” (Martín, 2006).

Con respecto a la reacción orgánica, una investigación de Selye (1936) dio lugar a lo que se denomina Síndrome General de Adaptación que consta de tres fases las cuales se muestran en la figura 1.

Fig. 1

Síndrome General de Adaptación



1.2.1 FASE DE REACCIÓN DE ALARMA:

El organismo, amenazado por las circunstancias se altera fisiológicamente por la activación de una serie de glándulas, especialmente en el hipotálamo y la hipófisis ubicadas en la parte inferior del cerebro, y por las glándulas suprarrenales localizadas sobre los riñones en la zona posterior de la cavidad abdominal.

El cerebro, al detectar la amenaza o riesgo, estimula al hipotálamo quien produce “factores liberadores” que constituyen sustancias específicas que actúan como mensajeros para zonas corporales también específicas. Una de estas sustancias es la hormona denominada A.C.T.H. (Adrenal Cortico Tropic Hormone) que funciona como un mensajero fisiológico que viaja por el torrente sanguíneo hasta la corteza de la glándula suprarrenal, quien bajo el influjo de tal mensaje produce la cortisona u otras hormonas llamadas corticoides.

A su vez otro mensaje que viaja por la vía nerviosa desde el hipotálamo hasta la médula suprarrenal, activa la secreción de adrenalina. Estas hormonas son las responsables de las reacciones orgánicas en toda la economía corporal. Se produce un aumento de la frecuencia cardiaca, aumenta la coagulabilidad de la sangre y su concentración en las zonas en las que pueda ser necesaria para la acción (músculos, cerebro y corazón). También aumenta la capacidad respiratoria y se agudizan los sentidos.

1.2.2 FASE DE RESISTENCIA:

Cuando un individuo es sometido en forma prolongada a la amenaza de agentes lesivos físicos, químicos, biológicos o sociales, el organismo si bien prosigue su adaptación a dichas demandas de manera progresiva, puede ocurrir que disminuyan sus capacidades de respuesta debido a la fatiga que produce en las glándulas del estrés. Durante esta fase suele ocurrir un equilibrio dinámico u homeostasis entre el medio ambiente interno y externo del individuo.

Así, si el organismo tiene la capacidad para resistir mucho tiempo, no hay problema alguno, en caso contrario sin duda avanzará a la etapa siguiente.

1.2.3 FASE DE AGOTAMIENTO:

La disminución progresiva del organismo frente a una situación de estrés prolongado conduce a un estado de gran deterioro con pérdida importante de las capacidades fisiológicas y con ello sobreviene la fase de agotamiento en el cual el sujeto suele sucumbir ante las demandas, pues se

reducen al mínimo sus capacidades de adaptación e interrelación con el medio. Esto puede llevar a la enfermedad o incluso a la muerte.

RESPUESTA DE ESTRÉS

NIVEL DE ACTIVACIÓN GENERAL

Buceta (2001) dice que la activación general del organismo es una respuesta en la que intervienen el Sistema Nervioso Central y el Sistema neurovegetativo.

El estrés conlleva un aumento del nivel de activación general y de hecho, los efectos beneficiosos del estrés se relacionan con un cierto aumento de la activación, mientras que sus efectos perjudiciales se asocian, en gran parte, con un estado de sobreactivación.

MANIFESTACIONES RELACIONADAS CON UN AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN (Buceta, 2001)

- La motivación, cuando la persona percibe que podría disponer de los recursos adecuados para controlar la situación estresante, y asume con interés el reto de lograrlo.
- La ansiedad se caracteriza por el miedo, la preocupación incontrolada y la inseguridad, favoreciendo que la persona evalúe la situación incorrectamente, evite o escape de las situaciones estresantes, dude exageradamente sobre lo que debe hacer, se inhiba en lugar de actuar, o actúe impulsivamente.
- La hostilidad conlleva insatisfacción, disgusto, irritabilidad, enfado, rabia, agresividad o enemistad. Cuando está controlada, puede propiciar

condiciones muy favorables para rendir. Sin embargo la hostilidad puede afectar la salud si se mantiene prolongadamente. El rendimiento mejorará si aún existiendo cierta hostilidad, predomina la motivación por el reto comentada previamente.

MANIFESTACIONES RELACIONADAS CON UNA DISMINUCIÓN DE LA ACTIVACIÓN

- Predomina un estado de indefensión aprendida, el nivel de activación general es bajo, al percibir la persona que poco o nada puede hacer para controlar una situación estresante que le importa. La frustración, la percepción de fracaso y culpabilidad, los sentimientos de inutilidad y el desánimo, provocan una percepción sesgada, rígida y negativa de la realidad, una pérdida aparente de interés y conductas que muestran pasividad, lentitud, inhibición o indiferencia. Estas condiciones perjudican gravemente el rendimiento y la salud de la persona afectada.
- Una persona que dispone de recursos eficaces para hacer frente a las situaciones potencialmente estresantes, o que, ya presente el estrés, se motive convenientemente para afrontar el reto de buscar y poner en funcionamiento los recursos apropiados, no implica que el estrés esté controlado del todo. El sobreesfuerzo que conlleva la utilización de tales recursos con o sin éxito, producen desgaste; y si la persona no se recupera suficientemente, este desgaste será cada vez mayor, hasta derivar en un estado de agotamiento psicológico.
- Prevenir el agotamiento psicológico debe ser uno de los objetivos prioritarios de la intervención en el ámbito del alto rendimiento. Para ello

es conveniente que las estrategias para optimizar el rendimiento mediante el control del estrés, sirvan al mismo tiempo, para optimizar la salud, minimizando el sobre esfuerzo psicológico y físico que conlleva enfrentarse a las situaciones estresantes sin que disminuyan las posibilidades de rendimiento.

1.3 ESTRÉS Y SALUD

Las relaciones existentes entre el estrés y la salud se vienen desarrollando desde hace mucho tiempo, por considerar que son investigaciones necesarias y fructíferas. Estas relaciones en ocasiones han estado sobrevaloradas e incluso malinterpretadas, no obstante hoy en día se puede afirmar que el estrés, en general, es el principal factor causante de trastornos psicológicos, presente en la mayoría de las psicopatologías, y uno de los principales factores causales o de riesgo de las alteraciones orgánicas.

El estrés afecta de una manera directa la salud, facilitando la aparición de determinadas enfermedades o acelerando el progreso de una enfermedad ya crónica, o de forma indirecta, bien estimulando la realización de conductas nocivas o reduciendo la probabilidad de que aparezcan conductas saludables.

Una conducta de salud es cualquier actividad llevada a cabo por una persona con el fin de proteger, promover o mantener la salud. Son conductas incompatibles con estilos de vida saludables, el fumar, beber, la vida sedentaria, los malos hábitos alimenticios, etc.

Muchos estudios han demostrado que el estrés reduce la competencia inmunológica del organismo. Puede reducir la resistencia a las enfermedades, las personas sometidas a altos niveles de estrés sufren un mayor número de enfermedades infecciosas de todo tipo.

Ya es clásica la relación existente entre el estrés y los trastornos gastrointestinales, así como su influencia en problemas cardiovasculares. En los últimos años y a partir del hallazgo de cómo influyen en la competencia inmunológica, se ha concluido que afecta de manera significativa y más si se tienen en cuenta otras variables personales y sociales, a la aparición y progresión de la artritis reumatoide, las alergias, los problemas de piel y ciertos tumores.

La práctica médica ha constatado por años las enfermedades producto del estrés, los estilos de vida actuales son cada día más demandantes, esto lleva al hombre moderno a incrementar notablemente en mucho sus cargas tensionales y produce la aparición de diversas patologías.

Las enfermedades que sobrevienen a consecuencia del estrés pueden clasificarse en dos grandes grupos:

1.3.1 ENFERMEDADES POR ESTRÉS AGUDO

Aparecen en los casos de exposición breve e intensa a los agentes estresantes, en situaciones de gran demanda que el individuo debe solucionar, aparece en forma súbita, evidente, fácil de identificar y generalmente es reversible. Las enfermedades que habitualmente observan son:

- Úlcera por estrés
- Estado de Shock
- Neurosis Post Traumática
- Neurosis Obstétrica
- Estado Postquirúrgico

1.3.2 PATOLOGÍAS POR ESTRÉS CRÓNICO

La persistencia del individuo ante los agentes estresantes durante meses o aún años, produce enfermedades de carácter más permanente, y también de mayor gravedad. El estrés genera inicialmente alteraciones fisiológicas, pero su persistencia crónica produce finalmente serias alteraciones de carácter psicológico y en ocasiones falla de órganos blanco vitales, véase tabla 2.

Tabla 2.

Principales alteraciones de la salud relacionadas con el estrés por Labrador (1992)

TRASTORNOS CARDIOVASCULARES

- Hipertensión
- Enfermedad coronaria (angina de pecho, infarto al miocardio)
- Taquicardia
- Arritmias cardiacas episódicas
- Enfermedad de Raynaud

TRASTORNOS RESPIRATORIOS

- Asma bronquial
- Síndrome de hiperventilación
- Otros: taquipnea, dificultades respiratorias episódicas (disnea), sensación de opresión torácica

TRASTORNOS INMUNOLÓGICOS

- Gripe, herpes, tuberculosis
- Cáncer
- SIDA

ARTRITIS REUMATOIDE

TRASTORNOS ENDÓCRINOS

- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo
- Síndrome de Cushing

TRASTORNOS GASTROINTESTINALES

- Úlcera péptica
- Dispesia funcional
- Síndrome del intestino irritable
- Colitis ulcerosa

	<ul style="list-style-type: none"> • Otros: molestias digestivas, digestiones lentas, estreñimiento, aerofagia, espasmos esofágicos
DIABETES E HIPOGLICEMIA	
TRASTORNOS DERMATOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Prurito • Sudoración excesiva • Dermatitis atípica • Otros: alopecia, urticaria crónica, hipersecreción de grasa cutánea (seborrea, acné), rubor facial
DOLOR CRÓNICO Y CEFALÉAS	<ul style="list-style-type: none"> • Cefalea: tensional, migrañosa, mixta. • Dolor crónico: lumbalgia, dismenorrea, etc.
TRASTORNOS MUSCULARES	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento del tono muscular • Tics, temblores y contracturas musculares mantenidas. • Alteraciones de los reflejos musculares.
TRASTORNOS BUCODENTALES	<ul style="list-style-type: none"> • Bruxismo • Liquen plano oral
TRASTORNOS SEXUALES	<ul style="list-style-type: none"> • Impotencia • Eyaculación precoz • Coito doloroso • Vaginismo • Alteraciones de la libido

1.4 CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD

Numerosos investigadores han demostrado que existe una influencia de ciertas características personales en la producción del estrés. Esto no quiere decir que el solo hecho de tener una serie de características personales determinadas desencadenen por sí mismas el estrés, sino que aumenta la vulnerabilidad de esos sujetos para que cuando se den unas determinadas

situaciones o demandas, el sujeto tenga más probabilidades de sufrir una situación de estrés.

El modo de actuación de estas características en la generación del estrés proviene de la descompensación, desequilibrio o incongruencia entre lo que exteriormente es demandado u ofrecido y lo que los individuos necesitan, desean o son capaces de hacer.

Hay que considerar que esas características están afectadas por una gran variabilidad individual e, incluso, también son variables en un mismo individuo a lo largo de su historia personal

Las características personales a las que nos vamos a referir son aquellas que se ha constatado que tienen algún tipo de relación en la generación del estrés.

Entre estas características personales existen ciertos aspectos de la personalidad que hacen a las personas más vulnerables al estrés:

- **PERSONALIDAD TIPO A:** Hace referencia a una tipología de personalidad característica que se manifiesta en ciertos sujetos con un interés desmesurado por la perfección y por el logro de metas elevadas, una implicación muy profunda con su profesión (hasta el punto de considerar el trabajo como el centro de su vida), que lleva al desarrollo de grandes esfuerzos, a una tensión constante, a una incapacidad de relajarse y a una preocupación constante por el tiempo (nunca encuentran tiempo suficiente para hacer todo lo que quisieran). Estos sujetos se caracterizan por cuatro características fundamentales: hostilidad, agresividad, competitividad y urgencia de tiempo.

Un sujeto tipo A es un hiperreactor fisiológico, de allí el que se considere sujeto de riesgo. Ante lo que considere retos relevantes incrementará más su frecuencia cardiaca y su presión arterial que otros sujetos. Actúa como una condicionante que hace al sujeto más sensible al estrés.

- **DEPENDENCIA:** Las personas poco autónomas toleran mejor un estilo de mando autoritario (supervisión estricta) y un ambiente laboral muy normalizado y burocratizado. Sin embargo, tienen más problemas en situaciones que implican tomar decisiones o cualquier tipo de incertidumbre y ambigüedad que las personas más independientes. Tienen más facilidad para delimitar el ámbito laboral del extralaboral y, por lo tanto, les permite abstraerse mejor de la posible problemática en su ámbito laboral.
- **ANSIEDAD:** Las personas ansiosas experimentan mayor nivel de conflicto que las que no lo son.
- **INTROVERSIÓN:** Ante cualquier problemática, los introvertidos reaccionan más intensamente que los extrovertidos, ya que son menos receptivos al apoyo social.
- **RIGIDEZ:** Las personas rígidas presentan un mayor nivel de conflicto y de reacciones desadaptadas, especialmente en situaciones que implican un cambio y que requieren un esfuerzo adaptativo, que las personas flexibles.
- **LA FORMACIÓN, LAS DESTREZAS Y CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS, LA EXPERIENCIA Y LA CAPACIDAD (INTELECTUAL Y FÍSICA):** Tienen capital importancia como fuente de estrés, por la posible incongruencia que se puede dar entre la posición ocupada (o el

trabajo desempeñado) y la capacidad o capacitación del trabajador. Así, la posición ocupada puede requerir de capacidades y conocimientos superiores al nivel de preparación de la persona. O bien al contrario, la capacidad de la persona puede estar por encima de lo que requiere el puesto que ocupa y ser esto una fuente de frustración e insatisfacción.

- **MALA CONDICIÓN FÍSICA Y MALOS HÁBITOS DE SALUD:** Pueden disminuir de alguna manera la capacidad de enfrentarse a los problemas de trabajo.

Existen otros aspectos que se consideran como posibles estresores, con un carácter más activo, ya que actúan como demandas de la persona en la medida que modulan las intenciones y las conductas del individuo, el grado de autoexigencia, o lo que el individuo exige al entorno.

- **NECESIDADES DEL INDIVIDUO:** Necesidad de contacto social, de intimidad, de reconocimiento personal, de autorrealización....etc.
- **ASPIRACIONES:** Deseos de logro personal, de alcanzar un determinado estatus, de dominar y controlar el trabajo.
- **EXPECTATIVAS:** Esperanzas que el individuo tiene de obtener de su trabajo ciertos beneficios personales, sociales, etc.
- **VALORES:** La adhesión al principio de autoridad, importancia del trabajo o del estatus.

1.5 ESTRÉS LABORAL

El concepto de estrés laboral, según aparece en los documentos divulgativos del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (1997) desde una perspectiva integradora, se define como “**la respuesta fisiológica,**

psicológica y del comportamiento de un individuo que intenta adaptarse y ajustarse a presiones internas y externas” (pág. 2).

1.5.1 TIPOS DE ESTRESORES LABORALES

Se clasifican en: estresores del ambiente físico, estresores de la tarea y estresores de la organización.

1.5.1.1 ESTRESORES DEL AMBIENTE FÍSICO

- a) **ILUMINACIÓN:** No es lo mismo trabajar en turno nocturno que en el diurno.
- b) **RUIDO:** Trabajar con alarmas continuamente, puede afectar no sólo al oído, sino al desempeño del trabajo: satisfacción, productividad, etc.
- c) **AMBIENTES CONTAMINADOS:** La percepción de los riesgos, puede producir mayor ansiedad en el personal sobre todo en los servicios de infectología, quirófano, y en general todas aquellas áreas que tienen a su cargo pacientes de alto riesgo, repercutiendo en el rendimiento y en el bienestar psicológico.
- d) **TEMPERATURA:** A veces trabajar en un ambiente caluroso genera sensación de inquietud.
- e) **PESO:** Los profesionales que han de trabajar en quirófano muchas horas con delantales o guantes protectores de plomo pueden estar sometidos a cargar con un peso importante. Aunado a esto la conservación de la misma posición corporal durante períodos de tiempo prolongados. El cansancio entonces puede duplicarse

1.5.1.2 ESTRESORES DE LA TAREA

La generación de estrés de unas personas a otras, ya que las características de cada tarea y de lo que genera en los profesionales va en función de lo que gusta o no hacer. Cuando la tarea se adecua a las expectativas y a la capacidad del profesional, contribuye al bienestar psicológico y supone una importante motivación. Entre estos estresores se encuentran:

a) CARGA MENTAL DEL TRABAJO: Es el grado de movilización de energía y capacidad mental que el profesional pone en juego para desempeñar la tarea. Ejemplo: tener que preparar 25 soluciones prescritas en un horario reducido.

b) CONTROL SOBRE LA TAREA: Ocurre cuando no se controla la tarea, es decir, cuando las actividades a realizar no se adecuan a nuestros conocimientos. Ejemplo: cambian a un profesional de área de trabajo y ha sido trasladado al servicio de Nefrología, cuando resulta que los últimos cinco años ha trabajado en la sala de Cardiología. No controla la tarea a realizar y no se atreve a tomar las iniciativas adecuadas por temor a la falta de conocimientos y atención que requieren este tipo de pacientes.

1.5.1.3 ESTRESORES DE LA ORGANIZACIÓN

Los estresores más importantes que aparecen en la organización son los siguientes:

a) CONFLICTO Y AMBIGÜEDAD DE ROL: Ocurre cuando hay diferencias entre lo que espera el profesional y la realidad de lo que

le exige la organización. Puede haber conflictos como por ejemplo recibir órdenes contradictorias de un responsable de enfermería o cuando los deseos y metas no se corresponden con lo que realmente se está haciendo. Cuando no se tiene claro lo que se tiene que hacer, los objetivos del trabajo y la responsabilidad inherente que conlleva, puede estresar de manera importante.

También influyen los tiempos de descanso, las relaciones interpersonales, sentirse observado-criticado por los compañeros, las dificultades de comunicación y las escasas posibilidades de promoción. Estos factores también pueden generar estrés laboral.

JORNADA DE TRABAJO EXCESIVA. Produce desgaste físico y mental e impide al profesional hacer frente a las situaciones estresantes. Por ejemplo, una jornada nocturna puede ser más larga que una de mañana o tarde y por tanto al final de la jornada, el profesional se encontrará más agotado y su capacidad física y mental puede verse disminuida.

RELACIONES INTERPERSONALES. Éstas pueden llegar a convertirse en una fuente de estrés. Piénsese en un profesional desequilibrado emocionalmente que hace la vida imposible a todos sus compañeros. Es una fuente continua de estrés. Por el contrario, cuando existe buena comunicación interpersonal y cuando se percibe apoyo social y de la organización, se amortiguan los efectos negativos del estrés laboral sobre la salud.

PROMOCIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL. Si las aspiraciones profesionales no se corresponden con la realidad por falta de valoración de méritos, se puede generar una profunda frustración apareciendo el estrés.

1.6 ANTECEDENTES DE ESTRÉS EN ENFERMERÍA

“La existencia de gran número de dolencias psicosomáticas, producto de las necesidades y exigencias de la sociedad actual, y muy en especial en lo referido al ámbito laboral, sujeto a incesantes transformaciones en la organización y en las demandas del trabajo, ha facilitado la difusión y la popularización de un término con el que, de un modo genérico, se define esta situación: **el estrés**” (Turcotte, 1986 pág. 125).

En este auge del término también tiene gran importancia las investigaciones que se han venido realizando acerca de la dinámica interrelacional que se establece entre el individuo y su ambiente físico.

La enfermería, por sus características específicas, es una profesión cuyos componentes corren un gran riesgo de padecer estrés laboral. Dadas las características del trabajo y el entorno en que lo desarrolla, se ha observado que el profesional de enfermería es uno de los trabajadores que corren mayor riesgo de desarrollar trastornos relacionados con el estrés (Pamplona, 1999)

La razón fundamental es que este tipo de profesionales realizan en gran medida su trabajo llevando a cabo cuidados directos a personas con sufrimiento físico y psicológico y sobre todo los que trabajan cuidando a

enfermos crónicos y terminales (Rodríguez,1996). Es por ello que frecuentemente se encuentre al personal de enfermería con pérdida de la motivación, disminución en su rendimiento, deterioro en la calidad del trato ofrecido, junto con el desarrollo de sensaciones de cansancio emocional, inadecuación y fracaso personal y profesional, todos ellos síntomas de estrés laboral crónico.

Son tantos los estresores diarios que sufre la enfermera, todos ellos inherentes al desarrollo de su actividad, que no sólo es una de las profesiones con mayor estrés laboral, sino la profesión con un mayor índice de deserción y abandono profesional.

Según algunos estudios realizados, existen diferentes grados de estrés laboral entre las enfermeras en función del puesto, lugar y tipo de trabajo que desarrollan en los distintos niveles asistenciales. Las presiones de trabajo van a ser diferentes según la especialidad, la organización de la actividad, el tiempo de experiencia, o el tipo de contrato laboral, por citar solo algunos de los factores que intervienen en el desarrollo del estrés.

El estrés de la Enfermera en atención especializada (nivel hospitalario) es más alto que en la enfermera de atención primaria (consulta) (Artiaga,1997). La falta de autonomía en el trabajo, la sobrecarga laboral, los conflictos y la ambigüedad de rol son los factores fundamentales que influyen en la aparición de estrés laboral en la enfermera, factores que están más acentuados en la atención hospitalaria.

La relación entre satisfacción profesional y estrés laboral ha sido comprobada por Pérez (1994) en un estudio realizado entre enfermeras expertas en Estomaterapia, las cuales se sentían más satisfechas profesionalmente. Sobre todo la enfermera experta que desarrollaba su actividad asistencial exclusivamente a pacientes ostomizados; ya que tenía una mayor autonomía, posibilidad de desarrollar sus capacidades, mayor autoestima, ausencia de cambios de turno y un rol profesional claro y definido. Las enfermeras expertas en Estomaterapia que compaginaban el cuidado al paciente ostomizado con otro tipo de enfermos quirúrgicos sentían menor satisfacción laboral y en consecuencia mayor percepción subjetiva de estrés, más agotamiento emocional y mayor despersonalización, pero siempre con índices menores que la enfermera de una unidad de hospitalización quirúrgica.

Fornes (2001) en una de las conclusiones de su estudio “Ansiedad y estrés en enfermería” afirma que el encontrarse a gusto en su puesto de trabajo protege del estrés.

En función del tipo de enfermos atendidos y del tipo de actividades asistenciales que realizan, también existen diferentes niveles de estrés laboral, así García (1999) afirma que existe una mayor despersonalización entre las enfermeras de unidades infantiles que entre las enfermeras de adultos; las cuales sin embargo, presentan mayor cansancio emocional y una menor realización personal.

Ribera (1990) afirma que los profesionales de enfermería sufren de una gran frustración profesional, con altas puntuaciones en estados depresivos y corrobora que las enfermeras que realizan su trabajo en servicios de hospitalización presentan mayores índices de depresión, estrés y frustración que las que desarrollan su profesión en servicios de urgencias y en servicios como laboratorios y/o radiodiagnóstico. Fornes (2001) afirma que la edad, los años de ejercicio profesional, el tiempo de permanencia en el mismo servicio y el hecho de encontrarse o no a gusto en él, son variables que pueden producir ansiedad y estrés en el personal de enfermería.

En España, según Moreno (2000), el estrés laboral y el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) ha adquirido una relevancia especial en la atención que dedican académicos, profesionales y sindicatos a la prevención de los riesgos laborales, es noticia y es objeto continuamente de debate en medios de comunicación, donde se insiste sobre la necesidad de reconocerlo como enfermedad profesional, y sobre la importancia que tiene abordar su prevención y tratamiento.

Con respecto a México se han llevado a cabo pocos estudios para detectar el estrés laboral en el personal de enfermería además de que han sido con muestras poco significativas estadísticamente lo cual habla del poco interés que existe para atender un problema que cada vez es más frecuente y notorio en el personal de enfermería.

Otro aspecto importante a resaltar es que los estudios que se han realizado indican que el estrés de la enfermera que lleva a cabo atención

hospitalaria es más alto que el de la enfermera que brinda atención primaria. El profesional de Enfermería que desarrolla su actividad en un Hospital sufre mayor agotamiento emocional, más despersonalización y se siente menos realizado que sus compañeras que brindan atención primaria (Faura ¿?).

La relación entre satisfacción profesional y estrés laboral ha sido comprobada por Pérez García (1994) en un estudio realizado entre enfermeras expertas en estomaterapia (cuidados especializados de enfermería a la persona ostomizada), las cuales se sentían más satisfechas profesionalmente, sobre todo la que desarrollaba su actividad asistencial exclusivamente a este tipo de pacientes; ya que tenía una mayor autonomía, posibilidad de desarrollar sus capacidades, mayor autoestima y un rol profesional claro y definido. Las enfermeras expertas en estomaterapia que compaginaban el cuidado al paciente ostomizado con otro tipo de enfermos quirúrgicos sentían menor satisfacción laboral y en consecuencia mayor percepción subjetiva de estrés, más agotamiento emocional y mayor despersonalización, pero siempre con índices menores que la enfermera de una unidad quirúrgica.

A pesar de los resultados que arrojan estos estudios consideramos importante tomar en cuenta todas las áreas en el que las enfermeras tienen incidencia (pacientes pediátricos, adultos, ginecológicas, geriátricos, de urgencias, en estado de coma, etc.) debido a que también presentan alto grado de estrés, ya que el sólo hecho de estar a cargo de la salud del paciente implica un alto grado de responsabilidad, pudiendo producir estrés en el personal.

Actualmente existen diversos cuestionarios y escalas para medir estrés en el medio laboral. Algunos de ellos han sido desarrollados para ser utilizados de forma específica en el personal de Enfermería: “The Nurse Stress Index”, “Stressor Scale for Pediatric Oncology Nurses”, “The Community Health Nurses, Perceptions of Work Related Stressors Questionnaire”, “The Nurse Stress Checklist”, etc. Una de las escalas más ampliamente utilizada en el mundo anglosajón ha sido “The Nursing Stress Scale” (NSS). Se trata de una escala elaborada por Pamela Gray-Toft y James G. Anderson (1981), que mide la frecuencia con la que ciertas situaciones son percibidas como estresantes por el personal de Enfermería hospitalario. Estas situaciones han sido identificadas por los autores a partir de la literatura revisada y de entrevistas realizadas a diversos profesionales sanitarios.

Sin embargo haciendo una revisión bibliográfica se encontró que Herrera y Cassals (2005), aplicaron la escala “The Nursing Stress Scale”, y según sus resultados, llegaron a la conclusión de que existían diez factores que influyen de manera directa en la calidad de vida laboral del personal de enfermería, éstos son:

Factor I. Agonía y muerte
Realización de cuidados de Enfermería que resultan dolorosos para los pacientes.
Sentirse impotente ante un paciente que no mejora.
Escuchar o hablar con un paciente sobre su muerte cercana.
La muerte de un paciente.
Muerte de un paciente con quien has llegado a tener una relación estrecha.
Ver a un paciente sufrir.
Factor II. Relación con los médicos
Recibir críticas de un médico.
Tener problemas con uno o varios médicos.
Miedo a cometer un error en los cuidados de Enfermería de un paciente.

Estar en desacuerdo con el tratamiento de un paciente.
Tomar una decisión sobre un paciente cuando el médico no está disponible.
Factor III. Preparación inadecuada
No disponer de una contestación satisfactoria a una pregunta hecha por un paciente.
Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente a un paciente.
Factor IV. Carencia de sostén
No tener ocasión para hablar abiertamente con otros compañeros sobre los problemas en el servicio.
No tener ocasión para compartir experiencias y sentimientos con otros compañeros del servicio.
Carencia de oportunidades para expresar a otros compañeros del servicio mis sentimientos negativos hacia los pacientes (Ej.: pacientes conflictivos, hostilidad, etc.).
Factor V. Conflicto con otros enfermeros
Tener problemas con un supervisor.
Dificultades para trabajar con uno o varios compañeros del servicio.
Recibir críticas de una supervisora.
Dificultades para trabajar con un o varios compañeros del servicio.
Factor VI. Sobrecarga de trabajo
Personal y turno imprevisible.
No tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente.
No tener tiempo suficiente para realizar todas mis tareas de enfermería.
Falta de personal para cubrir adecuadamente el servicio.
Factor VII. Incertidumbre respecto al tratamiento
Recibir información insuficiente de médico acerca del estado clínico del paciente.
El médico prescribe un tratamiento que parece inapropiado para el paciente.
No saber qué decir al paciente o a su familia sobre su estado clínico y tratamiento.
No saber bien el manejo y funcionamiento de un equipo especializado.
Factor VIII. Vulnerabilidad
Dormir por lo menos 4 noches a la semana durante 7 u 8 horas.
Confiar en un familiar cercano dentro de un radio de 10 km.
Hacer ejercicios hasta sudar.
Fumar.
Tomar bebidas alcohólicas.
Tomar café.
Asistir a actividades sociales o recreativas.
Confiar mis problemas personales a mis amigos.
Enfermar.
Conversar sobre asuntos domésticos con las personas que convivo.

Divertirme.
Dedicar durante el día un rato a mi tranquilidad.
Organizar racionalmente mi tiempo.
Factor IX. Satisfacción
Me siento feliz con mi trabajo.
Quisiera cambiar de profesión.
Quisiera cambiar de institución en la que trabajo.
Me siento feliz en mi hogar.
Factor X. Autoestima
Los problemas me afectan.
Puedo tomar una decisión fácilmente.
Me gustaría ser otra persona.
Soy una persona simpática.
Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo.
Soy popular entre las personas de mi edad.
Se tienen en cuenta mis sentimientos.
Me doy por vencido (a) fácilmente.
Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy.

La profesión de enfermería realiza una actividad muy antigua, pero con muy reciente soporte científico y profesional la de “CUIDAR”, en la cual existen algunos factores estresantes como:

1. características de la profesión de enfermera
2. características del trabajo clínico
3. el entorno y las características del desarrollo profesional dentro de la institución

1.6.1 CARACTERÍSTICAS DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERIA

La enfermería es una profesión de servicio humano, íntimamente relacionada con el proceso Salud - Enfermedad. La filosofía actual de la enfermera se basa en un concepto de salud holística, en el que se

interrelacionan en un todo elementos fisiológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales. Este último entendido, no solo como valor religioso, sino como filosofía de vida del individuo.

Históricamente se ha pretendido, que para desempeñar el papel de enfermera solo hace falta vocación, capacidad de servicio, abnegación y buen carácter. Tradicionalmente de la enfermera se espera tacto, simpatía, comprensión y, en ocasiones, servilismo. La valoración de su competencia científico-técnica se relegaba a un segundo término, como si fuese una profesión de segunda categoría.

Ha sido a finales del siglo XX cuando la enfermería ha alcanzado el rango de ciencia, en España es a finales de los años 70 cuando se establecen los estudios de enfermería como carrera universitaria de grado médico, considerándose desde entonces como Diplomados en enfermería. Hasta no hace mucho tiempo, el papel de la enfermera era ser auxiliar del médico, pero en el momento actual debe asumir las responsabilidades que su titulación le otorga, responsabilidades diferentes de las del médico, pero en absoluto subordinadas a él. Ambos forman parte de un equipo de trabajo con otros profesionales, cuyas relaciones se deben basar en el respeto mutuo y en la formación continua de todos los miembros del equipo de trabajo.

El hospital que es la organización social más compleja que ha existido en todos los tiempos, reflejo básico de la sociedad del bienestar, procura remediar el malestar de todos los seres humanos sin ninguna distinción de clase ni condición. La eficacia de esta organización tan compleja depende del logro de una buena comunicación entre todos los miembros involucrados en el desempeño de la asistencia sanitaria y social. Se trata de una organización en

la que existen diferentes puestos de trabajo, todos igualmente necesarios y valiosos para el logro de la excelencia en la Salud Pública.

A lo largo de la historia el concepto de Salud y Enfermedad ha evolucionado, al igual que las personas que sobre ellos han intervenido. Desde las sociedades arcaicas en que el sanador era el chamán, hechicero o brujo, hasta el momento actual en el que no existe un único sanador, sino un equipo multidisciplinario que, en ocasiones, tienen dificultades de relación como consecuencias de sus conflictos de rol. La identidad de rol laboral requiere contar con la suficiente competencia técnica en cuanto a conocimientos y habilidades específicas, así como la adecuada competencia psicosocial para conseguir:

1. una buena comunicación con el usuario y con los compañeros del equipo de trabajo.
2. y un suficiente autoconocimiento, así como de capacidades de autocontrol emocional y de autonomía personal.

Es necesario recordar que el comienzo de la enfermería se remonta a las congregaciones religiosas y militares de inicios de la Edad Media, quizá por ello resulta difícil aislarse de esas características serviles, de abnegación y de buen carácter. Aunque la enfermería se remonta a la época medieval, la actividad de cuidar ya se realizaba en las sociedades primitivas en las que la mujer ofrecía cuidados básicos encaminados a promover la adecuada higiene y alimentación. Con la llegada del cristianismo aparece la etapa vocacional, en la que una mujer consagrada es la que proporciona los cuidados basados en principios religiosos, ya que la salud tiene un valor religioso. En la etapa técnica, la salud

es entendida como lucha contra la enfermedad y, es en esta etapa, cuando se inicia el acceso de la enfermera al conocimiento y al saber; es el comienzo de la profesionalización. Es en la etapa científica cuando la enfermera se integra en la universidad adquiriendo los conocimientos, habilidades y actitudes para la práctica del cuidado.

Es en épocas recientes cuando la enfermera busca su sitio profesional dentro del equipo de salud, cuando se desarrollan teorías y modelos, se profesionaliza el cuidado y la salud es considerada como un equilibrio entre los individuos y su entorno social.

1.6.2 CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO DE ENFERMERIA

En cuanto a las características del trabajo clínico de una enfermera, podemos afirmar que su trabajo se desarrolla fundamentalmente cerca de la enfermedad, el sufrimiento humano, la invalidez y la muerte; pasando un gran número de horas con personas enfermas. Su asistencia clínica se basa en los conceptos centrales de: cuidado, persona, salud y entorno y la relación entre ellos confecciona el núcleo de la disciplina de enfermería.

El objeto de la disciplina de enfermería es el cuidado de la persona que, en interacción continua con el entorno, vive experiencias de salud-enfermedad. Según como se conciben los conceptos centrales de cuidado, persona, entorno y salud; así se realizará la práctica de enfermería en el día a día.

El concepto actual que el “pensamiento enfermero” tiene de la persona (interacción de todas las partes que configuran su unidad y no la suma de estas partes) no coincide con el que tiene el modelo asistencial sanitario (alteración de una parte de su cuerpo – enfermedad). Igualmente la concepción actual que la enfermera tiene de la salud (experiencia individual dinámica y multicausal de

un equilibrio biopsicosocial con relación a su entorno) tampoco coincide con los modelos asistenciales en los que la salud sigue siendo considerada, en su gran mayoría, como ausencia de enfermedad, y en la que aspectos psicológicos, sociales y del entorno en el que vive el individuo son muy poco valorados. Son hechos que impiden desarrollar el cuidado enfermero (aplicación metodológica y científica de los conocimientos, habilidades y actitudes para conseguir el máximo potencial del ser humano) puesto que valoran otros intereses basados más en la eficiencia. Tener tiempo para atender otros aspectos del enfermo supone un gran esfuerzo: hablar con él, proporcionarle seguridad, apoyo, ayuda, información, asesoramiento, etc. Esta es una tarea ardua y más cuando hay que mantener el mismo ritmo de tareas delegadas. La enfermera que quiere realizar bien su trabajo debe preocuparse de los aspectos físicos, psicológicos, espirituales y sociales de la persona y no de la simple aplicación de técnicas delegadas y actividades auxiliares.

Por otra parte, vivimos en un contexto sociocultural fracturado por múltiples crisis: demográfica, económica, de valores, de la familia y de la educación, por citar solo algunas. En este medio, las personas han podido llegar a dejar de creer en casi todo, pero cuando enferman, acuden a los centros sanitarios con enormes exigencias de resultados positivos, con expectativas a menudo poco realistas, y con una intensa desconfianza, consecuencias todas ellas de encontrarse en una situación de crisis personal y desamparo existencial, a causa de la enfermedad.

Las enfermeras, están constantemente confrontadas con la enfermedad y la muerte. Su trabajo incluye realizar tareas desagradables, como por ejemplo: curaciones de una herida infectada, cuidados postmortem, etc. La

identificación con los enfermos les produce intensos sentimientos de protección, pero cuando muere uno de ellos deben hacer también un trabajo de duelo para elaborar esta pérdida. Esta situación emocional dolorosa puede manifestarse por ejemplo a través de pesadillas, o a través de dudas sobre su variable dedicación a los enfermos según su gravedad, lo que indica la existencia de aspectos éticos y culturales.

En la intención de definir el cuidado, con el fin de entender la razón asistencial de la enfermera, nos tenemos que remontar a la definición que Henderson (1961) tiene sobre la función propia de la enfermera que, junto con los conceptos actuales ayudaría a definir el *cuidado* como: “aplicación metodológica y científica de los conocimientos, habilidades y actitudes a la persona, para conseguir su máximo potencial humano en la recuperación o promoción de la salud, en aquellas tareas que realizaría por sí mismo si tuviese energía, fuerza de voluntad o conocimientos necesarios”.

Según la American Nurses Association (1979), la disciplina de enfermería comprende el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas a los problemas relacionados con la salud, tanto existentes como potenciales. El cuidado enfermero se dirige a ayudar a regular estas respuestas humanas de la persona en su experiencia de salud. Las respuestas humanas son dinámicas, cambiando a medida que el enfermo y familia superan, en el mejor de los casos, la frontera existente entre la enfermedad y salud, o muerte en el peor de los casos. Durante un proceso asistencial el diagnóstico médico generalmente no varía, sin embargo las respuestas humanas pueden ser múltiples y varían según la etapa del proceso. Esta continua variación hace

necesario que la enfermera esté continuamente observando, valorando y modificando su actuación, de acuerdo con sus conocimientos.

En la interacción personal que caracteriza la relación enfermera-paciente, pueden distinguirse dos tipos de conductas: la *conducta instrumental* orientada a la tarea diagnóstica y terapéutica de la enfermedad, que requiere competencia instrumental del profesional sanitario; y la *conducta expresiva o social*, enfocada a las relaciones interpersonales, y que le demanda competencia psicosocial. Las conductas instrumental y expresiva son los dos componentes básicos de todas las profesiones asistenciales, de servicio o de ayuda. Tradicionalmente el rol de médico, ocupado preferentemente por hombres, se consolidó con la progresiva especialización instrumental, mientras que la profesionalización del rol de enfermera ocupado por mujeres, retuvo en su esencia la importancia de la competencia socio-emocional, asociando unas habilidades técnicas fundamentalmente auxiliares y delegadas.

Igualmente en la relación enfermera-paciente hay que tener presente la neutralidad afectiva y el control emocional. Para comprender las características del vínculo enfermera-paciente es necesario recurrir a los conceptos de relación primaria y secundaria. Las relaciones primarias se basan en la satisfacción de necesidades básicas cargadas de afectividad (relaciones paterno filiales). Las relaciones secundarias se establecen con un fin determinado, por lo general productivo, y en ellas la afectividad tiene un papel menos predominante (relaciones profesionales). En realidad no existen relaciones puramente primarias o secundarias, pero se hace necesario determinar cuál de las dos predomina en la relación enfermera-paciente.

El vínculo enfermera-paciente debe ser una relación predominantemente secundaria con características de relación primaria. El lazo que une a una enfermera con el paciente no es sólo la dolencia, sino la superación de la misma. El afecto y sobre todo las emociones que experimenta el paciente van a regular las características del vínculo regresivo que el paciente establece con la enfermera. Cuando la enfermera confunde la relación que tiene que establecer con el paciente queda expuesta a dos importantes riesgos que interfieren en su papel asistencial: quedar atrapada en las exigencias del paciente o afrontar con crudeza y rigidez la relación; en ambos casos la relación terapéutica desaparece.

Cada uno de los elementos que conforman la relación enfermera-paciente tiene expectativas, miedos y fantasías características. El paciente espera que le liberen del malestar o dolencia, a la vez que le ayuden a soportar la situación, que le permitan comunicar emociones y que le den un buen trato; pero también presenta miedos o fantasías. La enfermera desea ser útil, competente, valorada, profesional, etc., con miedos y fantasías como: hacer daño, no comprender al paciente, no saber satisfacer necesidades sobre todo las psicológicas, no saber reaccionar ante alguna situación, etc.

La exposición habitual de la enfermería al sufrimiento humano suele provocarle una reacción defensiva de distanciamiento emocional, para polarizarse en la tarea técnica orientada al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, con exclusión del propio paciente. Éste puede sentirse agredido por la aparente frialdad del profesional, y responde con desconfianza, mal cumplimiento terapéutico, quejas e incluso con demandas judiciales por mala práctica.

Los factores mencionados anteriormente constituyen una fuente importante de estrés laboral para la enfermera. Sin olvidar otros estresores como: tipo de pacientes atendidos, el contacto con el dolor y la muerte, la cronicidad de algunos procesos, el trabajo rutinario, tareas desagradables, atender simultáneamente a diferentes obligaciones, la dependencia que el paciente exige, presiones de tiempo para ejecutar sus tareas, identificación con el paciente, problemas éticos, valoración subjetiva de la demanda, papel intermediario entre paciente-médico-familia, el cuidado fragmentario de los pacientes, anonimato del cuidado, etc.

La enfermera tiene características profesionales que determinarán la forma de desarrollar su práctica diaria, así como los estresores que ello lleva implícito. Pero el cuidado clínico y profesional de una enfermera debe desarrollarse dentro de un entorno organizativo, ya sea hospitalario, extra-hospitalario, en visita domiciliaria, o en instituciones públicas o privadas.

1.6.3 CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO PROFESIONAL EN LA EMPRESA.

En este sentido se hace necesario enumerar las características del desarrollo profesional en la estructura organizativa y tener presente aspectos como las condiciones de trabajo, la organización laboral y el clima laboral.

Se consideran elementos estresantes la falta de desarrollo y crecimiento profesional dentro del equipo de trabajo, a causa de la escasa autonomía y participación en la toma de decisiones, las dificultades de comunicación entre los miembros del equipo asistencial o con otros servicios relacionados,

deficientes relaciones funcionales, el vivir en un entorno de presión amenazante (evaluación de la actividad, los familiares, compañeros, etc.), un trabajo rutinario y con diferentes líneas de autoridad, las situaciones de incertidumbre por falta de información, las órdenes de trabajo verbales, el escaso o nulo reconocimiento, agresiones verbales, etc. También deficientes condiciones ambientales de trabajo aumentan la presencia de estrés, tales como: insuficiente espacio, ruido, luz, calor y ventilaciones deficientes, riesgo físico, exposición a radiaciones y a materiales contaminantes, deficientes condiciones ergonómicas, aspectos arquitectónicos, etc. Por último un alterado clima laboral puede ser un factor estresante sobre todo si existen problemas con superiores, compañeros o subordinados y una falta de soporte con el equipo de trabajo.

La necesidad de dar cuidados permanentes las 24 horas del día a personas enfermas, conlleva una organización del tiempo de trabajo en diferentes turnos de cuidados de enfermería. La turnicidad es uno de los factores que condicionan la salud del profesional sobre todo hospitalario. Los turnos cambiantes no respetan el ritmo de la vida social y ello es más alarmante de lo que parece, no solamente a nivel psicofisiológico, sino también social. La enfermera con turno nocturno fijo, trabaja cuando la población duerme y duerme cuando los demás están en actividad laboral. Además sus días libres no coinciden con los del resto de la sociedad; ella trabaja cuando otros se divierten y viceversa. Esto provoca alteraciones en su vida de relación social, sociocultural o de diversión. Estas dificultades provocan un sentimiento de aislamiento social.

La Etiología del estrés laboral en el personal de enfermería es el resultado de un cúmulo de factores estresantes asociados en el desempeño de su profesión y que sobrepasan los recursos de afrontamiento personales. La enfermera vive de cerca la enfermedad, la invalidez, las necesidades del individuo, la muerte, el sufrimiento, etc. Mingote y Pérez (1999) mencionan que la adaptación del profesional de enfermería va a depender de los recursos de afrontamiento de que disponga como conocimientos, técnicas, habilidades o aptitudes instrumentales y actitudes en la relación humana.

Cualquier enfermera podría afirmar algunos hechos que condicionan su salud mental: la sobrecarga de trabajo le impide por ejemplo, desarrollar sus capacidades intelectuales. A ninguna enfermera se le escapan los riesgos que tiene su práctica profesional (lesiones de espalda, accidentes, contagio de enfermedades, etc.). Estas profesionales están lejos de alcanzar una suficiente autonomía profesional a pesar del desarrollo de su profesión en las últimas décadas. Además, es muy escasa su participación en la toma de decisiones en la asistencia clínica y en las instituciones sanitarias. Los salarios son bajos con pérdida gradual del estatus y de valoración social. La comunicación con el resto del personal es compleja y a menudo difícil de lograr en forma eficaz. Las relaciones interpersonales se deterioran como consecuencia de la excesiva carga de trabajo. Por último, una imagen social no clara e incluso deteriorada por los medios de comunicación, devalúan la identidad del rol profesional de la enfermera. Son múltiples los aspectos que condicionan el valor de un profesional en la sociedad y casi ninguno está relacionado con sus

conocimientos, destrezas o actitudes; ni con la necesidad que la población tenga de él.

Por otro lado los factores personales que pueden influir en la aparición de estrés laboral son: excesivas o inadecuadas expectativas sobre el trabajo, compulsión por el trabajo, hiperactividad, intolerancia al sufrimiento humano, conflictos interpersonales, carencia de soporte social, rasgos personales de introversión, obsesión o depresión, gran necesidad de reconocimiento y aprobación, rasgos de personalidad como neuroticismo o de conducta tipo A, ansiedad, etc.

Fuera del lugar de trabajo la mayor parte de las enfermeras tiene responsabilidades familiares y domésticas que con frecuencia entran en conflicto con sus funciones profesionales. En especial el cuidado de los hijos menores de edad representa una importante fuente de estrés para muchas madres enfermeras.

Una vez que hemos entendido lo que significa el estrés, sus fases, la reacción fisiológica y además las características de la población en estudio es decir actividades, funciones y lugar de trabajo ahora es necesario que requisitos debe cubrir nuestro instrumento para poder determinar si es Confiable y por consecuencia Valido para medir el estrés.

CAPITULO 2

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

Antes de que una prueba pueda utilizarse con cierta seguridad, debe obtenerse información acerca de su confiabilidad y validez por lo que a sus propósitos específicos concierne.

2.1 CONFIABILIDAD:

Ningún instrumento psicológico puede considerarse de valor a menos que sea una medida consistente, o confiable. En consecuencia, unas de las primeras cosas que será necesario determinar acerca de una prueba de elaboración reciente es si resulta lo suficientemente confiable como para medir lo que fue diseñado para medir. Si, en ausencia de cualquier cambio permanente en una persona debido al crecimiento, aprendizaje, a alguna enfermedad o lesión, las puntuaciones en una prueba varían con la ocasión o la situación, es probable que la prueba no sea lo suficientemente confiable como para ser usada en describir y evaluar a la gente y hacer predicciones sobre su conducta. Hablando en términos estrictos, más que ser una característica de una prueba, la confiabilidad es una propiedad de las puntuaciones obtenidas cuando se administra la prueba a un grupo particular de personas en una ocasión particular y bajo condiciones específicas (Thompson, 1994).

2.1.1 TEORÍA CLÁSICA DE LA CONFIABILIDAD

En la teoría clásica de los tests se supone que la calificación observada de una persona en una prueba está compuesta por una puntuación “real” más

algún error no sistemático de medición. La puntuación “real” de una persona en una prueba particular se define como el promedio de las puntuaciones que obtendría si presentara la prueba un número infinito de veces. Es obvio que la puntuación real de una persona nunca puede medirse de manera exacta; tiene que ser estimada a partir de su puntuación observada en la prueba. También se asume en la teoría clásica de los tests que la varianza de las puntuaciones observadas (s^2_{obs}) de un grupo de personas es igual a la varianza de sus puntuaciones reales (s^2_{rea}) más la varianza debida a los errores no sistemáticos de medición (s^2_{err}):

$$S^2_{obs} = s^2_{rea} + s^2_{err}$$

Entonces la confiabilidad (r_{11}) de las calificaciones se define como la razón de la varianza de la calificación real con la varianza de la calificación observada, o la proporción de la varianza observada que es explicada por la varianza real:

$$r_{11} = \frac{S^2_{tru}}{S^2_{obs}}$$

La proporción de la varianza observada explicada por la varianza de error o que no se explica por la varianza real puede determinarse a partir de las fórmulas anteriores como:

$$\frac{S^2_{err}}{S^2_{obs}} = 1 - r_{11}$$

La confiabilidad de un conjunto de calificaciones en una prueba se expresa como un número decimal positivo que fluctúa entre .00 y 1.00. Una r_{11} de 1.00 indica una confiabilidad perfecta y una r_{11} de .00 indica una falta absoluta de confiabilidad de la medición. Como la varianza de las calificaciones reales no puede calcularse de manera directa, la confiabilidad se estima analizando los efectos de variaciones en las condiciones de la administración y el contenido de la prueba en las calificaciones observadas. Como se dijo antes, la confiabilidad no es influida por cambios sistemáticos en las calificaciones que tienen un efecto similar en todos los examinados, sino sólo por cambios no sistemáticos que tienen efectos diferentes en personas distintas. Dichos factores no sistemáticos influyen en la varianza de error y, por lo tanto, en la confiabilidad de las calificaciones de la prueba. Cada uno de los diversos métodos para estimar la confiabilidad (test-retest, formas paralelas y consistencia interna) toma en consideración los efectos de circunstancias algo diferentes que pueden producir cambios no sistemáticos en las puntuaciones y, por ende, afectan la varianza de error y el coeficiente de confiabilidad.

2.1.2 COEFICIENTE DE CONSISTENCIA INTERNA

Se dispone de formas paralelas para una serie de pruebas, en particular para pruebas de habilidad (aprovechamiento, inteligencia, aptitudes especiales). Sin embargo, una forma paralela de una prueba a menudo es costosa y difícil de elaborar. Por esta razón se elaboró un método menos directo de tomar en cuenta los efectos de diferentes muestras de los reactivos de una prueba sobre la confiabilidad.

Éste es el método de consistencia interna, que incluye el método de división por mitades de Spearman, las fórmulas de Kuder-Richardson y el coeficiente alfa de Cronbach (1951).

COEFICIENTE ALFA α . El coeficiente alfa se define como:

$$\text{ALFA } \alpha = \frac{k (1 - \sum s_i^2 / s_t^2)}{k - 1}$$

donde k es el número de reactivos, s_i^2 la varianza de las calificaciones en el reactivo i , y s_t^2 la varianza de las calificaciones totales de la prueba. Las fórmulas Kuder-Richardson sólo son aplicables cuando los reactivos de la prueba se califican con 0 o 1, pero el coeficiente alfa es una fórmula general para estimar la confiabilidad de una prueba que consta de reactivos en los cuales pueden asignarse calificaciones de distinto peso a respuestas diferentes.

Todos los procedimientos de consistencia interna (división por mitades, Kuder-Richardson, coeficiente alfa) sobreestiman la confiabilidad de las pruebas de velocidad. En consecuencia, deben modificarse para proporcionar estimaciones razonables de confiabilidad cuando la mayoría de los examinados no termina la prueba en el tiempo permitido. Para ello, una posibilidad consiste en aplicar las dos mitades de la prueba en momentos diferentes, pero con límites de tiempo iguales. Se calcula entonces la correlación entre las calificaciones de las dos mitades cronometradas por separado y los coeficientes resultantes se corrigen con la fórmula de Spearman-Brown. También pueden usarse los procedimientos de test-retest y de formas paralelas para estimar la confiabilidad de las prueba de velocidad.

2.2 VALIDEZ:

La validez se ha definido como el grado en que una prueba mide lo que está diseñada para medir. Una ventaja de esta definición es la implicación de que una prueba sólo tiene una validez, la cual supuestamente es establecida por un solo estudio para determinar si la prueba mide lo que se supone debe medir. En realidad, una prueba puede tener muchas clases de validez, dependiendo de los propósitos para los cuales fue diseñada, la población objetivo, las condiciones en que se aplica y el método para determinar la validez.

Los métodos por los cuales puede determinarse la validez incluyen:

- Analizar el contenido de la prueba
- Calcular la correlación entre las calificaciones de la prueba y las calificaciones en el criterio de interés
- Investigar las características psicológicas particulares o constructor medidos por la prueba.

Todos estos procedimientos son útiles en la medida que mejoran la comprensión de lo que mide una prueba y proporcionan información para tomar decisiones sobre la gente. También puede ser de interés evaluar la validez creciente de una prueba, es decir, qué tanto añade la prueba a la predicción y comprensión de los criterios que ya son anticipados por otras medidas.

A diferencia de la confiabilidad, la cual es influida sólo por los errores no sistemáticos de medición, la validez de una prueba es afectada tanto por los errores no sistemáticos como por los sistemáticos (constantes). Por esta razón, una prueba puede ser confiable sin ser válida, pero no puede ser válida sin ser confiable. La confiabilidad es una condición necesaria, pero no suficiente, para la validez.

2.2.1 VALIDEZ DE CONSTRUCTO. La validez de constructo de un instrumento de evaluación psicológica se refiere al grado en que el instrumento mide un constructo particular, o concepto psicológico como la ansiedad, la motivación para el logro, la extroversión o el neuroticismo. La validez de constructo, que es el tipo más general de validez, no se determina de una sola manera o por una investigación. Más bien involucra una red de investigaciones y otros procedimientos diseñados para determinar si un instrumento de evaluación que supuestamente mide una determinada variable de personalidad en realidad lo hace.

EVIDENCIA A FAVOR DE LA VALIDEZ DE CONSTRUCTO. Entre las fuentes de evidencia a favor de la validez de constructo de una prueba se encuentran las siguientes:

- 1) Los juicios de los expertos de que el contenido de la prueba corresponde al constructo de interés.
- 2) Análisis de la consistencia interna de la prueba.
- 3) Estudios, tanto en grupos formados de manera experimental como en grupos que se presentan de manera natural, de las relaciones entre las puntuaciones de la prueba y otras variables en las cuales difieren los grupos.
- 4) Correlaciones de las puntuaciones en la prueba con las puntuaciones en otras pruebas y variables con las cuales se espera que tengan cierta relación, seguidas por un análisis factorial de esas correlaciones.
- 5) Interrogar con detalle a los examinados o a los calificadores acerca de sus respuestas a una prueba o escala de calificación para revelar los

procesos mentales específicos implicados al dar respuesta a los reactivos.

Como lo revela esta lista, varios tipos de información contribuyen al establecimiento de la validez de constructo de un instrumento psicométrico. La información puede obtenerse de análisis racionales o estadísticos de las variables evaluadas por el instrumento y por estudios de su capacidad para predecir la conducta en las situaciones en que opera el constructo.

Teniendo como base toda la problemática expuesta con anterioridad, la cuál nos muestra que el estrés es cada vez más frecuente en los profesionales de la salud, específicamente en las enfermeras y que pesar de que es imprescindible resolverlo con la mayor prontitud posible, todavía no se cuenta con un instrumento válido que determine la presencia o no de estrés y por lo tanto no se puede proponer un plan de acción orientado a atenderlo en sus etapas iniciales, mejorando con esto la salud del trabajador y reflejando por lo tanto una mejor calidad de atención. Es por ello que de manera personal queremos validar *The Nursing Stress Scale* para la población mexicana y contar con un instrumento válido y confiable y así poder atender de manera segura y eficaz el problema del estrés en este grupo de la población.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- En nuestra búsqueda por encontrar un instrumento que fuera no sólo fácil en su aplicación, sino también de bajo costo y con resultados pronto encontramos que la Escala “The Nursing Stress Scale”, ha sido ya aplicada en un par de ocasiones a enfermeras mexicanas pero con

muestras no significativas estadísticamente por lo que nos dimos a la tarea de corroborar su validez en una muestra mayor (300 enfermeras) para poder utilizar ya de manera confiable este instrumento y para poder detectar, prevenir y tratar el estrés, mejorando las condiciones laborales, personales y sociales de este grupo. Llevándonos a la siguiente pregunta:

- ¿Es la Escala “The Nursing Stress Scale” un instrumento válido y confiable para la evaluación del estrés en el personal de Enfermería?

JUSTIFICACIÓN

Es bien sabido que el estrés laboral cada vez es más frecuente, sobre todo en profesionales de la salud, debido a causas multifactoriales, entre las cuales se encuentran: características personales, ambiente laboral y tipos de tareas a realizar, etc.

Sin embargo, pese a que se tiene identificado el problema del estrés laboral, no se cuenta con instrumentos confiables y válidos para la cultura mexicana que puedan detectar en etapas tempranas este problema y dar un tratamiento adecuado, pero además que sirva como medida preventiva para evitar el Síndrome de Burnout.

Es por eso que es nuestro interés poder contar con un instrumento válido, de fácil aplicación, a bajo costo, que permita identificar de una manera rápida y sencilla factores de riesgo en el personal de Enfermería.

MÉTODO

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Validar la escala "The Nursing Stress Scale" para su correcto uso y aplicación a enfermeras de la ciudad de México, aportando de esta manera un instrumento útil para la detección de estrés, para su posterior tratamiento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Adaptar la escala "The Nursing Stress Scale" de Gray-Toft. y Anderson (1981).
- Explorar las características psicométricas, de la versión en español elaborada para este estudio de dicha escala.
- Obtener las normas de calificación para la correcta interpretación de los resultados de la escala.

HIPÓTESIS

- La Escala "The Nursing Stress Scale" es un instrumento válido y confiable para la evaluación del estrés en el personal de Enfermería

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio fue básicamente descriptivo buscando especificar las propiedades del instrumento sometido a análisis. Se evaluaron aspectos como la capacidad de discriminación de los reactivos, la validez de constructo y la consistencia interna de la escala (Kerlinger, 1988).

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un Diseño Transversal el cual estudió una muestra de 300 enfermeras que laboraban en los tres turnos del Hospital, en un momento dado, es decir, se evaluaron en una sola ocasión.

VARIABLES

Variable Independiente: Cuestionario “The Nursing Stress Scale”

Variable Dependiente: Las diferentes respuestas de cada persona ante el cuestionario.

Variables Predictivas: Sexo, edad, escolaridad, turno, estado civil, antigüedad en la institución y servicio.

MUESTRA

Se utilizó un muestreo no probabilístico, debido a que es el más aceptable en proyectos de investigación clínica.

Los criterios para la selección de los sujetos fueron: ser enfermera, laborar en el Hospital Infantil de México, desempeñar sus funciones en los tres turnos (matutino, vespertino y nocturno) y acceder a contestar la escala.

ESCENARIO

La aplicación de la escala se llevo a cabo específicamente en cada uno de los servicios de esta institución, los cuales contaron con buenas condiciones de ventilación e iluminación.

INSTRUMENTO

La escala NSS consta de 34 reactivos que describen distintas situaciones potencialmente causantes de estrés en el trabajo desempeñado por el personal de Enfermería en una institución. Estos reactivos han sido agrupados en siete factores; uno de ellos 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 los médicos y problemas con otros miembros del equipo de Enfermería). En cada reactivo, las posibles respuestas son: nunca (0), a veces (1), frecuentemente (2) y muy frecuentemente (3). Sumando las puntuaciones obtenidas en cada uno de ellos se obtienen un índice global cuyo rango se encuentra entre 0 y 102, de forma que a mayor puntuación mayor nivel de estresores. Se trata de una escala de auto administración cuya contestación se realiza aproximadamente en 10 minutos.

Para la adaptación cultural de la escala NSS se utilizó el método de traducción-retrotraducción. La escala original tiene 3 versiones traducidas al castellano, de forma totalmente independiente. La escala original fue traducida al castellano, de forma totalmente independiente, por dos personas bilingües (enfermeras hospitalarias de origen español y que habían residido en Estados Unidos). A una de las traductoras se le dio una breve explicación de las características y utilidad de la escala. A ambas traductoras se les indicó que las traducciones deberían ser semánticas y no literales, buscando la equivalencia conceptual e idiomática. Junto con la traducción de cada ítem, se les pidió que puntuasen la dificultad que habían tenido en encontrar una

expresión en castellano conceptualmente equivalente a la original. Para ello se utilizó una escala numérica del 0 al 10, de forma que el 0 equivalía a ninguna dificultad y el 10 a mucha dificultad. Posteriormente, se realizó una primera revisión por parte del equipo investigador para detectar posibles errores o interpretaciones divergentes en ítems ambiguos de la versión original.

A continuación se llevó a cabo la retrotraducción al inglés de las dos versiones en castellano, en la que participaron dos traductores bilingües de origen norteamericano y que residían en España. Los traductores desconocían la versión original y realizaron su trabajo de forma totalmente independiente. Asimismo, puntuaron en cada uno de los ítems, en una escala del 0 al 10, la dificultad que habían tenido en lograr una expresión en inglés conceptualmente equivalente.

El equipo investigador, junto con la totalidad de los traductores, realizó una segunda revisión valorando la equivalencia con la versión original. Los ítems fueron clasificados según la dificultad encontrada para obtener una expresión en castellano conceptualmente equivalente a la original (ninguna/moderada/alta). Se obtuvo una primera versión en castellano de la escala (versión 1.0) en la que varios ítems presentaban dos o más versiones alternativas. En el caso de los ítems problemáticos (dificultad moderada o alta) se realizó una nueva traducción por un traductor bilingüe distinto de los anteriores. Asimismo, aquellos que presentaban problemas en la interpretación del contenido fueron discutidos por el equipo de investigación con uno de los autores de la escala original (Anderson). Se llegó así a una nueva versión en castellano de la escala que todavía contenía algunos ítems con diversas expresiones posibles (versión 2.0).

De forma paralela al proceso de traducción-retrotraducción, y con el fin de valorar la pertinencia de cada ítem de la escala original en nuestro medio y/o la necesidad de añadir aspectos o dimensiones no contemplados en la escala, se realizaron dos grupos de discusión. El primer grupo estaba compuesto por enfermeras/os (8 participantes) y el segundo por auxiliares de enfermería (8 participantes), pertenecientes a diversos hospitales generales públicos de la ciudad de Valencia y dentro de ellos a una amplia gama de servicios. Se excluyó el personal de Dirección de Enfermería, los supervisores y las especialidades de enfermería (matronas, fisioterapeutas, etc.). Un miembro del equipo investigador estableció un primer contacto telefónico con cada uno de los participantes para explicarles de forma muy general el motivo de la reunión ("hablar sobre el trabajo de enfermería"), así como el lugar, el día y la hora en que se realizaría. En ambos casos el grupo fue guiado por un moderador asistido por un ayudante, pertenecientes ambos al equipo investigador. Para ello, se elaboró previamente un guión con preguntas abiertas sobre factores causantes de estrés en el trabajo de enfermería, extraídos de la literatura revisada y contenidos o no en el NSS. La duración aproximada de las reuniones fue de hora y media a dos horas, grabándose en su totalidad para poder ser transcritas posteriormente. En base a las transcripciones y a las anotaciones tomadas por el moderador y el ayudante, se realizó el análisis del discurso producido y la elaboración de las conclusiones en función del objetivo del estudio y del guión preestablecido.

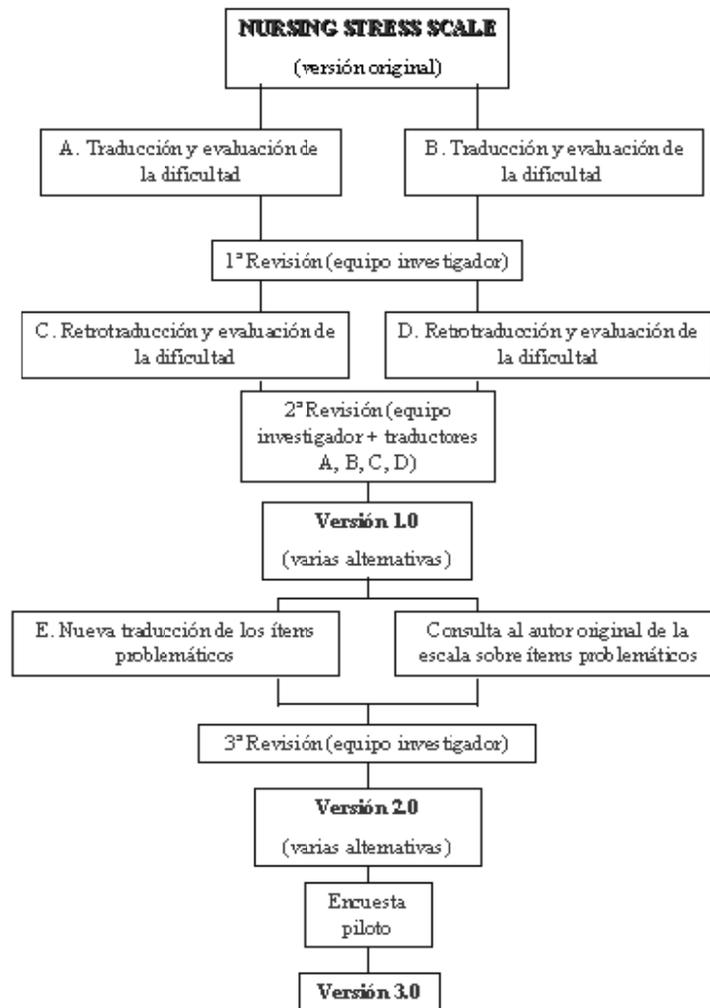
Finalmente, se realizó una prueba piloto en un grupo de 20 enfermeras y auxiliares de enfermería de un hospital, con el fin de valorar la comprensión de la formulación de los ítems y la importancia de cada uno de ellos en nuestro

contexto cultural. Al cumplimentar la escala, debían asignar una respuesta a cada uno de los ítems en la escala tipo Likert propuesta (nunca (0), a veces (1), frecuentemente (2), muy frecuentemente (3)), valorando si el rango de respuestas era el adecuado. Además, en los ítems en los que existían diversas alternativas, se les pedía que eligieran la que les resultase más adecuada y en el caso de no satisfacerles ninguna que propusieran una nueva expresión. Asimismo, en determinados ítems, se les indicó que explicasen con sus propias palabras las situaciones descritas en ellos. Por último, se les preguntó si en su opinión habría que añadir a la escala algún otro factor causante de estrés en el trabajo y no contemplado por la misma.

Tras la realización de la prueba piloto y una vez introducida las modificaciones sugeridas por los encuestados, se obtuvo la versión definitiva en castellano (versión 3.0) de la escala de medida de estresores laborales en el personal de Enfermería en un centro hospitalario, como se muestra en la figura 2.

Figura 2.

Etapas seguidas en el proceso de Traducción - Retrotraducción de la escala Nursing Strees Scale



Es ésta última versión la que tomaremos para realizar la investigación acerca de la validación de dicho instrumento.

PROCEDIMIENTO

Tomando en cuenta la última versión del cuestionario “The Nursing Stress Scale” en español, se dio a revisar a 10 jueces (psicólogos y/o profesores de la Facultad de Psicología), familiarizados con el tema de Estrés, para conocer la claridad de los reactivos y una vez aprobada se aplicó la prueba piloto a un total de 175 enfermeras.

Se procedió a pedir autorización por escrito a la Institución donde se llevó a cabo la investigación, explicando el objetivo del presente trabajo y haciendo énfasis en el interés por desarrollar un plan de tratamiento para el personal de Enfermería de acuerdo a los resultados que se obtengan.

A las enfermeras que participaron, se les dio una carta de consentimiento informado, donde se expuso la finalidad de la investigación y donde quedó constatado que la información se manejaría de forma confidencial y para fines de investigación. Además se les informó la manera de contestar la escala, con el fin de evitar la ambigüedad de los reactivos. Como se mencionó previamente la selección de sujetos fue por medio del muestreo no probabilístico, es decir, por criterio. Los criterios de selección fueron: ser enfermeras de la institución, desempeñar sus actividades en los tres turnos (matutino, vespertino y nocturno) así como acceder voluntariamente a contestar la escala.

En la parte superior de la primera página de la escala, se solicitaron los siguientes datos: edad, sexo, categoría y antigüedad en la institución. Las

aplicaciones se llevaron a cabo en cada uno de los servicios donde realizaban sus actividades diarias.

Se procedió a la codificación de los inventarios y al procesamiento de datos mediante el SPSS (Statistical Package for Social Science, version 12.0).

RESULTADOS

La muestra que se utilizó para contestar el instrumento fueron enfermeras (os), que laborarán en el Hospital Infantil de México, que se encontrarán laborando en cualquiera de los tres turnos (matutino, vespertino y nocturno) y que estuvieran de acuerdo en contestar el instrumento.

El análisis de la capacidad discriminativa de cada reactivo se realizó mediante la prueba *t*. Para tal efecto se conformaron dos grupos de puntajes totales, 20% bajos (58.20) y 20% altos (86.80). Las medias de las respuestas a cada reactivo en tales grupos de puntajes fueron comparadas para determinar el poder discriminativo de los reactivos. Se obtuvo un valor *t* por reactivo considerando los 34 reactivos del instrumento (véase tabla 3).

Tabla 3.

Puntajes T obtenidos por cada reactivo de la Escala The Nursing Stress Scale.

Reactivo	<i>T</i>	Grados de libertad	Significancia
R1	-3,734	71	0
R2	-3,064	71	0.003
R3	-4,565	71	0
R4	-7,558	71	0

R5	-6,094	71	0
R6	-5,327	71	0
R7	-5,682	71	0
R8	-8,469	71	0
R9	-6,646	71	0
R10	-10,314	71	0
R11	-5,016	71	0
R12	-7,280	71	0
R13	-9,417	71	0
R14	-7,464	71	0
R15	-9,165	71	0
R16	-6,462	71	0
R17	-8,855	71	0
R18	-9,051	71	0
R19	-7,561	71	0
R20	-9,249	71	0
R21	-10,304	71	0
R22	-3,635	71	0.001
R23	-9,200	71	0
R24	-7,760	71	0
R25	-8,855	71	0
R26	-6,300	71	0
R27	-6,501	71	0
R28	-10,146	71	0
R29	-5,193	71	0
R30	-9,820	71	0
R31	-8,178	71	0
R32	-9,378	71	0
R33	-8,166	71	0
R34	-8,278	71	0

Se calculó el coeficiente alfa de Cronbach para el inventario, como se muestra en la tabla 4.

Tabla 4.

Alfa de Cronbach para cada reactivo

Reactivos	Alfa de Cronbach
R1	0.9262
R2	0.9261
R3	0.9254
R4	0.9238
R5	0.9249
R6	0.925
R7	0.9251
R8	0.9236
R9	0.9246
R10	0.9221
R11	0.9252
R12	0.9241
R13	0.9232
R14	0.9232
R15	0.9231
R16	0.925
R17	0.9222
R18	0.9231
R19	0.9239
R20	0.9235
R21	0.9228
R22	0.9258
R23	0.9231
R24	0.9237
R25	0.9237
R26	0.9241
R27	0.9249
R28	0.9228
R29	0.9249
R30	0.9228
R31	0.9236
R32	0.9234
R33	0.923
R34	0.9232
ALFA =.926	

APLICACIÓN DEL INVENTARIO AL GRUPO NORMATIVO

En esta última fase se siguió el mismo procedimiento para la aplicación, selección de sujetos y procesamiento de datos. Este grupo estuvo conformado por 300 enfermeras y cuyos datos generales se detallan a en las tablas 5 y 6 así como en la gráfica 1.

Sexo	
	Frecuencia
Femenino	280
Masculino	20
Total	300

Tabla 5.

Categoría desempeñada por el personal de Enfermería sujeta a estudio.

CATEGORÍA	FRECUENCIA
Enfermera General Titulada "A"	196
Enfermera General Titulada "B"	25
Enfermera General Titulada "C"	38
Enfermera Especialista "A"	12
Enfermera Especialista "B"	2
Enfermera Especialista "C"	1
Enfermera Jefe de Servicio	8
Enfermera Técnica	14
Enfermera Quirúrgica	4
TOTAL	300

Gráfica 1

Antigüedad en el Hospital del personal de Enfermería sujeta a estudio

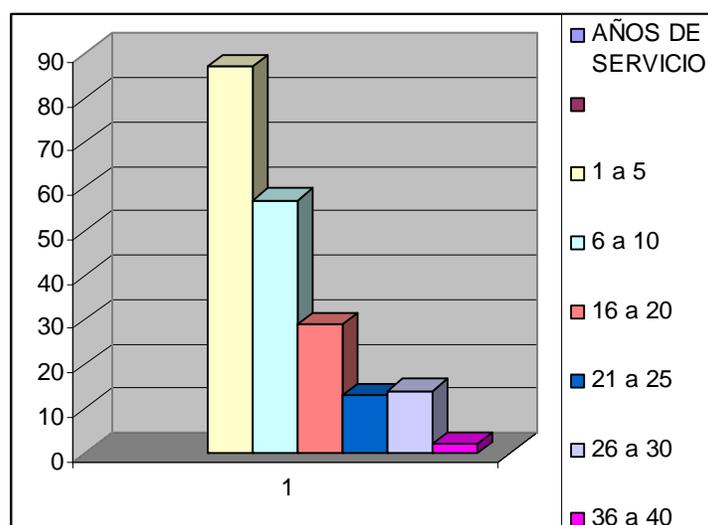


Tabla 6

Área de Servicio del Personal de Enfermería que participó en el estudio

Área de Servicio	Frecuencia
Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica	12
Inmunocomprometidos	27
Operaciones centrales	30
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	24
Cirugía General	19
Pediatría III y IV	39
Ortopedia	13
Terapia de Urgencias	17
Terapia Intermedia	12
Quimioterapia	3
Cirugía de Especialidades	21
Pediatría I y II	16
Terapia Quirúrgica	14
Nefrología	17
Recuperación de Estudios Ambulatorios	8
Epidemiología	4
Consulta Externa	24
Total	300

El cálculo de los coeficientes alfa de Cronbach y de consistencia interna se puede ver en la Tabla 7.

Tabla 7

Estadísticos total – elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
R1	72.34	219.383	.926
R2	72.81	223.211	.926
R3	72.07	216.356	.924
R4	72.00	215.742	.924
R5	72.69	217.940	.925
R6	72.58	217.328	.925
R7	72.67	217.284	.925
R8	72.23	214.673	.924
R9	72.99	219.278	.925
R10	72.46	213.654	.923
R11	72.86	218.696	.925
R12	72.19	214.703	.924
R13	72.38	213.119	.924
R14	72.57	216.889	.924
R15	72.49	214.993	.924
R16	72.88	218.184	.925
R17	72.60	216.415	.924
R18	72.61	218.527	.925
R19	72.64	214.993	.923
R20	72.23	212.153	.924
R21	71.89	213.155	.922
R22	72.89	220.283	.926
R23	72.56	215.779	.924
R24	72.73	217.281	.925
R25	72.49	213.843	.924
R26	72.58	217.295	.924
R27	72.02	214.461	.925
R28	72.06	213.428	.923
R29	73.01	219.244	.925
R30	72.22	213.525	.923
R31	72.40	214.957	.924
R32	72.59	216.223	.924
R33	72.49	214.732	.923
R34	71.76	214.198	.924

ALFA=.926

Se realizó un análisis factorial para cada reactivo, con el método de factores principales y rotación de varianza máxima (ortogonal) como lo sugieren Futch, Scheirer y Lisman (1982). Finalmente se obtuvieron las frecuencias de los puntajes brutos. Estos últimos fueron convertidos a calificaciones estandarizadas y con ellas se elaboraron los cuadros de normas.

Reactivos con mayor puntaje

Las personas que contestaron el inventario dieron mayor puntaje a los reactivos que se presentan en la tabla 8.

Tabla 8

Reactivos de la Escala que presentaron mayor puntaje.

Reactivo	Puntaje
34. Falta de personal para cubrir adecuadamente el servicio	873
21. Ver a un paciente sufrir	833
4. Sentirse impotente ante un paciente que no mejora	799
27. Realizar demasiadas tareas que no son de enfermería	794
28. No tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente	782
3. Realización de cuidados de Enfermería que resultan dolorosos para los pacientes	778
12. Muerte de un paciente con quien has llegado a tener una relación estrecha	743
30. No tener tiempo suficiente para realizar todas mis tareas de enfermería	733
8. La muerte de un paciente	731
20. Pasar temporalmente a otros servicios con falta de personal	730

Los reactivos 34, 28, 21 y 20 fueron también los más puntuados en la prueba piloto. Los reactivos 34 y 20 hacen referencia al ámbito laboral, específicamente a la falta de personal, lo que nos lleva a confirmar lo observado durante las aplicaciones del inventario tanto en la prueba piloto como en la normativa, evidenciando la forma en como tienen que realizar sus tareas de manera rápida, sin pausas, no permitiéndoles relacionarse afectivamente con su grupo de trabajo, dando como resultado un agotamiento observable al final de su jornada.

Los reactivos 21 y 28 hacen referencia al ámbito emocional, específicamente al relacionado con el paciente, dándonos pauta de que para el personal de enfermería no sólo es importante realizar sus cuidados específicos para cada paciente, sino que además consideran un aspecto importante el apoyo emocional al paciente pediátrico, sin embargo dan mayor relevancia al aspecto físico, debido al tiempo y a la organización de la jornada laboral.

NORMAS E INTERPRETACIÓN DE LOS PUNTAJES

Los puntajes del instrumento “The Nursing Stress Scale”, variaron en un rango de 39 a 117, obteniendo una media de 74 y una desviación estándar de 15. Con base en los puntajes, sus medias y sus desviaciones, se obtuvieron las calificaciones estándar (calificaciones T) según el procedimiento que describe Brown (1976). A partir de ellas se elaboró el cuadro normativo que se presenta a continuación en el Cuadro 1.

El estrés influye de manera importante en el desarrollo laboral y personal del individuo, reflejándose directamente en la incapacidad de reaccionar de manera adecuada a situaciones propias de su estilo de vida, para lo cual sería

indispensable el manejo del estrés desarrollando habilidades de afrontamiento (técnicas de relajación, actividades físicas y artísticas y apoyo psicológico), esperando una mejor adaptación al medio en el que se desarrolla cotidianamente.

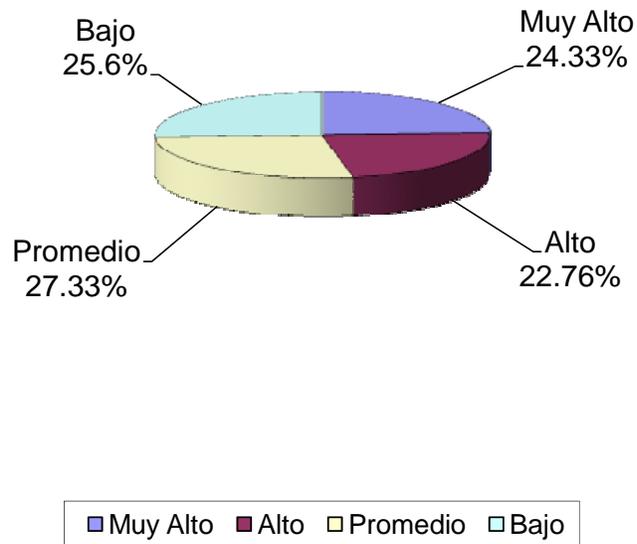
Partiendo de lo anterior, y considerando la proporción de personas del grupo normativo clasificadas en niveles por encima del promedio (47%) y de probabilidad de respuesta inferiores al promedio (25.6%), puede afirmarse que un número importante de enfermeras (os) podrían mejorar su capacidad de adaptación al medio desarrollando las habilidades descritas anteriormente, como se presenta en la Gráfica 2.

Cuadro 1. Normas del instrumento “The Nursing Stress Scale” para población del Hospital Infantil de México

Puntajes Brutos	Calificaciones T	Nivel
117 en adelante	79	Muy Alto
115 – 116	77	
113 – 114	76	
111 – 112	75	
109 – 110	73	
107 -108	72	
105 – 106	71	
103 – 104	69	
101 – 102	68	
99 – 100	67	
97 – 98	65	
95 – 96	64	
93 – 94	63	
91 – 92	61	
89 – 90	60	
87 – 88	59	
85 – 86	57	
83 – 84	56	Alto
81 – 82	55	
79 – 80	53	
77 -78	52	
75 – 76	51	
73 – 74	49	

71 – 72	48	Promedio
69 – 70	47	
67 – 68	45	
65 – 66	44	
63 – 64	43	Bajo
61 – 62	41	
59 – 60	40	
57 – 58	39	
55 – 56	37	
53 - 54	36	
51 – 52	35	
49 – 50	33	
47 – 48	32	
45 – 46	31	
43 - 44	29	
41 - 42	28	
39 – 40	27	

Gráfica 2
Porcentajes de personas en los niveles de estrés



Como se muestra en la gráfica 2 los porcentajes referentes a las etiquetas promedio y alto fueron ligeramente superiores (50%), en comparación con los niveles bajo y alto (49%), estos resultados muestran la tendencia a padecer estrés por parte de las enfermeras.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como ha podido apreciarse, el cuestionario "The Nursing Stress Scale" de Gray-Toft y Anderson (1981) posee una estructura homogénea y consistente (alfa = .926), a partir de esto puede decirse que los reactivos del instrumento miden estrés. Al comprobar que este instrumento es capaz de proporcionar medidas consistentes, se abre la posibilidad de relacionar los puntajes del inventario con otras variables con un buen grado de confianza.

Sin embargo, aunque basamos este estudio en la versión propuesta por Gray-Toft y Anderson (1981) no podemos hacer comparaciones con su investigación, debido a que su muestra no es significativa estadísticamente hablando (20 enfermeras).

Los reactivos que presentaron mayor puntaje fueron: ver a un paciente sufrir (21), muerte de un paciente con quién has llegado a tener una relación estrecha (12), la muerte de un paciente (8), realización de cuidados de enfermería que resultan dolorosos para los pacientes (3), sentirse impotente ante un paciente que no mejora (4), los cuales están relacionados con el factor I Agonía y Muerte descritos por Sánchez y Cassals (2005), falta de personal para cubrir adecuadamente el servicio (34), no tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente (28), no tener tiempo suficiente para realizar todas mis tareas de enfermería (30), éstos reactivos están relacionados con el factor VI Carga de Trabajo.

No es de extrañar que la preocupación mayor de la enfermería estuviera relacionada con la agonía y la muerte de los pacientes.

La motivación de preservar la vida y evitar el sufrimiento es la más importante expectativa de la profesión por lo que en términos del estrés esta preocupación se produce como resultado de las diferencias entre la posibilidad y la realidad (Lazarus, 1993).

Esta información resulta importante para el diseño de programas de entrenamiento. Es evidente, la pertinencia de incluir y de hacer énfasis en ejercicios para la adquisición de respuestas adaptativas en situaciones como las que describen los reactivos marcados con mayor frecuencia.

Las normas elaboradas son un marco de referencia para la interpretación de los puntajes individuales. Esto hará posible la comparación interindividual con base en criterios acordes a la distribución de la variable estrés en la población estudiada.

Una de las pretensiones del presente estudio ha sido hacer aportaciones para subsanar la carencia de información acerca de las características psicométricas de uno de los instrumentos poco conocido en nuestro país en trabajos de investigación para evaluar el estrés en el personal de enfermería.

Aunque se han obtenido evidencias que apoyan tanto la validez como la confiabilidad del inventario, debe considerarse también que ésta ha sido la primera aplicación a una muestra mexicana estadísticamente significativa (300 enfermeras), por lo que podemos afirmar que los resultados pueden variar de acuerdo a el contexto socio cultural en el que se aplique.

Sin embargo este es el inicio a posteriores investigaciones con el objetivo de lograr la utilización de este inventario de manera confiable a todo el personal de enfermería.

Dada la naturaleza de la medición psicológica, ningún instrumento psicométrico está completamente exento de los errores de medición. Perder de vista este planteamiento puede llevar a la inadecuada interpretación y manejo de la información que estos instrumentos aportan. Tomar decisiones importantes a partir únicamente del puntaje obtenido en cualquier prueba, es tan riesgoso como irresponsable. El uso adecuado de los instrumentos de evaluación debe considerar el hecho de que estos son auxiliares de trabajo y que por sí solos no formularán nunca un diagnóstico.

Para medir el estrés no existe ningún parámetro simple que refleje, de forma fiable, el grado de estrés individual y es necesario recurrir a un conjunto de pruebas que registren los distintos índices individuales de respuesta.

En base al estudio que se realizó podemos concluir que es necesario implementar grupos de autoayuda en los Hospitales para que puedan tener un espacio donde hablar de lo que sienten y darse cuenta que no son las únicas, ofrecerles actividades recreativas como actividad física.

“THE NURSING STRESS SCALE”¹

EDAD: _____ SEXO: (F) (M) CATEGORÍA: _____

ANTIGÜEDAD EN LA INSTITUCIÓN: _____ SERVICIO: _____

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una serie de **situaciones** que ocurren de forma habitual en la institución. Indique la **frecuencia** con que estas situaciones le han resultado **estresantes**.

Conteste cada reactivo cuidadosamente, poniendo una marca en el número correspondiente, de acuerdo a los siguientes parámetros:

- NUNCA (1)
- ALGUNA VEZ (2)
- FRECUENTEMENTE (3)
- MUY FRECUENTEMENTE (4)

	1	2	3	4
1. Interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas				
2. Recibir críticas de un médico				
3. Realización de cuidados de Enfermería que resultan dolorosos para los pacientes				
4. Sentirse impotente ante un paciente que no mejora				
5. Tener problemas con un supervisor				
6. Escuchar o hablar con un paciente sobre su muerte cercana				
7. No tener ocasión para hablar abiertamente con otros compañeros sobre los problemas en el servicio				
8. La muerte de un paciente				
9. Tener problemas con uno o varios médicos				
10. Miedo a cometer un error en los cuidados de Enfermería de un paciente				
11. No tener ocasión para compartir experiencias y sentimientos con otros compañeros del servicio				
12. Muerte de un paciente con quien has llegado a tener una relación estrecha				
13. El médico no está presente cuando un paciente se está muriendo				
14. Estar en desacuerdo con el tratamiento de un paciente				
15. Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente a la familia del paciente				

16. No tener ocasión para expresar a otros compañeros del servicio mis sentimientos negativos hacia los pacientes (Ej.: pacientes conflictivos, hostilidad, etc.)				
17. Recibir información insuficiente del médico acerca del estado clínico del paciente				
18. No disponer de una contestación satisfactoria a una pregunta hecha por un paciente				
19. Tomar una decisión sobre un paciente cuando el médico no está disponible				
20. Pasar temporalmente a otros servicios con falta de personal				
21. Ver a un paciente sufrir				
22. Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros (enfermeras/os)de otros servicios				
23. Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente a un paciente				
24. Recibir críticas de una supervisora				
25. Personal y turno imprevisible				
26. El médico prescribe un tratamiento que parece inapropiado para el paciente				
27. Realizar demasiadas tareas que no son de enfermería				
28. No tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente				
29. Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros del servicio				
30. No tener tiempo suficiente para realizar todas mis tareas de enfermería				
31. El médico no está presente en una urgencia médica				
32. No saber qué decir al paciente o a su familia sobre su estado clínico y tratamiento				
33. No saber bien el manejo y funcionamiento de un equipo especializado				
34. Falta de personal para cubrir adecuadamente el servicio				

¹Elaborada por Pamela Gray-Toft y James G. Anderson

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, R. (2003). *Tests Psicológicos y evaluación*. México: Pearson Educación.
- Almirall, P. (1993). *Salud y Trabajo. Un enfoque histórico*. Cuba: Instituto de Medicina del Trabajo de Cuba.
- Almirall, P. (1996). *Análisis Psicológico del Trabajo*. Cuba: Instituto de Medicina del Trabajo de Cuba.
- Antón, M. (1998). *Las enfermeras entre el desafío y la rutina*. Madrid: Díaz de Santos.
- Artazcoz, L., Druz, J, et al. (1994). Organización del trabajo, salud y satisfacción laboral entre los profesionales de enfermería. *Actas de Jornadas sobre Salud Laboral en el Hospital*. 101-108.
- Artiaga A. (1997). La enfermera ante el síndrome del burnout: estudio comparativo atención primaria-atención especializada. *Catálogo de Tesinas de la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud*.
- Avendaño, C., Leiva P. (1998) Riesgos para la salud psicológica en enfermeras. *Psykhe* 7 (2).
- Buceta J., Bueno A., et al. (2001). *Intervención psicológica y salud: Control del estrés y conductas de riesgo*. Madrid: Dickinson.
- Buendía, J. (1998) *Estrés laboral y salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- De las Cuevas C, González J. de La Fuente, et al. (1997) "Burnout y Reactividad al Estrés. *Revista Médica Universidad de Navarra*.
- Elorza, H. (2003) *Estadística para las Ciencias Sociales y del Comportamiento*. México: Oxford.
- Fornes, J., Ponsell E., Guasp E. (2001) Ansiedad y Estrés en enfermería. *Rol Enfermería* 24 (1) 51-56.
- Futch, E. Scheirer, J. y Lisman, S. (1982) Factor analyzing a scale of assertiveness, a critique and demonstration. *Behavior Modificaion* 6, 23-43.
- García, M., Sobrido, N., García, M. (1999) El Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería. *Enfermería Científica* 202-203. 61- 67.
- Garden, AM. (1989) Burnout: the effect of psychological type on research finding. *Journal or Occupational Psychology* 62. 223-234.

- Gil-Monte. P. (2002) Influencia del Género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo* 7 (1), 3-10.
- Gray-Toft, P., Anderson J. (1981) The Nursing Stress Scale: Development of an Instrument. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 3 (1) 11-23 pp. Springer.
- Henderson V. (1961) *Basic principles of Nursing care*. London: International Council of Nurses.
- Herrera S. R., Cassals V. M. (2005) Algunos factores influyentes en la calidad de vida laboral de enfermería. *Rev Cubana Enfermería* 21 (1), 1-14. ISSN 0864-0319.
- Keith, D. (1994). *Comportamiento Humano en el Trabajo*. (3ª ed.). México: Mc Graw Hill.
- Kerlinger, F.N. (1988) *Investigación del comportamiento* (2ª ed.). México. Mc Graw Hill.
- Labrador, F. (1992). *El estrés. Nuevas técnicas para su control*. Madrid: Temas Hoy.
- Landa, V., Mena L. (2003) Estrés Laboral en personal clínico hospitalario. *Terapia Psicológica* 21 137-51 pp.
- Lazarus, R. S., Folkman S. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. S., (1993) Why we should think of stress as a subset of emotion. In: Goldberg L, Brednitz S, editors. *Handbook of Stress, Theoretical and Clinical Aspects*. New York
- Manzano, G., Ramos, C. (1999) La despersonalización: clave para identificar el síndrome de Burnout en personal de enfermería. *Enfermería Científica*. 206-207, 69-78.
- Martínez, L. C., López, S. G. (2005) Características del Síndrome de Burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Archivos en Medicina Familiar* 5 (1) 6-9.
- Mingote, A. J., Pérez, G. S. (2003) *Estrés en la Enfermería. El cuidado del Cuidador*. Madrid. Díaz Santos.
- Moreno B. (2000) Olvido y recuperación de los factores psicosociales en la salud laboral. *Archivo de Prevención de Riesgos Laborales* 3 (1) 3-4.
- Moreno, J., Peñacoba P. (1996). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Siglo XXI.

- Nunnally, J.C., Bernstein I. H. (1995). *Teoría Psicométrica*. (3ª ed.). México. Mc Graw Hill.
- Ortega, P., Mercado S., et al. (2005). *Estrés ambiental en instituciones de salud. Valoración psicoambiental*. México: UNAM.
- Pamplona C., Pasamar M., et al. (1999). El síndrome de Burnout en el personal de Enfermería. *Anal Ciencias de la Salud* 2 55-64.
- Pérez S., Jiménez, MA, et. al. (1994). Estudio sobre la satisfacción y el estrés laboral del enfermero/a experto en estomaterapia. En *Asistencia Docencia e Investigación en la Atención Integral al Ostomizado, Madrid Sociedad Española de Estomaterapia*. 247-255.
- Pérez, M. (1998). *Estrés. Vida o Muerte*. México: Instituto Politécnico Nacional.
- Pla, O., Hernández A., et al. (1999) La enfermería y el estrés laboral. Amistades peligrosas. *Enfermería Integral* 48. 15-18.
- Ribera, D., Reig, A., et al. (1990) Estados depresivos en Enfermería: un estudio descriptivo en el hospital. *Enfermería Científica* 104. 32-43.
- Robbins, P. (1992). *Administración. Teoría y Práctica*. (3ª ed.). México: Prentice Hall.
- Rodríguez, L., López M. (1996). T. Enfermeras y supervisoras de enfermería: motivación o estrés. *Index Enfermería* 16-17. 13-16.
- Sánchez-Canovas, J. *Evaluación de las estrategias de afrontamiento*. Manual de Psicología Clínica Aplicada. 1991. Madrid. Siglo XXI.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. Mc Graw Hill.
- Seward, P. (1990). *Estrés Profesional. Medicina Laboral*. México: Manual Moderno.
- Turcotte, P. (1986). *Calidad de vida en el trabajo. Antiestrés y creatividad*. México: Trillas.