



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

DIRECCIÓN GENERAL DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD
SALUD MENTAL PÚBLICA

ESTUDIO COMPARATIVO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS
PSIQUIÁTRICAS Y ENFERMERAS DE SERVICIOS DE URGENCIAS Y SU
RELACIÓN CON EL CLIMA LABORAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN SALUD MENTAL PÚBLICA

PRESENTA:
GUADALUPE DORA ESCAMILLA ROA

Tutora:
Dra. Marcela Tiburcio Sainz

México, D.F. Mayo 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



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

A Dios que me puso en este camino

A mi Madre

Con amor y gratitud por su gran ejemplo apoyo y su amor incondicional.

A la Dra. Marcela Tiburcio Sainz

Por su gran enseñanza tiempo dedicación y paciencia como maestra y guía para la realización de este trabajo.

A la Dra. Sivia Carreño

Por compartir conmigo sus conocimientos

A mis Hijos

Hever y Bety que son la razón de mi vida

A mis Hermanos

Por su impulso apoyo consejos y ayuda para la culminación de esta meta

Al Instituto de salud del estado de México ISEM por el apoyo otorgado durante dos años para la realización de mis estudios de posgrado

A la UNAM por la oportunidad de vivir esta experiencia

| | |
|---------------------------|----------|
| INTRODUCCION | 1 |
|---------------------------|----------|

CAPITULO 1. EL SINDROME DE BURNOUT Y SU RELACION CON EL TRABAJO DE ENFERMERIA

| | |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.1. El trabajo de enfermería en la historia | 2 |
| 1.2. Acerca del término Síndrome de Burnout y su definición..... | 4 |
| 1.3 El estrés laboral en el personal de enfermería | 8 |
| 1.4. Aspectos epidemiológicos relacionados al SB | 10 |
| 1.5 SB y variables asociadas al trabajo de enfermería..... | 14 |
| 1.6 Modelos psicosociales para el estudio del Síndrome de Burnout..... | 15 |
| 1.7 Retos en la Medición del Síndrome de Burnout..... | 18 |

CAPITULO 2. HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO EN EL TRABAJO DE ENFERMERIA

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.1 Definición de afrontamiento | 21 |
| 2.2 Modelos teóricos del afrontamiento | 22 |
| 2.3La relación de SB y estrategias de afrontamiento en personal de enfermería..... | 23 |
| 2.4 Estrategias de afrontamiento instrumentos de evaluación..... | 25 |

CAPITULO 3. CLIMA ORGANIZACIONAL Y SU RELACION CON LA SALUD MENTAL

| | |
|---------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.1 Definiciones del Clima Organizacional..... | 27 |
| 3.2 El clima organizacional y sus modelos explicativos..... | 28 |
| 3.3 Síntomas de deterioro organizacional..... | 29 |
| 3.4 Repercusiones del deterioro del clima laboral..... | 31 |
| 3.5 Enfermería y las buenas prácticas en la mejora del clima laboral..... | 31 |
| 3.6Relación entre Clima organizacional y Síndrome de Burunout | 34 |
| 3.7Medición del Clima Organizacional..... | 35 |

CAPITULO 4.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

| | |
|-----------------------------------------|----|
| 4.1 Pregunta de investigación..... | 38 |
| 4.2 Objetivo general | 38 |
| 4.3 Objetivos específicos..... | 38 |
| 4.4 Justificación del estudio | 38 |
| 4.5 Planteamiento de la hipótesis | 40 |
| 4.6 Definición de Variables | 40 |

CAPITULO 5 METODO

| | |
|----------------------------------------------------|----|
| 5.1 Tipo de estudio..... | 42 |
| 5.2. Muestra | 42 |
| 5.3. Criterios de inclusión | 42 |
| 5.4. Criterios de exclusión | 42 |
| 5.5. Criterios de eliminación..... | 42 |
| 5.6. Descripción de la población del estudio | 42 |
| 5.7 Instrumentos..... | 43 |
| 5.8. Procedimiento | 48 |
| 5.9. Procesamiento de los datos..... | 49 |

CAPÍTULO 6. RESULTADOS

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 6.1. Características socio demográficas | 50 |
| 6.2. Identificación del Síndrome de Burnout | 53 |
| 6.2.1 Agotamiento Emocional por tipo de servicio | 53 |
| 6.2.2 Despersonalización por tipo de servicio | 55 |
| 6.2.3 Realización personal por tipo de servicio | 55 |
| 6.2.4. Determinación del nivel de SB | 56 |
| 6.3. Estrategias de afrontamiento | 58 |
| 6.3.1. Auto focalización negativa por tipo de servicio | 58 |
| 6.3.2. Afrontamiento focalizado en la solución del problema por tipo de servicio | 59 |
| 6.3.3. Reevaluación positiva del problema por tipo de servicio | 60 |
| 6.3.4. Expresión emocional abierta por tipo de servicio | 60 |
| 6.3.5. Evitación por tipo de servicio | 61 |
| 6.3.6 Búsqueda de apoyo social por tipo de servicio | 61 |
| 6.3.7 Religión por tipo de servicio | 62 |
| 6.3.8. Estrategias de afrontamiento en enfermeras con y sin síntomas de Burnout | 62 |
| 6.4. Características del clima organizacional | 64 |
| 6.4.1. Motivación y Clima Organizacional por tipo de servicio | 64 |
| 6.4.2 Interacción jerárquica por tipo de servicio | 65 |
| 6.4.3 Tensión laboral por tipo de servicio | 66 |
| 6.4.4. Clima laboral por tipo de servicio | 67 |
| 6.4.5 Interacciones grupales por tipo de servicio | 68 |
| 6.4.6 Imagen de la institución por tipo de servicio | 68 |
| 6.5. Relación entre SB, clima organizacional y estrategias de afrontamiento | 69 |
| 6.6 Relación del SB características sociodemográficas clima organizacional y estrategias de afrontamiento hospitales de urgencias | 73 |
| | |
| DISCUSION | 76 |
| REFERENCIAS | 86 |
| ANEXOS | 106 |

| | |
|--------------------------------------------------------|-----|
| ANEXO A | |
| Carta de consentimiento informado | 106 |
| ANEXO B | |
| Cuestionario MBI | 108 |
| ANEXO C | |
| Cuestionario de características sociodemográficas..... | 112 |
| ANEXO D | |
| Cuestionario de opinión de clima organizacional..... | 113 |
| ANEXO E | |
| Cuestionario afrontamiento del estrés CAE | 117 |

INTRODUCCIÓN

Algunos autores (Gil-Monte 2003, Rincón 2005) afirman que el personal de enfermería es uno de los más expuestos al estrés en el trabajo, debido a que la actividad que desempeña implica un alto compromiso personal, así como interacción directa con las personas que atiende. El estrés ocupacional crónico es considerado un factor determinante de los trastornos depresivos Levi (2005). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en 2020 los trastornos depresivos serán la segunda mayor causa de morbilidad detrás solamente de la enfermedad isquémica del corazón World Health Organisation, (2000).

El elevado nivel de Síndrome de Burnout (SB) en las enfermeras se ha asociado con el bajo reconocimiento social, trabajo bajo presión de tiempo, falta de autonomía, nuevas tecnologías, relaciones conflictivas en el equipo de trabajo, contacto continuo con el sufrimiento y factores laborales estresantes aunado a las demandas constantes del paciente y familiares ya que pasa el mayor tiempo en contacto directo con ellos (Rincón, 2005). Según Álvarez (1993), las mujeres constituyen el grupo más vulnerable, por razones como la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y las tareas familiares. Las investigaciones que abordan el tema del SB en México sugieren que se trata de la afección psicológica-laboral más investigada en las últimas décadas según Juárez (2014).

Por esta razón, este trabajo plantea una propuesta para estudiar los factores del clima laboral y las estrategias de afrontamiento que influyen en el desarrollo del SB en personal de enfermería, analizando este fenómeno desde un punto de vista psicosocial bajo el enfoque de Maslach y Jackson (1982). De igual manera, se exploran las percepciones del clima laboral del personal de enfermería en dos instituciones públicas de salud del Estado de Hidalgo. Se indagan los predictores laborales y las estrategias de afrontamiento que facilitan o inhiben el desarrollo del SB en este grupo de profesionales.

La propuesta tiene la intención de identificar ámbitos en los que sea posible intervenir para mejorar la salud mental de las enfermeras al disminuir los riesgos asociados al estrés en áreas laborales y finalmente para la prevención del SB. Por ello, en el capítulo 1 del presente trabajo de tesis se presenta una revisión de la literatura sobre el Síndrome de Burnout, se analizan las diversas definiciones, aspectos epidemiológicos y se destaca la importancia del

estrés laboral en su aparición y mantenimiento. Asimismo, se realiza un análisis de los modelos psicosociales más representativos en el estudio de este fenómeno, destacando aquellos que consideran la participación del clima organizacional, lo que justifica la inclusión de dicha variable en este estudio.

En el capítulo 2 se analiza la importancia de las estrategias de afrontamiento en el ejercicio de la profesión de enfermería; se presenta una revisión de estudios en los que se ha relacionado el estilo de afrontamiento con el Síndrome de Burnout. En el capítulo 3; se describe el clima organizacional desde su definición hasta la medición, destacando la influencia de diferentes variables como facilitadoras o inhibidoras del Síndrome de Burnout; en el capítulo 4 se presenta el planteamiento de problema y la definición de objetivos. El método se expone en el capítulo 5 en tanto que el capítulo 6 presenta los hallazgos, para finalmente, discutir y presentar las conclusiones del trabajo en el capítulo 7. Se espera despertar el interés en la comunidad científica para continuar estudiando el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería.

CAPITULO 1. EL SINDROME DE BURNOUT Y SU RELACION CON EL TRABAJO DE ENFERMERIA

A continuación se presenta una revisión histórica sobre la profesión de enfermería a lo largo del tiempo, así como algunas definiciones importantes para contextualizar el trabajo de enfermería en la actualidad, los roles que las enfermeras y los enfermeros desempeñan en diferentes escenarios asociados al cuidado de la salud, por último se describe el panorama actual de esta profesión en México.

1.1. El trabajo de enfermería en la historia

En la antigüedad (siglo XIX), el trabajo de enfermería se entendía como una práctica asistencial femenina donde se apoyaba a los médicos a atender las necesidades básicas de los pacientes, asegurándose de que las órdenes del médico se siguieran. Sin embargo, no había ninguna educación formal para estas, con mucha frecuencia este trabajo lo realizaban monjas o las personas en las fuerzas armadas. No fue sino hasta (1854) gracias al trabajo de Florencia Nightingale que la profesión de enfermería comenzó a parecerse a lo que conocemos actualmente (Siles et al., 2001).

La profesión de enfermería nos brinda un fundamento científico sobre el concepto de “cuidar”, que Horta (1979) considera como la esencia de esta. El concepto ha evolucionado hasta convertirse en una acción con base científica añadida a una concepción holística y humanística del cuidado (Vieira, 1999). Anteriormente, la prioridad del cuidado estaba orientada a la identificación y resolución de problemas fisiológicos, posteriormente evolucionó hacia el desarrollo de clasificaciones diagnósticas específicas de enfermería y su aplicación por medio del raciocinio crítico (García, 2004). Cabe mencionar que, como parte de la evolución de la profesión, se desarrollaron modelos conceptuales y teorías de enfermería con la finalidad de orientar y justificar su práctica que según Falk (2005), son el fundamento de la práctica de enfermería.

1.2. Acerca del término Síndrome de Burnout y su definición

En este capítulo se hace una revisión de las diferentes perspectivas teóricas que han reconocido el SB como un problema de salud relevante así como sus propuestas en su definición con la finalidad de exponer cómo ha evolucionado la definición de este constructo.

Para el año 2000, la OMS calificó al Síndrome de Burnout (SB) como un “riesgo laboral”. Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) definen el SB como un síndrome psicológico que se presenta como una respuesta a estresores interpersonales crónicos en el trabajo; las dimensiones clave de esta respuesta son: a) agotamiento abrumador b) sentimientos de cinismo, c) distanciamiento del trabajo, d) sentimientos de ineffectividad y e) falta de logros personales.

Por otro lado, Gil-Monte y Peiro (1997) definen el SB como una respuesta a una situación laboral estresante crónica, principalmente en las profesiones que se centran en la prestación de servicios en la que su principal objetivo es cuidar los intereses o satisfacer las necesidades del usuario, y se caracterizan por el contacto directo con las personas a las que se destina el trabajo. El concepto de “Burnout” fue mencionado por primera vez por el psiquiatra Herbert Freudenberguer (1974), las primeras observaciones que realizó al respecto fueron en una clínica neoyorquina de adicciones , ahí detectó que en poco más o menos de un año muchos de los voluntarios sufrían una progresiva pérdida de energía que llevaba al agotamiento, ansiedad inespecífica y en algunos casos, cuadros de tipo depresivo, en un marco de pérdida de la motivación e interés con que abordaran inicialmente su trabajo, e incluso manifestando intolerancia, resentimiento y agresividad hacia los pacientes.

Posteriormente Maslach (1976), dio a conocer este concepto en el campo de la psicología. Desde entonces el término de Burnout se utiliza para referirse al desgaste profesional que sufren los trabajadores de servicios humanos y otras profesiones (educación administración pública, etcétera) debido a condiciones de trabajo con gran demanda social, especialmente en “condiciones de trabajo difíciles”.

Tanon (2003) muestra en forma cronológica la conceptualización del SB a partir de modelos explicativos que parten de marcos teóricos más amplios como la psicología social, la psicología clínica, y la psicología organizacional.

De acuerdo con la revisión de esta autora, dentro del marco de la psicología clínica se encuentra la propuesta de Freudenberguer que en 1974, conceptualizó el SB como un estado de agotamiento, decepción y pérdida de interés como consecuencia del trabajo cotidiano en la prestación de servicios y ante expectativas inalcanzables. Más adelante, Fischer (1983), describió el SB como un estado resultante del trauma narcisista que lleva a la disminución en la autoestima.

Dentro del marco teórico de la Psicología Social basada en la teoría sociocognitiva del yo, Harrison (1983) describió que cuando las personas que trabajan en profesiones de servicios están motivadas para ayudar a los demás, pueden desarrollar SB si en su contexto laboral existen factores que obstaculizan su tarea.

Pines y Arosón (1988) describieron el SB como un proceso de desilusión en una persona altamente motivada para el trabajo que se caracteriza por fatiga emocional, física, mental, sentimientos de inutilidad, impotencia, de sentirse atrapado y baja autoestima.

Por último, tenemos al marco teórico de la psicología de las organizaciones que encuentra su sustento en las teorías del estrés laboral y organizacional. Desde este punto de vista, Golembiński (1983) describió al SB como el resultado del estrés laboral que está generado por la sobrecarga laboral o por la denominada “pobreza de rol”, ambas situaciones producen en la persona pérdida de autonomía disminución de su autoestima, irritabilidad y fatiga.

Maslach y Jackson (1982) definieron al SB como un síndrome de estrés crónico de aquellas profesiones que se caracterizan por una atención intensa y prolongada con individuos que están en una situación de necesidad o dependencia. De acuerdo con esta definición el SB tiene tres dimensiones características:

1. Cansancio emocional (CE) definido como la pérdida progresiva de energía y recursos emocionales para afrontar el trabajo, es una situación de agotamiento de la energía o de

recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto diario con las personas a las que hay que atender.

2. La despersonalización (DP) entendida como el desarrollo de actitudes y respuestas negativas hacia los demás con irritabilidad y pérdida de la motivación hacia el trabajo. Los usuarios del servicio son vistos por los profesionales de forma deshumanizada debido al endurecimiento afectivo.
3. La disminución de la realización personal (RP), esto se refiere a respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo, así como una baja autoestima profesional. Los profesionales se evalúan negativamente y esta evaluación negativa afecta la habilidad en la realización del trabajo. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismos e insatisfechos con los resultados laborales.

Chernis (1980) define al SB como un proceso transaccional de acomodación psicológica progresiva entre el trabajador estresado y un trabajo estresante. Simultáneamente lo que le ocurre al profesional también afecta a las personas que atiende, generándose así una disminución de la calidad y eficiencia en la prestación del servicio, que podría llegar hasta situaciones en las cuales, las personas atendidas sean afectadas, o maltratadas.

Como puede apreciarse, existen múltiples definiciones de SB, la revisión de la literatura ofrece al menos diecisiete denominaciones diferentes en español, algunas tienen gran similitud en la descripción del fenómeno. También se observa que se han empleado diferentes denominaciones para referirse a un mismo fenómeno. La mayor parte de ellas se emplean como sinónimos sin embargo, puede haber confusiones al momento de referirse e interpretarse. Considerando ese grado de similitud, las denominaciones pueden clasificarse en tres grupos:

1. Las denominaciones que toman como referencia el término original anglosajón Burnout (Síndrome del quemado).
2. Denominaciones que toman como referencia el contenido semántico de la palabra, o del contenido de la patología (desgaste profesional, síndrome de cansancio emocional).
3. Denominaciones que consideran el SB como sinónimo de estrés laboral (estrés laboral asistencial, estrés profesional).

De acuerdo con Gil-Monte (2003), el número de denominaciones se puede extender al incluir, de manera no muy acertada, la denominación de “enfermedad de Tomas” o “Síndrome de Tomas”. Este mismo autor recomienda utilizar el término “Síndrome de quemarse por el trabajo” para aludir en español al Burnout Syndrome. Esta denominación tiene la ventaja de que ayuda a la comprensión del fenómeno por diferentes razones, entre ellas:

1. Da información sobre la naturaleza del fenómeno al indicar que está integrado por un conjunto de síntomas que se describirán más adelante.
2. Nos informa de la necesidad de identificar y evaluar el conjunto de síntomas para realizar un diagnóstico adecuado a la patología.
3. Desvía el foco de atención al trabajo y no hacia el trabajador, con lo que se evita estigmatizar al trabajador.
4. Se desvincula la patología laboral de la denominación coloquial.
5. Permite diferenciar el fenómeno de otros fenómenos psicológicos, que suceden en el trabajo, como estrés laboral, desgaste emocional, fatiga, ansiedad, depresión, etc.

Ramos (2001), expone algunos términos con los que se ha conocido este síndrome (“síndrome de estar quemado”, “síndrome de quemarse por el trabajo”, “síndrome de la quemazón”, “síndrome del estrés laboral asistencial”, “síndrome del desgaste profesional”) y menciona que cuando el profesional está “quemado”, se indica que la situación familiar o laboral le ha sobrepasado y ha quedado reducida su capacidad de adaptación.

El concepto de SB ha sido criticado por su confusión con otros constructos, más específicamente con el término de estrés. Al respecto, Catón et al. (1988) mencionan que el estrés es un proceso que tiene efectos positivos y negativos para la vida del sujeto, mientras que el SB solo tiene efectos negativos puede considerarse el estadio final de un proceso de adaptación o la inadaptación entre las demandas laborales y los recursos del sujeto, en tanto que el estrés es un proceso temporal. En cuanto a la fatiga Pines y Aronson (1988) indican que una de las diferencias principales es que en la fatiga, el individuo se recupera rápidamente no así con el SB.

En esta investigación se tomará el término original anglosajón burnout con la finalidad de no confundir el concepto con otros fenómenos psicológicos que aparecen en condiciones de trabajo como el estrés laboral, el desgaste emocional, fatiga, ansiedad, etc.

1.3 El estrés laboral en el personal de enfermería

A continuación, se expone de manera general el papel del estrés en el contexto del ejercicio profesional de enfermería, ya que es importante su incorporación en el estudio del SB. En diferentes estudios, se ha demostrado que frecuentemente el estrés se afronta de manera inadecuada, y se relaciona con algunos problemas de salud mental, particularmente con la depresión (Parkes, 1987). Frecuentemente el tratamiento involucra recursos farmacológicos (Firth y Cozens, 1987). Se ha observado también que el hábito tabáquico es común en personas que lo padecen (Castillo et al., 1990). La manera en que la enfermera responda a los estresores puede tener un efecto positivo en la satisfacción de su trabajo y en la calidad del servicio que otorga (Petermann y Springer, 1995).

Dentro del trabajo de enfermería, existen diversos factores que predisponen al estrés como lo son la carga de trabajo, escasez de personal, la sobreutilización de los servicios por parte de los usuarios, la escasez de medicamentos, falta de recursos financieros, la mala gestión del personal y las altas expectativas del paciente acerca del servicio recibido (Bowman, 1995). White (2006) clasificó los estresores de acuerdo con su origen. Estos pueden ser internos o externos. Los factores externos, también llamados ocupacionales, son los relacionados a eventos de la vida laboral, como lo son las demandas de pacientes, cuestiones organizacionales, dotación insuficiente de personal, satisfacción laboral, condiciones físicas adversas, y los estresores internos son los factores psicológicos.

En un estudio realizado con enfermeras en México (Juárez et al., 2002) encontró que el 36.5% del ausentismo a lo largo de un año se relacionan con el estrés laboral, lo mismo sucede con el 28% de los accidentes de trabajo; Así mismo, se encontró que de las cuatro ocupaciones comparadas (administrativos, docentes, obreros y enfermeras) un porcentaje significativamente mayor de enfermeras (87%) consideraron su trabajo como estresante,

además señalaron que tenían más problemas de salud que los participantes de otras ocupaciones.

Según Hare et al., (1988) en investigaciones enfocadas en el clima organizacional, las fuentes de estrés se perciben como parte del medio ambiente laboral y afectan directamente a la salud mental del trabajador provocando respuestas maladaptativas.

Algunos autores que han estudiado el fenómeno del estrés en enfermeras son Bailey y Walker (1980), y Numerof y Abrams (1984). En sus investigaciones estos autores han encontrado que la carga de trabajo es la causa más frecuente de estrés. Estos problemas pueden ser exacerbados por conflictos en el cambio de prioridades en el lugar de trabajo, las y los enfermeros tienen que escoger entre conflictos laborales, prioridades de en los pacientes y tareas administrativas entre otras. Numerof y Abrams (1984) mencionan que al ambiente organizacional como la mayor fuente de estrés, seguido del excesivo trabajo administrativo. Bajo esta estructura, la enfermera tiene que hacer reportes administrativos, de igual manera tiene que asegurar la calidad de atención proporcionada, para ambas actividades se le exige calidad, constantemente tiene que decidir a qué actividad dará mayor importancia, esta es una fuente de estrés común en el personal de enfermería.

Diferentes investigaciones realizadas con personal de áreas psiquiátricas han demostrado varias fuentes de estrés relacionado al ejercicio profesional de enfermería. Sullivan (1993) encontró que los incidentes violentos y el riesgo de suicidio son las principales fuentes de estrés en áreas de pacientes agudos en salas de psiquiatría, por su parte Nolan (1995) identificó que el exceso de trabajo, la dificultad en la estructura organizacional, la dificultad con los pacientes, así como los conflictos en casa y en el trabajo son fuentes importantes de estrés. Por otro lado, Latef (2001), en un estudio realizado con 80 enfermeras de urgencias psiquiátricas, encontró que más de la mitad de estas profesionales tienen niveles moderados y extremos de estrés. Otras fuentes de estrés descritas en diferentes estudios con enfermeras psiquiátricas incluyen: sentirse profesionalmente aislado, sobre todo cuando se tiene que responder a las crisis cuando se tienen pacientes suicidas o con psicosis; estos problemas son mayores cuando existen dificultades de comunicación y apoyo con colegas y superiores, otro factor común es la falta de seguridad personal al trabajar con pacientes

impredecibles y potencialmente violentos que ponen en riesgo la integridad física del personal de enfermería a cargo de dar atención y contención ante estas crisis y ante la ausencia de personal para hacer frente a las situaciones peligrosas (White, 2006).

Konstantinos y Christina (2008) identificaron factores relacionados con el estrés que experimentan las enfermeras de salud mental que trabajan en hospitales psiquiátricos tales como pobres relaciones profesionales, la falta de colaboración entre los médicos y las enfermeras, la falta de respeto a las enfermeras por parte de los médicos, la falta de participación de la enfermera en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes.

Con respecto a los profesionales que trabajan en los servicios de urgencias, se ha destacado que pueden desarrollar estrés laboral y SB como consecuencia de sus condiciones laborales. Pinedo et al. (2005) llevaron a cabo un estudio del estrés laboral al que estaba sometido el personal de enfermería de una unidad de urgencias hospitalaria, llegando a la conclusión de que el personal se encontraba aislado, con poca valoración de su trabajo y falta de comunicación y planificación por parte de la supervisión y dirección de enfermería.

Estudios sobre el estrés y afrontamiento han examinado una variedad de respuestas físicas y psicológicas. En este contexto, Singh (1989) encontró que los empleados con alto nivel de estrés por su rol, manifestaron ansiedad, neurosis, depresión, histeria neurótica y ansiedad fóbica. Revicki (1989) encontró que las enfermeras que tienen más estrés tienen una salud mental pobre. En enfermería psiquiátrica, Fagin y Barlett (1995) encontraron que el estresor en el trabajo más frecuente son los altos niveles de cansancio emocional y la inseguridad laboral, el inadecuado ambiente laboral y las estrategias de afrontamiento inadecuadas.

1.4. Aspectos epidemiológicos relacionados con el SB

En las secciones previas, se ha puesto de manifiesto que el SB es un problema que tiene consecuencias personales y laborales negativas que justifican su estudio. En este apartado, se presentan los datos que documentan la presencia del SB en el contexto nacional e internacional; así mismo, se exponen investigaciones realizadas en el área de psiquiatría y en áreas de urgencias médico-quirúrgicas.

En el contexto internacional, investigaciones realizadas en España (Lozano et al., 2007) reportan el nivel de SB en policías, personal sanitario y docentes; los valores más altos de SB se identificaron en estos últimos y los policías seguidos del grupo de personal sanitario. En cuanto a la realización personal, los que se sienten más realizados por su trabajo son los policías, seguidos por los docentes, al final el personal sanitario.

En una investigación realizada con una muestra de 11,530 profesionales de la salud residentes en España y América Latina, se pudo constatar que la prevalencia de SB en este tipo de profesionales fue 14.9% en España, 14.4% en Argentina, 7.9% en Uruguay, 4.2% en México, 4% en Ecuador, 4.3% en Perú, 5.9% en Colombia, 4.5% en Guatemala (Maslach y Jackson, 1982).

Los resultados de un estudio de Aiken et al. (2010) con 353 enfermeras de hospitales psiquiátricos, pudieron demostrar que las enfermeras se encuentran en mayor riesgo de SB en comparación con el resto de personal médico.

En el Reino Unido, Oddie (2007) examinó a 71 trabajadores de la salud mental y encontró que entre el 21% y el 48% tenían un elevado cansancio emocional mientras que el 54% informó de las altas tasas de agotamiento emocional. En un estudio de trabajadores de la salud mental de 151 comunidades en el norte de California, Webster y Hackett (1999) encontraron que el 54% tenían un elevado cansancio emocional y el 38% reportó altos índices de despersonalización. En Italia, Pompili et al. (2006) identificaron que las enfermeras en salas de psiquiatría, de cirugía y cuidados intensivos tienen gran riesgo de SB en comparación con otros grupos.

En México, se han realizado diversas investigaciones acerca de este fenómeno. Por ejemplo, en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre se comparó el nivel de SB en personal médico y de enfermería, se encontró que los participantes presentan diferentes niveles de SB de acuerdo con su servicio de trabajo, por ejemplo, dentro del servicio crítico las enfermeras presentan mayores puntajes en comparación con las de un servicio no crítico. En cuanto a las variables sociodemográficas, se encontró que el estado civil más afectado es la unión libre y matrimonio sin hijos, así como el tener otro trabajo o doble jornada laboral.

En otro estudio realizado con 228 enfermeras en esta misma institución, Bernal (2001) pudo constatar que el personal de enfermería padece estrés por la falta de personal, material y equipo, así como debido a problemas con los compañeros, exceso de trabajo y cirugías no programadas. Este estudio nos brinda un panorama de la diferencia por servicio y de los aspectos sociodemográficos relevantes para el estudio de este síndrome en el personal de enfermería acorde a nuestro contexto social y cultural, además de un panorama de los problemas organizacionales de las instituciones de salud en donde ciertas variables organizacionales son detonantes del SB.

En el Hospital general de México, una investigación realizada por Cortés (2000) identificó que el 53% de las enfermeras que laboran en unidades críticas tienen angustia por exceso de trabajo, 45% padecen estrés y ansiedad y 47% reportan tensión emocional cuando el trabajo aumenta.

En una investigación realizada por Anzaldo (2002) con enfermeras que trabajan en servicios de urgencias, medicina interna, cirugía y pediatría del Hospital General No. 27 IMSS, se comprobó que el 79.37% del personal está cansado por exceso de trabajo y 60.84% padece estrés, angustia y ansiedad. De igual forma, se pudo demostrar que existe SB en el personal y que éste se relaciona con baja calidad en la prestación del servicio. Según estudios del IMSS, más del 20% de trabajadores en México sufren algún tipo de estrés laboral, así lo refiere Ballinas (2005), quien también sugiere que el SB tiene mayor presencia en las áreas críticas. Por su parte, Juárez (2013) llevó a cabo un estudio para determinar la prevalencia de SB en personal de enfermería que labora en el Hospital Juárez de México y detectó que el 41% del personal encuestado presentó síntomas de SB.

Se han realizado estudios para determinar SB en una muestra de 100 integrantes del personal de enfermería de urgencias en unidades médicas de reclusorios del D. F., 34% presentó datos compatibles con SB, 80% agotamiento emocional, 70% despersonalización, 96% baja realización personal, 68% refieren que el trabajar con personas recluidas les genera estrés (Ávila, 2013).

En el contexto de la psiquiatría en México se han publicado algunos estudios en donde se analizan diferentes variables que son importantes para comprender el fenómeno de SB de

manera integral por ejemplo, en una unidad de Psiquiatría en Ciudad de México, Basset (2011), realizó una revisión bibliográfica, donde la respuesta de estrés es un riesgo laboral muy importante. Por encontrarse dentro de un ambiente laboral considerado como emocionalmente tóxico y sometido a situaciones de interacción con pacientes y familiares que propician el desarrollo de diversos niveles de estrés, existe la tendencia a que este personal presente estrés, ya que se encuentra expuesto a múltiples agresiones.

En una investigación realizada por Carrillo (2005), en el Hospital Regional de Psiquiatría Morelos del IMSS, se analizaron los turnos y las categorías del personal de enfermería destacando que la categoría que presenta con mayor puntaje SB es la de enfermera general, seguida de la enfermera especialista y la menos afectada fue la de auxiliar de enfermería, identificó que el 23% del personal de enfermería presenta un grado alto y severo en la dimensión de cansancio emocional de SB, 20% en despersonalización y 37% en realización personal. En cuanto al turno, el más afectado fue el vespertino con un grado medio-alto, seguido del matutino con un grado medio-bajo, y el nocturno el menos afectado con un grado bajo, los resultados obtenidos por sexo arrojaron que los hombres presentan un grado alto de SB en sus tres subescalas, en comparación con las mujeres.

En el Hospital Psiquiátrico La Salud Tlaxolteotl, Ávila (2009) analizó las dimensiones fisiológicas y conductuales del personal de enfermería con SB y encontró que el 75% de las enfermeras presentaba sintomatología. En la dimensión fisiológica, se encontró fatiga, insuficiencia venosa, agotamiento, cefaleas, y en la dimensión conductual, se identificó rigidez y dureza, conducta agresiva, facilidad para llorar, insensibilidad, toma de medicamentos, psicológicamente se encuentra estrés, angustia, depresión, así como una disminución en la capacidad laboral, conflictos y ausentismo laboral.

Los datos antes expuestos ponen de manifiesto la alta prevalencia de SB entre los profesionales de enfermería que laboran en diferentes áreas de la atención a la salud, destacando cómo afecta particularmente a las enfermeras que laboran en servicios de psiquiatría y de urgencias. En el siguiente apartado se analizarán las variables antecedentes que aparentemente se relacionan con la aparición del SB en el personal de enfermería.

1.5 SB y variables asociadas al trabajo de enfermería

Las investigaciones que se han realizado hasta la fecha sugieren que existen diferentes factores que contribuyen como detonantes del SB, muchos de ellos se han señalado en los párrafos anteriores. En esta sección se profundiza en la forma en que estos factores psicosociales operan para contribuir a la aparición de los síntomas de SB. En primer lugar, se analiza factores organizacionales y psicosociales que se emplean con frecuencia en el ámbito de la salud ocupacional para categorizar a los elementos no físicos del trabajo, incluyendo el clima organizacional, complejidad de la tarea y actitudes hacia el trabajo (Sauter y Swanson, 1996).

Los factores organizacionales son considerados como aspectos objetivos de la forma en como el trabajo es organizado, supervisado y efectuado, y los factores psicosociales son las percepciones subjetivas que el trabajador tiene de los factores organizacionales y estos adquieren un valor emocional en el trabajador (Kuorinka y Forcier, 1995).

Se considera que el SB es un proceso que surge como consecuencia del estrés laboral crónico en el cual se combinan variables de carácter individual, social y organizacional. Las variables individuales también han sido estudiadas en relación con este fenómeno. Por ejemplo, se considera que los individuos con tipo de personalidad “A” personas rígidas, inmaduras, inseguras, emocionalmente inestables, con necesidad de admiración y reconocimiento son las más propensas al SB (Moreno, 2001). De igual manera, se ha estudiado la participación de ciertas variables sociodemográficas, y se ha identificado que el SB es más frecuente entre personal de sexo femenino (Embriaco et al., 2007, Dai et al., 2006) profesionales de enfermería solteros (Castelo et al., 2007), con bajo nivel educativo (Dai et al., 2006), y de menor edad, ya que existen evidencias que demuestran que el nivel de SB disminuye con la edad (Norlund et al., 2010). Al respecto, se sabe que las personas más jóvenes tienden a tener mayor porcentaje de SB debido a su falta de experiencia profesional (Peisah et al., 2009; Chen y Lu, 1993).

Dentro de los factores organizacionales, algunas influencias que se han identificado como causas comunes de SB son: 1) la sobrecarga de trabajo y la falta de reconocimiento por el mismo (Günüşen y Ustün, 2009) 2) la falta de control sobre la toma de decisiones, 3) la

insuficiente recompensa, 4) malas relaciones impersonales 5) falta de trabajo en equipo 6) falta de equidad (en particular con respecto a la confianza, la apertura, y respeto, y 7) conflicto de valores entre el trabajo y los valores fundamentales de carácter personal (Maslach y Leiter, 1997), 8) el entorno administrativo agresivo y la falta de apoyo de la dirección (Kumar et al., 2011), 9) la inadecuada justicia organizacional (Cheng et al. 2011), 10) y la inseguridad en el empleo (Norlund et al., 2010; Taylor y Barling, 2004). Especialmente se menciona que el SB se asocia con mucho trabajo y largas horas de trabajo (Kumar et al., 2011; Günüşen y Ustün 2009; Leiter et al., 2009; Shimizutani et al., 2008; Garrosa et al., Janssen et al., 1999). Diversos informes sugieren que la carga de trabajo es un factor predictivo de SB (Castelo et al., 2007; Wuet et al., 2007). Otros factores importantes de analizar, es el trabajo por turnos característico en el personal de enfermería.

Por otro lado, algunas investigaciones apuntan a la relevancia del apoyo social en la moderación de los efectos de los estresores y la aparición del SB. El apoyo social hace referencia a la ayuda real o percibida que el trabajador obtiene de las redes sociales (compañeros, amigos, familiares, etcétera) y que genera la sensación de ser querido, valorado y apreciado en el puesto de trabajo así como en la organización. Además, muchas investigaciones enfatizan la importancia de la conducta del supervisor en proporcionar ayuda a sus subordinados (Firth et al., 1987). Al respecto, Numerof (1991) concluyó que el estilo de liderazgo negativo esta positivamente relacionado a SB.

1.6 Modelos psicosociales para el estudio del Síndrome de Burnout

Entre los modelos propuestos para el estudio SB, destacan los elaborados desde el punto de vista psicosocial. De acuerdo con Monte y Peiro (1999) en este síndrome intervienen procesos cognitivos, aptitudinales, emocionales y actitudinales, su propuesta considera tres grupos:

El primero incluye los modelos desarrollados en el marco de la teoría sociocognitiva del yo. Estos modelos se basan en las ideas de Albert Bandura para explicar la etiología del SB. Entre los modelos recogidos en este grupo se encuentran el modelo de competencia social

de Harrison (1983), el modelo de Cherniss (1993), el modelo de Pines (1993) y el modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993).

El segundo grupo recoge los modelos elaborados desde las teorías del intercambio social, en general, estos consideran los principios de la teoría de la equidad (modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli, 1993), o de la teoría de la conservación de recursos modelo de Hobfoll y Fredy (1993). Desde este punto de vista, el SB en el trabajo tiene su etiología principalmente en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales.

Por último, el tercer grupo considera los modelos elaborados desde la teoría organizacional. Estos modelos incluyen como antecedentes del SB las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Asimismo, se caracterizan por el énfasis que hacen en el papel de los estresores del contexto organizacional y de las estrategias de afrontamiento. Se incluyen en este grupo el modelo de Golembiewski et al. (1983), quien destaca las disfunciones de los procesos del rol y de manera especial, la importancia de la sobrecarga de trabajo para el desarrollo del SB. Por otro lado, el modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993) destaca la importancia de la salud de la organización, y por último el modelo de Winnubst (1993) que enfatiza la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional.

Es relevante para el departamento de enfermería comprender estos fenómenos, ya que al evaluar los subsistemas técnico, humano y organizacional se tendrá una oportunidad para el crecimiento del departamento de enfermería y de las instituciones de salud. Con la finalidad de profundizar en la propuesta de la teoría organizacional, se presentan los modelos más representativos en orden cronológico.

Golembiewski y Cater (1983) proponen que el síntoma inicial del SB es el desarrollo de actitudes de despersonalización, que es un mecanismo disfuncional de afrontamiento al estrés; posteriormente, los individuos experimentan baja realización personal en el trabajo y a más largo plazo agotamiento emocional. Destaca como estresor laboral de manera especial, la importancia de la sobrecarga laboral y las disfunciones de los procesos del rol (cuando hay

escasa estimulación en el puesto de trabajo) en ambos casos la persona siente una pérdida de autonomía y de control que conduce a una disminución de su autoimagen, sentimientos de irritabilidad y fatiga. En la segunda fase, el sujeto desarrolla estrategias de afrontamiento que conducen a un distanciamiento del profesional de la situación laboral estresante.

Por su parte, Cox, Kuk y Leiter (1993) abordan el SB como un episodio particular dentro del proceso de estrés laboral que se da entre profesionales de los servicios humanos. En este modelo se incluyen variables como sentirse gastado (sentimiento de cansancio confusión y debilidad emocional), sentirse presionado y tenso (sentimientos de amenaza tensión y ansiedad). Estas son repuestas al estrés laboral, el trabajador a consecuencia de esto pierde el compromiso personal de implicación en el trabajo las actitudes de despersonalización son una variable mediadora entre los sentimientos de agotamiento emocional y los de baja realización personal en el trabajo. Estos autores plantean la siguiente hipótesis: La salud de la organización puede ser una variable moduladora de la relación estrés-SB, y que la realización personal en el trabajo podría tener una acción moduladora en los efectos que los sentimientos de agotamiento emocional ejercen sobre las actitudes de despersonalización. En este modelo se destaca la importancia de la salud organizacional.

Más adelante, apareció la propuesta de Winnubst (1993) que se centra en las relaciones entre la estructura, cultural y clima organizacional, y el apoyo social como variables antecedentes del SB, por lo tanto, considera que los sistemas de apoyo social en el trabajo afectan de manera significativa la percepción que el trabajador tiene de la estructura organizacional. Este modelo será tomado en la presente investigación ya que este autor afirma que el SB es resultado de la tensión emocional crónica derivada del trabajo, así mismo asume que este depende del tipo de estructura organizacional y del apoyo social en la organización.

En relación con las variables de la teoría organizacional, Monte y Peiro (1998) concluyen que el conflicto de rol se asocia de manera significativa con el agotamiento emocional, en menor medida con la despersonalización y valores más bajos en la realización personal. La ambigüedad de rol se asocia significativamente con la realización personal y está relacionada de manera más débil con el agotamiento emocional y en menor grado con la despersonalización.

1.7 Retos en la Medición del Síndrome de Burnout

Debido a la importancia que se le ha dado en las últimas décadas al SB se han elaborado diversos instrumentos que permiten diagnosticar de manera eficaz y eficiente a las personas que lo padecen. El objetivo de este apartado es describir algunos de los más empleados analizando sus ventajas y desventajas.

Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería (CDPE-A) (Moreno y Garrosa, 2000) evalúa específicamente el desgaste profesional (burnout) en el colectivo de enfermería, su formato reducido actual cuenta con 65 ítems que se responden mediante una escala tipo Likert con un rango de 1 a 4, donde 1 es totalmente en desacuerdo y 4 totalmente de acuerdo. Este cuestionario incluye medidas de variables antecedentes propias del ámbito organizacional hospitalario como son la ambigüedad de rol, el contacto con el dolor y la muerte, la interacción conflictiva y la sobrecarga de trabajo.

Staff Burnout Scale (SBS, Jones, 1980) este autor sugiere una escala compuesta de 30 ítems diseñada para medir los aspectos cognitivos, afectivos, conductuales y psicofisiológicos que originan el SB. Propone cuatro componentes: insatisfacción en el trabajo, tensión psicológica, enfermedad física, negativas relaciones con los pacientes, es una escala que está limitada a profesionales de la salud.

Cuestionario Breve de Burnout (CBB, Moreno y cols. 1997). La evaluación del SB a través del CBB pretende analizar este fenómeno sin centrarse exclusivamente en la respuesta emocional del síndrome, ya que como hemos visto, la mayoría de los instrumentos mencionados, evalúan el SB restringiéndose a la apreciación de los propios sentimientos y emociones sin que traten de especificar los factores antecedentes que los causan o las consecuencias específicas de tales emociones. El CBB constituye una aproximación procesual al desgaste profesional y ofrece una evaluación global del mismo, así como de los antecedentes y consecuentes del síndrome.

Tedium Measure(TM) Esta escala fue construida por Pines Arosón y Kafry (1981), se diseñó para evaluar el tedio entendido como: sentimientos de depresión, cansancio emocional y físico, hastío y tensión. Consta de 21 ítems que miden las tres dimensiones del SB, conceptualizadas como agotamiento físico, agotamiento emocional, agotamiento mental.

Maslach Burnout Inventory (MBI) Fue creado por las especialistas de la Salud, Cristina Maslach y Susan Jackson (1981), es uno de los instrumentos más importantes y que la mayoría de los investigadores usan como referencia para el desarrollo de sus propias pruebas. Es un inventario auto administrado con una estructura factorial en 3 subescalas que miden las siguientes dimensiones:

- **Agotamiento emocional** (9 reactivos) valora la vivencia de estar agotado emocionalmente por las demandas de trabajo
- **Despersonalización** (5 reactivos) Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad distanciamiento y respuestas cínicas hacia personas beneficiadas
- **Reducida realización personal** (8 reactivos) valora los sentimientos de autosuficiencia y realización personal en el trabajo.

La continua aplicación del MBI ha permitido a sus autoras corroborar la consistencia interna del instrumento que arroja un índice general de 0.80, para agotamiento emocional el índice de confiabilidad es de 0.90, para realización personal 0.71, y para despersonalización 0.79. Actualmente existen tres versiones del MBI según a la población al que va dirigido.

- a) MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), para profesionales de la salud, constituido por tres escalas que miden la frecuencia con la que los profesionales perciben baja realización en el trabajo (tendencia a evaluarse negativamente, con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atienden), agotamiento emocional (no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo) y despersonalización (desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo de carácter negativo hacia las personas).
- b) MBI-Educators Survey (MBI-ES) es la misma versión que el anterior pero dirigida a profesionales de la educación (Schwab, 1986).
- c) MBI General Survey (MBI-GS) Elaborado por Schaufeli, Leiter Maslach y Jackson (1996) tiene un carácter más genérico, no exclusivo para profesionales cuyo objeto de trabajo son

personas esta versión solo contiene 16 reactivos y las dimensiones se denominan eficacia profesional (6 reactivos) agotamiento (5 reactivos) cinismo (5 reactivos).

En la presente investigación se empleará el MBI para evaluar el SB en el personal de enfermería utilizando la versión en español ya que esta validado en población Mexicana (Moreno et al., 2001). Este se elige porque es un instrumento para medir de una manera objetiva el nivel de SB que experimenta una persona, en cuanto a sus tres subescalas antes mencionadas, estas serán relacionadas al Modelo Winnubst(1993), que apoyan la secuencia despersonalización, baja realización personal, cansancio emocional.

CAPITULO 2 HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO EN EL TRABAJO DE ENFERMERIA

En el contexto del presente trabajo, el concepto de estrés se entiende como una evaluación que el individuo hace de las situaciones a las que está expuesto. Dentro del ambiente laboral es de suma importancia aprender a enfrentarse al estrés de forma positiva, traduciéndolo en beneficios individuales y grupales.

En estos tiempos es de gran importancia la adaptación pues mediante ésta es que se pueden cubrir las propias necesidades, las habilidades de afrontamiento nos ayudan a adaptarse al contexto, son esfuerzos conductuales y cognitivos que realiza un sujeto para enfrentar de manera eficiente a los eventos estresantes (Lazarus y Folkman, 1984).

2.1 Definición de afrontamiento

El término afrontamiento es la traducción al castellano del inglés coping, y se refiere a la acción de hacer frente a un enemigo, un peligro, una responsabilidad, o acontecimiento estresante (Moliner, citado en Rodríguez, 2005).

Lazarus (1984) define el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Callista Roy (1976) en su modelo de adaptación define el proceso de afrontamiento como *“modos innatos o adquiridos de actuar ante los cambios producidos por el entorno”*, también lo define como *“la habilidad que poseen las personas para responder a las pérdidas, amenazas y desafíos de la vida, respondiendo con estilos de afrontamiento para alcanzar la adaptación”*.

De esta forma, el afrontamiento incluye los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Sauaya, 2003). Están dirigidos al manejo adecuado de situaciones (evitar, tolerar, minimizar o

aceptar). En el siguiente apartado se aborda de manera más concisa cuales son los tipos de estrategias de afrontamiento que utilizan frecuentemente las enfermeras en el contexto laboral.

Se considera que el afrontamiento puede eliminar o modificar la fuente de estrés con respuestas directas y activas al cambiar el significado psicológico que se le da a un evento neutralizando su carácter problemático y mantener tolerables las consecuencias emocionales del estrés.

Folkman y Lazarus(1980) proponen dos estrategias generales para afrontar el estrés: 1) afrontamiento directo o acción directa, que es una estrategia aplicada externamente a la fuente ambiental de estrés para intentar dominar la transacción estresante con el ambiente; y 2) afrontamiento indirecto o acción paliativa, una estrategia aplicada a las propias emociones. En un estudio acerca del SB, Pines y Kafry (1981) confirmaron que las estrategias activas y directas son más efectivas en el afrontamiento del SB, mientras que las más ineficaces fueron las estrategias inactivas/indirectas.

2.2 Modelos teóricos del afrontamiento.

A continuación, se exponen los modelos de afrontamiento de acuerdo con el contexto organizacional, dada la importancia de entender los fenómenos implicados en el SB y clima organizacional, así mismo para comprender la manera de afrontar el estrés del personal de enfermería

Para Cañero (2004) los modelos teóricos del proceso de afrontamiento parten de la relación de los sujetos con su medio, básicamente social. Por su parte, el modelo formulado por Peiró y Salvador (citado en Guerrero y Vicente, 2001) engloba seis grupos de variables: ambientales (estresores y recursos), características personales, experiencia subjetiva del estrés, estrategias de afrontamiento, resultados y consecuencias para la persona y la organización.

El modelo de adaptación de Roy (2004) se basa principalmente en los subsistemas regulador y cognitivo, sugiere que los procesos de afrontamiento están dados por el subsistema regulador que se manifiesta de manera innata y responde a estímulos neuronales, químicos y

endocrinos, y el subsistema cognitivo que está relacionado con la conciencia, encargada de regular el comportamiento humano.

2.3 La relación de SB y estrategias de afrontamiento en personal de enfermería.

Como se ha visto, el SB es un proceso que se desarrolla por la interacción de características personales del trabajador y de su entorno laboral, que ocurre como una respuesta al estrés laboral crónico cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento habitualmente usadas por el sujeto (Rodríguez, 2008). Con este planteamiento, se comprende el por qué no todos los individuos se estresan de la misma manera ante los mismos estímulos

Ceslowitz (1999) señala que las enfermeras con menores sentimientos de SB emplean con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento de carácter activo dirigidas al problema; las enfermeras que experimentaban altos niveles de SB utilizaban con más frecuencia estrategias de afrontamiento de escape-evitación, autocontrol y confrontación. Las enfermeras que utilizan como estrategias de afrontamiento el escape-evitación presentan mayores niveles de cansancio emocional; asimismo las que utilizan como estrategias de afrontamiento el distanciamiento y la confrontación presentan mayores niveles de despersonalización. Leiter (1991), realizó un estudio longitudinal en el que encontró que las estrategias de afrontamiento centrado en el problema (activas) previenen el SB porque aumentan los sentimientos de realización personal en el trabajo, mientras que las de escape facilitan la aparición del síndrome. Las estrategias de afrontamiento activo implican confrontación o intento de cambiar la fuente de estrés o a sí mismo, mientras que las estrategias de afrontamiento inactivo implican evitación o negación de la fuente de estrés por medios cognitivos o físicos. Este autor hace referencia al clima laboral, y menciona que las enfermeras que creen tener un buen clima laboral son personas que utilizan como estrategia de afrontamiento la búsqueda de apoyo social como forma de afrontamiento centrado en el problema. Por lo que se refiere al SB encontró que las enfermeras que puntúan bajo en “SB” utilizan como estrategia de afrontamiento la aceptación de la responsabilidad, los sujetos que puntúan más bajo en SB utilizan como estrategias de afrontamiento la búsqueda de apoyo social y por tanto en una forma de afrontamiento centrado en el problema.

En un estudio realizado en Canadá acerca de la relación de SB y estrategias de afrontamiento, en salas quirúrgicas, demuestran la relación entre estas dos variables. La forma de afrontamiento al estrés puede tener un efecto positivo en la satisfacción de la enfermera en su trabajo y en la calidad del servicio (Petermann y Springer 1995).

Otros estudios han demostrado una relación entre el afrontamiento y la salud mental; Moos (1993), Simoni y Peterson (1997) así como Strivastava (1991) son algunos autores que han encontrado estrategias de afrontamiento positivas en este gremio, por ejemplo, resolviendo problemas con análisis lógico de la situación. En estas investigaciones, se ha observado que la evitación y la supresión de sentimientos están asociadas con el estrés; sugieren que las enfermeras que ocupan más a menudo las estrategias de afrontamiento adaptativas tienen mejor salud mental ya que es un moderador del impacto de estrés.

Los estudios sobre afrontamiento en enfermeras, han revelado varios hallazgos significativos, Tysona et al. (2002) describieron tres tipos de estrategias de afrontamiento de las enfermeras. La primera de ellas es la estrategia de resolución de problemas, que incluye la definición de metas, la planificación y la búsqueda de soluciones alternativas. La segunda estrategia es la búsqueda de apoyo social, que es la tendencia a recurrir a otros para el consejo, la comunicación y la comodidad. La última es la estrategia de evitación, que implica la retirada física o psicológica a través de la distracción o la fantasía.

Carson et al. (1995) indicaron que niveles altos de estrés laboral es una experiencia común entre las enfermeras psiquiátricas, se ha demostrado que la enfermera en psiquiatría tiene similares niveles de estrés que otras especialidades, la diferencia radica en que tiene una mayor relación con los pacientes. Fagin y Barlett (1995) identificaron varias estrategias de afrontamiento en el personal de enfermería en áreas psiquiátricas, que incluyen resolución de problemas, la distracción activa, auto-consolidación, la expresión emocional, la planificación anticipada, la orientación a la meta (Govender, 1999; Smythe, 1994).

2.4 Estrategias de afrontamiento instrumentos de evaluación.

A continuación, se presentan los principales instrumentos de medición del afrontamiento destacando su confiabilidad, y validez.

Ways of Coping Questionnaire (WCQ) (Folkman y Lazarus, 1985). Es un instrumento que evalúa una completa serie de pensamientos y acciones que se efectúan para manejar una situación estresante, cubre al menos ocho estrategias diferentes las dos primeras más centradas en la solución del problema, las cinco siguientes en la regulación emocional, mientras que la última se focaliza en ambas áreas.

Escala de Estrategias de Coping (EEC). Fue desarrollada por Chorot y Sandín (1987) con la finalidad de obtener una prueba psicométrica que evaluara un amplio espectro de formas de afrontamiento al estrés.

Escala de Evaluación de Técnicas de Afrontamiento (COPE) Fue desarrollada por Carver, Scheier y Weintraub, (1989). Evalúa los aspectos conductuales de la respuesta al estrés. Consta de 60 ítems de tipo Likert que evalúan 15 modos de afrontamiento: afrontamiento activo, planificación, búsqueda de apoyo social instrumental, búsqueda de apoyo social emocional, supresión de actividades distractoras, religión, reinterpretación positivo, aceptación, desahogo, negación, desconexión mental, desconexión conductual, consumo de drogas y humor. En lo que respecta a las características psicométricas, la consistencia interna de la escala presenta una correlación que oscila entre 0.45 y 0.92 para los diferentes modos de afrontamiento.

Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación (ESCAPS). La escala denominada en inglés Coping Adaptation Processing Scale (CAPS), fue diseñada por Callista Roy en el año 2004, con el fin de identificar las estrategias de afrontamiento y adaptación que la persona utiliza para hacer frente a situaciones difíciles o críticas.

El Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) (González, M. y Landero, R. (2007)), es una medida de autoinforme diseñada para evaluar siete estilos básicos de afrontamiento: (1) focalizado en la solución del problema, (2) autofocalización negativa, (3) reevaluación positiva, (4) expresión emocional abierta, (5) evitación, (6) búsqueda de apoyo

social, y (7) religión. La consistencia interna alfa de Cronbach para las 7 subescalas varían entre 0.64 y 0.92.

Escala de Estrategias de Afrontamiento del Estrés Asistencial (Paris, 2007), conformada por 24 ítems, con formato Likert de tres puntos (de 1=nunca, a 3=siempre). El instrumento explora las siguientes estrategias de afrontamiento del estrés asistencial: estrategias des adaptativas estrategias de resolución de problemas estrategias de resignación y estrategias de distanciamiento. Los índices de consistencia interna de cada dimensión fueron superiores a 0.70.

CAPITULO 3. CLIMA ORGANIZACIONAL Y SU RELACION CON LA SALUD MENTAL

Este capítulo tiene como propósito exponer el concepto de clima organizacional algunos modelos explicativos se describen algunos estudios acerca del clima organizacional y su relación con el SB y con otras variables en el contexto de enfermería, se expone de manera general los rasgos del deterioro del clima organizacional, y al final se detallan las buenas prácticas del clima organizacional, con el fin de guiar la conducta de los líderes, para proponer estrategias encaminadas a elevar la calidad y la productividad en los centros donde la enfermera presta sus servicios.

3.1 Definiciones del Clima Organizacional

El estudio acerca del clima organizacional se ha venido desarrollando y ofreciendo una amplia gama de definiciones del concepto, existe un significativo consenso en que el Clima Organizacional es una dimensión de la calidad de vida laboral y tiene gran influencia en la productividad y el desarrollo del talento humano de una organización.

Morse y Reimer (1956) consideraban que las condiciones (atmósfera, clima) creadas en el lugar de trabajo tienen importantes consecuencias sobre los empleados como los son alto nivel de rendimiento y de satisfacción de los trabajadores quienes perciben de manera negativa o positiva el ambiente de la organización en la cual se desempeñan.

Más adelante, Litwin y Stringer (1978) dan relevancia a factores subjetivos en la organización como lo son: actitudes, creencias, valores y motivaciones de los trabajadores. Estos autores hacen manifiesto que el estilo de dirección al interior de la organización es clave en la percepción del clima de una empresa.

Tagiuri (1968) afirmó que el clima organizacional es una cualidad relativa del medio ambiente interno de una organización que la experimenta sus miembros e influye en la conducta de éstos. Define el clima organizacional como las percepciones del ambiente organizacional que está determinado por los valores, actitudes u opiniones personales de los empleados, y que dan como resultado la satisfacción y la productividad que están

influenciadas por las variables del medio y las variables personales del trabajador. Esta definición también agrupa aspectos organizacionales tales como el liderazgo, los conflictos, los sistemas de recompensas y castigos, el control y la supervisión, así como las particularidades del medio físico de la organización.

Robbins (1993) define al clima organizacional lo como la personalidad de la organización y se puede asimilar con la cultura ya que permite reafirmar las tradiciones, valores, costumbres y prácticas. Chiavenato (1990) por su parte, considera que el clima organizacional es el medio interno y la atmósfera de una organización.

3.2 El clima organizacional y sus modelos explicativos

A continuación, se señalan algunos de los principales modelos explicativos que se han dado al concepto de clima organizacional.

Hellrieger y Slocum (1974) emplean un conjunto de variables, conjugando desde los aspectos “hard” (estructura; aspectos físicos; recompensa) con los “soft” (consideración; calidez y apoyo). James y Sells (1981) definen un modelo, depositando una especial atención en el terreno de las percepciones de los trabajadores, destacando como cinco elementos explicativos 1) el relacionado con las características propias del puesto de trabajo 2) el rol o papel laboral desarrollado 3) las particularidades sobre las que se construye el liderazgo 4) el trabajo en equipo 5) las características propias de la organización, lo que de algún modo sugiere la presencia de la cultura organizativa como elemento transversal del análisis. Glick (1985) propone un modelo reintegrador de diferentes dimensiones explicativas del clima laboral mencionando: la confianza en el superior, la consideración, la comunicación, la distancia psicológica al líder, la apertura o flexibilidad mental, la orientación al riesgo, la equidad y la calidad de servicio y atención. Por otro lado, De Cotiis (1991) profundizan en otras variables de la organización: autonomía, cohesión, confianza, presión, apoyo, reconocimiento, equidad e innovación. Álvarez (1993) sistematiza el clima laboral por categorías 1) valores colectivos 2) posibilidades de superación 3) desarrollo; recursos materiales y ambiente físico 4) retribución material y moral 5) estilos de dirección 6) sentimientos de pertenencia 7) motivación y compromiso 8) resolución de quejas y conflictos

9) relaciones humanas 10) relaciones jefes-subalternos 11) control y regulaciones 12) estructura organizativa y diseño del trabajo. Más recientemente, Goleman (2000) analiza el papel del liderazgo en las organizaciones y su impacto en el clima de trabajo, analiza las características que concurren en el líder y de algún modo, el impacto que ello puede representar en el clima organizativo.

En nuestro país, Muñoz Seco et al. (2006), realizaron una interesante investigación donde se examinó la vinculación entre la calidad de vida profesional y el clima organizativo. Entre sus principales conclusiones están que el clima influye en la calidad de vida profesional, especialmente en la motivación y el apoyo directivo; el compromiso mejora la motivación intrínseca y la valoración del apoyo directivo mejora si lo hacen la cohesión y el trabajo en equipo.

3.3 Síntomas de deterioro organizacional.

A continuación se realizará el análisis de los signos y repercusiones propio de un clima laboral deteriorado o lo que podría denominarse como clima tóxico, esto con la finalidad de identificar estos, en el departamento de enfermería.

Por síntomas se entienden las manifestaciones o, si se prefiere, las desviaciones que presenta cada una de las variables observadas sobre un comportamiento asumido como normal en las organizaciones (Olaz, 2013). En el siguiente cuadro se exponen de manera gráfica, los síntomas de deterioro del Clima Laboral.

Cuadro 1 Síntomas de deterioro del Clima Laboral

| Escenarios del clima laboral | Aspectos estructural - organizativos | Contexto organizativo | Variables subyacentes | Síntomas de deterioro |
|------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | Definición cultural y organización | 1.-Deterioro de misión, visión y valores junto a bajos niveles de compromiso hacia la propia organización e indefinición de objetivos organizativos |
| | | | Aspectos retributivos y expectativas motivacionales | 2.-Estancamiento de la promoción profesional, salarios discutidos internamente y con relación al sector, precariedad laboral y escaso reconocimiento del estatus adquirido |
| | | | Comunicación y concentración de poder | 3.-Escasa participación en la toma de decisiones y falta de control sobre el trabajo |

| | | | |
|------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aspectos de recursos humanos | Contenido de trabajo | Relaciones interpersonales en el trabajo | 4.-Aislamiento físico, poca relación con superiores y colaboradores, junto a conflictos interpersonales |
| | | Conciliación vida personal y profesional | 5.-Conflictos entre el trabajo y el hogar, poco apoyo en el hogar y problemas derivados de una doble carrera |
| | | Entorno de trabajo | 6.-Problemas relacionados con la fiabilidad, disponibilidad, idoneidad y mantenimiento tanto del equipo como de las instalaciones |
| | | Diseño de puestos y de tareas | 7.-Falta de variedad, pérdida global del proceso de trabajo, fragmentación y ausencia de significado, infrautilización y sobreutilización de las |
| | | Dimensionamiento de plantillas carga de trabajo asociada | 8.-Sobrecarga o escasa carga de trabajo, falta de control con respecto al ritmo establecido, altos niveles de presión en tiempo y forma |
| | | Comunicación efectiva | 9.-Problemas relacionados con la ausencia de comunicación por parte del emisor, receptor, canales, mensajes y contextos inadecuados |
| | Del grupo | Motivación intrapersonal | 10.-Ausencia de expectativas, bajos niveles de reconocimiento y proyección profesional en el corto, medio y largo plazo |
| | | Liderazgo proactivo | 11.-Estilos de dirección autoritarios basados en la fiscalización del trabajo y ausencia de planes personalizados que impidan el desarrollo de las personas |
| | | Trabajo en equipo | 12.-formas de trabajo basadas en el individualismo y competencia entre los propios trabajadores, significando que el fin justifica los medios |
| | | Grado de conocimientos | 13.-lagunas, errores, desorientación y significado del valor aportado al trabajo encomendado |
| | Personal | Nivel de capacidades | 14.-Exceso / escaso nivel de responsabilidad para el puesto desempeñado o tareas superadas para la teórica potencialidad del individuo |
| | | Escala de habilidades | 15.-Carencias de herramientas intra – interpersonales para el desarrollo de las competencias del puesto en el entorno de trabajo |

Fuente. El clima laboral en cuestión. Revisión bibliográfica Olaz (2013)

3.4 Repercusiones del deterioro del clima laboral.

Las repercusiones que pueden derivarse de un clima tóxico, recaen sobre tres protagonistas: 1) el individuo 2) el grupo 3) la organización (Olaz, 2013). En el individuo, el impacto psicológico puede ir desde la insatisfacción y ausencia de motivación, al SB como cristalización de un ciclo larvado en el tiempo. En otros casos, cuando la situación es de una mayor intensidad, pueden aflorar cuadros de, paranoia o la depresión. Desde el punto de vista del grupo las repercusiones pueden originar el victimismo, la holganza, la desconfianza y el descuido de funciones, es común la falta de respeto como sublimación de todo lo anterior, a nivel comportamiento del grupo se observa una pérdida de productividad y, sobre todo, una ruptura del espíritu de trabajo en equipo. En este contexto la organización como elemento envolvente del equipo de trabajo y de las personas, es el lugar donde parece producirse un “efecto invernadero” que no hace sino elevar la temperatura hasta casi convertir el espacio de trabajo en una “caldera a presión” esto finalmente provoca un clima insano que no sólo afecta a la propia estructura organizativa, sino además, a su supervivencia del grupo e individuo, en un entorno cada vez más agresivo y cambiante, donde la capacidad para asimilar los cambios, hay que hacerlos de un modo casi instantáneo. (Olaz, 2013).

3.5 Enfermería y las buenas prácticas en la mejora del clima laboral

La (OMS) Organización Mundial de la Salud (2010) consideran al lugar de trabajo como un entorno prioritario para la promoción de la salud en el siglo XXI. La salud en el trabajo y los entornos laborales saludables se cuentan entre los bienes más preciados de personas, comunidades y países. Un entorno laboral saludable es esencial, no sólo para lograr la salud de los trabajadores, sino también para hacer un aporte positivo a la productividad, la motivación laboral, el espíritu de trabajo, la satisfacción en el trabajo y la calidad de vida general (OMS, 2010)

El mejoramiento de los ambientes de la práctica de enfermería dentro de los hospitales han sido estudiados, y se ha encontrado relación con la insatisfacción con el trabajo, baja productividad mala calidad de atención inseguridad en el cuidado de pacientes (American Organization of Nurse Executives, 2006).

Es importante que los líderes de enfermería identifiquen las variables participantes en el clima organizacional relacionadas con el contexto organizativo, (contenido del trabajo, significado del grupo y apreciación personal del individuo) para la instauración de buenas prácticas en el clima laboral, ya que puede aliviar o eliminar síntomas de deterioro organizacional que repercutirá en otras tantas variables subyacentes como lo son el SB (Salud Laboral seguridad y bienestar de la enfermera, 2008). En este tenor, podemos decir que las buenas prácticas en el clima laboral, pueden entenderse el conjunto de acciones orientadas a prevenir aquellos aspectos que limitan, degradan o deterioran el buen clima organizacional. Por otro lado, aminoran y/o corrigen los factores que ya instalados en la organización, que pueden perjudicar severamente su convivencia y los resultados esperados (Salud Laboral seguridad y bienestar de la enfermera, 2008).

Tabla 2. Buenas Prácticas en el Clima Laboral.

| BUENAS PRACTICAS |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Definición cultural basada en la misión, visión y valores junto a elevados niveles de compromiso hacia la propia organización y definición de objetivos organizativos compartidos. |
| Apuesta por la promoción profesional, salarios equilibrados |
| Oportunidades de participación en la toma de decisiones y delegación en la toma de decisiones. |
| Integración, apuesta por la multiculturalidad y por las relaciones interpersonales con independencia del cargo o status |
| Desarrollo de políticas de actuación concretas en materia de conciliación laboral con especial atención a la flexibilidad horaria, y compensación – beneficios. |
| Inversión y mantenimiento preventivo, correctivo y de conservación de elementos y variables configurativos del entorno e instalaciones. |

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Racionalización y reingeniería de procesos de trabajo |
| Diseño, desarrollo e implantación de políticas y programas de actuación concretos orientados a la adquisición, estimulación y desarrollo de la comunicación formal e informal en la organización. |
| Desarrollo de sistemas de liderazgo basados en la cooperación, proactividad y acomodados al espacio situacional donde se desarrolla la acción en la búsqueda de una eficiencia del trabajo en equipo. |
| Desarrollo del trabajo en equipo basado en el compromiso y cooperación del grupo en un amplio horizonte temporal buscando la mejor adecuación entre la persona y el puesto de trabajo. |
| Inversión formativa en aspectos técnicos junto a todo aquel conjunto de medidas motivacionales hacia el resto de los trabajadores. |
| Desarrollo de programas de actuación orientados a potenciar el nivel de capacidades de los trabajadores en atención a su nivel potencial y rendimiento esperado en la organización. |
| Inversión formativa en materia de habilidades personales, sociales y directivas. |
| Definición de funciones y responsabilidades asociadas al puesto de trabajo, en conexión con la arquitectura organizativa y de los procesos de trabajo asociados. |

Fuente. El clima laboral en cuestión. Olaz (2013)

3.6 Relación entre Clima organizacional y Síndrome de Burnout .

En un estudio comparativo realizado por Aiken (1999) con dos muestras de enfermeras psiquiátricas y no psiquiátricas en hospitales generales de EUA, se analizó su entorno de trabajo, satisfacción laboral y SB, calidad de atención, eventos adversos, obteniendo los siguientes resultados: entorno laboral, en cuanto a la percepción de la gestión mostró un acuerdo entre los dos grupos donde manifestaron falta de apoyo en la gestión, informando que los gerentes no responden a las preocupaciones del gremio, refirió falta de participación en las decisiones políticas, así como la percepción de no ser reconocidas por su trabajo, 41% de ambos grupos expresaron insatisfacción con sus puestos de trabajo, un tercio o más, en los dos grupos puntuó en niveles altos de cansancio emocional en relación con otras profesiones (trabajadores sociales médicos) con niveles altos de SB, entre los dos grupos las enfermeras psiquiátricas obtuvieron puntuaciones más bajas de SB (34% psiquiátricas y 44% enfermeras no psiquiátricas).

Desde una perspectiva macroanalítica, la cultura y el clima organizacional pueden explicar aspectos significativos en el desarrollo SB. Por ejemplo, la socialización laboral desempeña un papel relevante en el desarrollo de las actitudes laborales de los profesionales y estas actitudes se transmiten de unos profesionales a otros mediante procesos de socialización en los que la cultura de la organización, tienen una gran importancia (Winnubst ,1993).

Romero (2011) evidencio la relación que existe entre la calidad de atención y la satisfacción laboral; en este estudio demostró la que el clima organizacional puede tener influencia directa o indirecta en la percepción de la calidad de la prestación de los servicios.

Gibson (1992) establece una asociación entre el nivel de motivación y el ausentismo laboral, el nivel de estrés y los problemas de salud del trabajador, teniendo como resultado que el ambiente laboral del personal de enfermería y la presión asistencial, en el ámbito hospitalario, tiene un impacto negativo en el nivel de motivación laboral.

Se han analizado los factores organizacionales que son antecesores de este síndrome. En un estudio realizado por Hanrahan et al. (2010) en EUA se analizó la relación entre factor organizacional en 67 hospitales y los niveles de SB en 353 enfermeras psiquiátricas, se

observó que bajos niveles de SB fueron asociados con la mejora en la calidad en el ambiente de trabajo, una mejor relación entre enfermeras y el trabajo en equipo.

Así mismo, se obtuvieron evidencias que sugieren que los ajustes en el ambiente laboral permitieron la disminución de SB en las enfermeras psiquiátricas, aumentando la satisfacción laboral, asegurando con esto la mejora en la capacidad de mantener entornos de atención seguros y efectivos. Como ya se mencionó la calidad en el ambiente de trabajo se relaciona con el SB y con la calidad de atención. (Leiter y Maslach 2009). Esta relación ha sido poco investigada en México, ya que son pocos estudios que han analizado los factores organizacionales asociados con enfermeras psiquiátricas. En otras Investigaciones muestran que el SB en enfermeras psiquiátricas está asociado a una mala gestión administrativa (Callaghan, 2000) y algunos problemas específicos en el campo de la psiquiatría como agresiones verbales y físicas incrementan los niveles de SB, entre otros, como lo muestran investigaciones realizadas por Flannery et al., (2007). En estudios realizados utilizando el MBI y la escala WES para medir ambiente laboral, se ha demostrado que cuando las enfermeras trabajan con autonomía, orientación a la tarea comodidad física, manejan mejor el estrés disminuyendo el riesgo de SB.

En un estudio realizado por Monte (1996) con profesionales de enfermería de centros ocupacionales para discapacitados psíquicos, se concluyó que el conflicto de rol desarrolla una respuesta de carácter emocional, mientras que la ambigüedad de rol propicia una respuesta de carácter cognitivo-aptitudinal

3.7 Medición del Clima Organizacional

La Escala de Clima Social en el trabajo, Work Environment Scale (WES) de Moos et al. (1993). y adaptada al castellano por Fernández Ballesteros. Evalúa las características socio-ambientales y las relaciones personales en el trabajo. Este instrumento consta de 90 ítems con dos posibilidades de respuesta (verdadero/falso), agrupados en 10 subescalas que evalúan tres dimensiones fundamentales: Relaciones, Autorealización, Estabilidad/Cambio Estas subescalas evalúan el grado en que los empleados conocen lo que se espera de su tarea diaria y

cómo se les explican las normas y planes de trabajo; el grado en que la dirección utiliza las normas y la presión para controlar a los empleados.

La Escala de Clima Organizacional (EDCO) de Acero Yusset, Echeverri Lina Con el estudio del clima organizacional, pretende identificar un parámetro a nivel general sobre la percepción que los individuos tienen dentro de la organización y la organización sobre ellos. La prueba consta de 40 ítems y mide Relaciones interpersonales, Estilo de dirección, Sentido de pertenencia, Retribución, Disponibilidad de recursos, Estabilidad, Claridad y Coherencia en la dirección., así como Valores colectivos.

Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO), desarrollada por Uribe y Pichardo (2007), consta de 70 reactivos y mide tres factores (Agotamiento emocional, Despersonalización e Insatisfacción de logro) con confiabilidades de .72 para Agotamiento emocional, .72 para Despersonalización y .86 para insatisfacción de logro para los tres factores de desgaste ocupacional respectivamente.

Escala Mexicana de Clima organizacional (EMCO), escala construida para población mexicana por Gómez y Vicario (2008) se integra de factores estructurados en tres niveles de análisis (sistema individual, interpersonal y organizacional) y se caracteriza por ser una escala de 29 reactivos.

El cuestionario de Litwin y Stringer: el instrumento, se ideó para poner a prueba ciertas hipótesis acerca de la influencia del estilo de liderazgo y del clima organizacional sobre la motivación y la conducta de los miembros de la organización. El enfoque del instrumento es importante debido a que reconoce que el comportamiento de los trabajadores no es una consecuencia solamente de los factores organizacionales, sino de las percepciones del trabajador respecto de dichos factores. Litwin y Stinger, postulan la existencia de nueve dimensiones que explicarían el clima existente en una determinada empresa: Estructura, Responsabilidad (empowerment), Recompensa, Desafío, Relaciones, Cooperación, Estándares, Conflictos e Identidad.

Test Clima Organizacional, construido por Caraveo et al. (1988) que mide: Cooperación, Comunicación, Recompensas, Identificación con la empresa, Estabilidad en el

empleo, Oportunidades de ascenso y Relación con la autoridad. Las características del cuestionario son las siguientes, es autoaplicable, cerrado, de 30 preguntas (tres opciones de respuesta: 2 puntos=bueno, 1 punto=regular y 0 punto=malo); escala rango para tres niveles de percepción de clima organizacional (adecuado=60-50, regular=49-30 e inadecuado=29-0), con consistencia interna ($\alpha =.0.87$).

CAPITULO 4.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

4.1 Pregunta de investigación.

¿Qué relación existe entre el clima organizacional las estrategias de afrontamiento, y el SB en el personal de enfermería que labora en hospitales psiquiátricos y hospitales de urgencias?

4.2 Objetivo general.

Analizar la relación entre clima organizacional, y el afrontamiento al estrés asociada con el SB en personal de enfermería que labora en un hospital psiquiátrico y hospitales de urgencias.

4.3 Objetivos específicos.

Identificar el nivel de SB de enfermería que labora en hospitales psiquiátricos y hospitales de urgencias.

Conocer las características del clima organizacional en el que se desempeñan las enfermeras que laboran en hospitales psiquiátricos y hospitales de urgencias.

Conocer las estrategias de afrontamiento del personal de enfermería con y sin Síndrome de burnout que labora en hospitales psiquiátricos y hospitales de urgencias.

Identificar la relación entre las dimensiones del síndrome de burnout con clima organizacional y las estrategias de afrontamiento del personal de enfermería que labora en hospitales psiquiátricos y hospitales de urgencias.

4.4 Justificación del estudio

El ejercicio de la profesión de enfermería en áreas psiquiátricas y de urgencias lleva consigo gran responsabilidad sobre la vida, y el cuidado de personas en estado crítico, donde el personal de enfermería se encuentra en constante estrés, derivado de las características especiales del paciente. Maslach (1978) determinó que la atención directa y el trato diario con los pacientes, son los determinantes más destacados del Síndrome de Burnout en este gremio.

Este síndrome se relaciona con la aparición de síntomas o molestias orgánicas que han

sido estudiadas en las enfermeras mexicanas. Aunado a esto, encontramos otros factores de carácter laboral donde existen problemas y conductas no saludables dentro de los servicios de salud, lo que pone de manifiesto que la enfermería es una población vulnerable de presentar enfermedades laborales como lo son estrés, Síndrome de Burnout y trastornos afectivos como la depresión (Krakowski, 1982) etc.

Muchos de los estudios realizados se han ocupado de estudiar los estresores que afectan al personal de enfermería, pero en México no se ha estudiado a profundidad aquellos derivados de condiciones deficientes de trabajo, en específico con el clima laboral. La exposición crónica a los estresores laborales puede llevar a los profesionales de enfermería a sufrir síndrome de Burnout, (Maslach y Jackson, 1982). Es muy importante conocer qué relación existe entre las variables laborales y las estrategias de afrontamiento que están influyendo de manera positiva o negativa para que este fenómeno se presente en enfermeras que laboran en diferentes tipos de hospitales (dos hospitales de urgencias y un hospital psiquiátrico). La literatura acerca del tema expone que los predictores más potentes del SB, según, Hare et al. (1988) son las relaciones interpersonales en el trabajo, la insatisfacción con su rol, experimentar altos niveles de estrés en el trabajo, sentimientos de apatía y recibir apoyo inadecuado. Derivado de esto, existe la necesidad de prevenir este síndrome ya que se ha demostrado que hace perder sentimientos positivos hacia sí mismos y hacia sus pacientes, a quienes pueden dirigirse con una actitud deshumanizada y cínica. De igual manera, se observa la importancia de analizar las estrategias de afrontamiento en los momentos de estrés, y generar habilidades para tener un equilibrio en la salud física y mental. Para lograrlo, es importante profundizar en el conocimiento de los factores psicosociales nocivos en la actividad laboral de enfermería

En esta investigación, se propone analizar y comparar la calidad del ambiente laboral para generar evidencias acerca de este fenómeno ya que se ha demostrado ser un antecesor del SB y buscar las causas, determinar indicadores y predictores del SB Brunet (1987), la calidad del ambiente laboral puede verse afectada por factores organizacionales y administrativos. Así mismo pretende tener herramientas para la generación de programas educativos y preventivos en el personal de enfermería que labora en hospitales de urgencias y de psiquiatría.

4.5 Planteamiento de la hipótesis.

1. Las enfermeras que laboran en hospitales de urgencias y psiquiátricos, con climas organizacionales negativos se observarán niveles más altos en las diferentes dimensiones del síndrome de burnout en ambos hospitales.
2. Las enfermeras con estrategias de afrontamiento no adaptativas obtendrán niveles más altos en las diferentes dimensiones del síndrome de burnout.

4.6 Definición de Variables

Tabla 3 Variable dependiente: Síndrome de Burnout

| Nombre de la variable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo de variable | Respuesta |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------|
| Síndrome de Burnout | Estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por el involucrarse en situaciones emocionalmente demandantes, durante un tiempo prolongado | Síndrome psicológico en respuesta a estresores crónicos en el trabajo constituido por tres dimensiones agotamiento emocional, despersonalización y realización personal | Ordinal | Alto Medio Bajo |

Tabla 4. Variable independiente: Clima organizacional.

| Nombre de la variable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo de variable | Respuesta |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------|
| Clima organizacional | El conjunto de características permanentes que describen una Organización, la distinguen de otra e influye en el comportamiento de las personas que la forman. | Son las actitudes y opiniones del personal acerca del clima laboral en que se desenvuelven profesionalmente se divide en 6 subescalas. 1.-Motivación y Clima Organizacional. Se refiere a la estimulación hacia la labor. 2.-Interacción jerárquica. Califica las relaciones de trabajo. 3.-Tensión laboral. Referente a estresores laborales identificables. 4.-Clima laboral. Relacionado con el conocimiento de deberes y obligaciones 5.-Interacciones Grupales. respeto, adaptación y comunicación percibida por el trabajador en su área de trabajo 6.-Imagen de la empresa. Se refiere al concepto que tiene el trabajador sobre la empresa para la cual trabaja | Dicotómica | Satisfactorio No satisfactorio |

Tabla 5. Variable independiente: Estrategias de afrontamiento

| Nombre de la variable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo de variable | Respuesta |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Estrategias de afrontamiento | Aquellaos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo demandantes, durante un tiempo prolongado. | Evalúan siete estilos básicos de afrontamiento: a) Focalizado en la solución del problema b) Auto focalización negativa c) Reevaluación positiva. d) Expresión, emocional abierta. e) Evitación. f) Búsqueda de apoyo social. g) Religión | Dicotómica | Estrategias afrontamiento adaptativo Estrategias afrontamiento Mal adaptativo |

CAPITULO 5. METODO

5.1 Tipo de estudio

Para dar respuesta a la pregunta de investigación se llevó a cabo un estudio exploratorio, transversal, correlacional.

5.2. Muestra

La muestra fue no probabilística, por conveniencia de profesionales de enfermería que aceptaron participar voluntariamente, integrada por 168 enfermeros y enfermeras, 89 de ellos laboraban en un hospital psiquiátrico y 79 en dos hospitales de urgencias. Dado el tamaño de población del personal que labora en estos centros y con base a los criterios de selección, se eligieron los participantes sin estimar previamente el tamaño muestral.

5.3. Criterios de inclusión

Personal de enfermería voluntario de los hospitales seleccionados.

Personal de base y contrato

Todas las edades

Todos los turnos

5.4. Criterios de exclusión

Personal que cubra un servicio o suplencia.

Personal en periodo vacacional.

Personal con funciones administrativas

5.5. Criterios de eliminación

Negarse a participar en el estudio.

5.6. Descripción de la población del estudio.

El estudio se llevó a cabo con el personal de enfermería que labora en una institución que brinda atención psiquiátrica y dos hospitales de urgencias medico quirúrgicas del centro de México. En el hospital psiquiátrico existe una plantilla total de 120 enfermeras distribuidas

en 5 turnos: Matutino, vespertino, nocturno A, nocturno B y jornadas especiales (sábados, domingos y días festivos) donde se obtuvo una tasa de respuesta de 75.66% de cooperación de 81.65% y una tasa de rechazo de 9.35%. En los hospitales de urgencias existe una plantilla aproximada de 55 enfermeras en cada hospital, donde se manejan los mismos turnos y horarios, la tasa de respuesta fue de 62.79%, de cooperación fue de 73.15% y de rechazo fue de 23.04%.

5.7 Instrumentos

Para evaluar el SB se utilizó el Maslach Burnout Inventory (MBI) el cual se considera como el estándar de oro para valorar el burnout y el cual ha sido previamente validado al español (Meda y Moreno, 2008). Se trata de un cuestionario creado y validado por la Dra. Christina Maslach (1981) que valora las 3 esferas relacionadas con el burnout, cansancio emocional, despersonalización y realización personal, de 22 reactivos en forma de afirmaciones sobre los sentimientos personales y actitudes del profesional en su trabajo y hacia sus pacientes, con 7 opciones de respuesta tipo likert: 0=nunca; 1=pocas veces al año; 2=una vez al mes; 3=unas pocas veces al mes; 4=una vez a la semana; 5=pocas veces a la semana; 6=todos los días.

Los componentes del instrumento se agrupan en 3 subescalas o dimensiones: 1) Cansancio Emocional, consta de 9 reactivos (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), valora la vivencia de estar agotado emocionalmente por las demandas del trabajo, las puntuaciones de 27 o más son indicativas de altos niveles de cansancio emocional, el intervalo de 19 a 26 corresponde a puntuaciones intermedias y las puntuaciones debajo 19 son indicativas de niveles bajos de cansancio emocional; 2) Despersonalización, evalúa el grado en que cada persona reconoce actitudes de frialdad distanciamiento y respuestas cínicas hacia otros, está conformada por 5 reactivos (5, 10, 11, 15, 22), se consideran niveles de despersonalización altos las calificaciones arriba de 10 puntos, nivel medio de 6 a 9 puntos y nivel bajo menos de 6 puntos; 3) Realización personal reducida, evalúa los sentimientos de autosuficiencia y realización personal en el trabajo, se compone de 8 reactivos (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) se califica en

orden inverso de 0 a 33 puntos indicaran baja realización, 34 a 39 intermedia y 40 o más puntos indican alta sensación de logro profesional.

Niveles altos en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización junto con niveles bajos de realización personal se consideran indicativos de SB. El resultado obtenido de las tres escalas constituye en sí un constructo continuo y particular que puede tener diferentes grados de intensidad. La relación entre puntuación y grado de SB es dimensional, es decir, no existe un punto de corte que indique si existe o no existe tal entidad. Lo que se ha hecho es distribuir los rangos de las puntuaciones totales de cada subescalas en tres tramos que definen un nivel de burnout experimentado como Bajo (AE = 0 < 18; DP = 0 < 5; RP = 0 > 40), Medio (AE 19-26; DP 6-9; RP 34-39) o Alto (AE = 0 > 27; DP = 0 > 10; RP = < 33).

La consistencia interna del MBI en el estudio se realizó mediante el cálculo del coeficiente alpha de Cronbach, que evalúa el grado de convergencia de cada reactivo respecto a su dimensión, se obtuvo un alfa de Cronbach 0.562 para los 22 reactivos que miden las tres subescalas.

Para el agotamiento emocional se obtuvo un alfa de Cronbach 0.834, para la despersonalización 0.210 y para la realización personal se obtuvo un alfa de Cronbach 0.789.

Respecto de las propiedades psicométricas del MBI, las escalas que componen el cuestionario muestran índices adecuados que superan el criterio de 0.70 recomendado (Nunnally y Berstein, 1994) a excepción de la dimensión de despersonalización, que presenta un alfa de 0.210, como lo muestra la tabla 9.

Tabla 6 Puntos de corte para medición de MBI

| Dimensiones | Bajo | Medio | Alto |
|-----------------------|------|-------------|------|
| Agotamiento emocional | <=18 | Entre 19-26 | >=27 |
| Despersonalización | <=5 | Entre 6-19 | >=20 |
| Realización personal | >=40 | Entre 34-39 | <=33 |

Fuente: Dávila, y Romero, M. (2010). Tesis de grado.

Cuestionario de opinión sobre Clima Organizacional.

En 1988, Jorge Caraveo y colaboradores, construyeron un cuestionario con base en el modelo de diagnóstico organizacional de French y Bell (1973). Este instrumento ha sido utilizado en diversos estudios en población mexicana (en empresas de iniciativa privada) y por ello se consideró superior a otros instrumentos que hayan sido validados en población extranjera. Es un cuestionario auto aplicable de 36 reactivos que exploran las actitudes y opiniones del personal acerca del clima laboral en que se desenvuelven profesionalmente. Todas las subescalas tienen una calificación categórica y dimensional. Se compone de 6 subescalas: 1) Motivación y Clima Organizacional (1, 11, 15, 18, 20, 23, 26, 31, 33, 35, 36) con un coeficiente de confiabilidad de 0.79 en población mexicana; 2) Interacción jerárquica (ítems 3, 4, 8, 22, 27, 32, 34) con un Alpha de Cronbach=0.86. 3) Tensión laboral (ítems 9, 10, 13, 16, 17, 24, 29, 30) Alpha de Cronbach=0.72. 4). Clima laboral (ítems 2, 7, 12, 14) Alpha de Cronbach=0.66. 5) Interacciones Grupales (ítems 5, 6, 21) Alpha de Cronbach=0.70. 6) Imagen de la empresa (ítems 19, 25, 28) Alpha de Cronbach de 0.65. Se califica considerando el grado de acuerdo con cada una de las afirmaciones (1=en total desacuerdo hasta 4=en total acuerdo). El punto de corte entre satisfactorio y no satisfactorio se determina por el valor medio de las tendencias centrales de cada pregunta.

Como lo muestra la tabla 9, la consistencia interna del cuestionario de clima laboral en el estudio se realizó mediante el cálculo del coeficiente Alpha de Cronbach, donde se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.87 para 36 reactivos, para la subescala motivación y clima organizacional se obtuvo Alfa de Cronbach: 0.79, para la subescala interacción jerárquica, 0.86, en la tensión laboral el Alfa de Cronbach fue de 0.52, en la subescala clima laboral el Alfa de Cronbach: 0.78, para la subescala interacción grupal 0.76, por último la imagen de la empresa arrojó un alfa de Cronbach:0.42. Respecto de las propiedades psicométricas del cuestionario de clima organizacional, las escalas que componen el cuestionario muestran índices adecuados de acuerdo con el criterio de 0.70 recomendado (Nunnaly y Berstein, 1994).

Tabla 7 Puntos de corte para clima organizacional

| Subescala | Punto de corte |
|-----------|----------------|
|-----------|----------------|

| | |
|-----------------------------------|----|
| Motivación y Clima Organizacional | 28 |
| Interacción jerárquica | 18 |
| Tensión laboral | 20 |
| Clima laboral | 10 |
| Interacciones Grupales | 8 |
| Imagen de la empresa | 8 |

Fuente: Caraveo, A (1988).

Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE). (Sandin y Chorot, 2003).

Es una escala de 22 ítems que evalúan siete estilos básicos de afrontamiento. a) Focalizado en la solución del problema (FSP) reactivos 1, 8, 15, 22, 29, 36; b) Auto focalización negativa (AFN) reactivos 2, 9, 16, 23, 30, 37; c) Reevaluación positiva (REP) reactivos 3, 10, 17, 24, 31, 38; d) Expresión emocional abierta (EEA) reactivos 4, 11, 18, 25, 32,39; e) Evitación (EVT) reactivos 5, 12, 19, 26, 33, 40; f) Búsqueda de apoyo social (reactivos 6, 13, 20, 27, 34, 41) y g) Religión (RLG) reactivos 7, 14, 21, 28, 35, 42 .(Sandin y Chorot, 2003), describen que si se desean medidas más generales del afrontamiento, podrían obtenerse las subescalas de afrontamiento racional (con predominio de focalización en el problema) (subescalas FSP, REP y BAS) y afrontamiento emocional (subescalas EVT AFN y EEA). En la validación del CAE en población Mexicana, González y Landero (2007) realizaron una versión reducida a 22 reactivos, el instrumento ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas, ya que el coeficiente de confiabilidad promedio de 0.80 para la población mexicana e incluyen la estrategia de afrontamiento religión como una estrategia racional.

A partir de estos criterios de interpretación se juzga si una estrategia es dominante (alta frecuencia) o no (baja frecuencia). Para fines de este estudio, se dividieron estas estrategias de afrontamiento en adaptativas o racionales, y maladaptativas o emocionales, donde

no hay puntos de corte para su medición, así que se tomó la media más una desviación estándar para evaluar la escala.

La consistencia interna del cuestionario de afrontamiento al estrés en el estudio se realizó mediante el cálculo del coeficiente alpha de Cronbach, donde se obtuvo un valor de 0.83 para los 22 reactivos y para las subescalas: religión 0.77, en búsqueda de apoyo social se obtuvo un alfa de 0.76, evitación 0.67, para la expresión emocional abierta 0.65, para la subescala reevaluación positiva 0.54, la auto focalización negativa 0.62, para la subescala focalizado en la solución del problema se obtuvo un alfa de Cronbach:0.69, como lo muestra la tabla 9.

Tabla 8 Puntos de corte CAE

| Subescala. | Punto de corte |
|----------------------------------------|----------------|
| Focalizado en la solución del problema | 25.7 |
| Auto focalización negativa | 16.2 |
| Reevaluación positiva | 24.2 |
| Expresión emocional abierta | 14.7 |
| Evitación | 20.1 |
| Búsqueda de apoyo social | 22.8 |
| Religión | 19.1 |

Fuente: elaboración propia.

Tabla 9 Consistencia interna de las escalas de Síndrome de burnout, Clima organizacional y Afrontamiento

| | Consistencia Interna alfa de Cronbach (α) |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Síndrome de Burnout | |
| 1.Cansancio Emocional | 0.83 |
| 2.Despersonalización | 0.21 |
| 3.Des-realización (o Baja realización) | 0.78 |
| Clima organizacional | |
| 1. Motivación y Clima Organizacional (1, 11, 15, 18, 20, 23, 26, 31, 33, 35, 36) | 0.79 |
| 2. Interacción jerárquica (ítems 3, 4, 8, 22, 27, 32, 34) | 0.86 |
| 3. Tensión laboral (ítems 9, 10, 13, 16, 17, 24, 29, 30) | 0.72 |
| 4. Clima laboral (ítems 2, 7, 12, 14) | 0.66 |
| 5. Interacciones Grupales (ítems 5, 6, 21) | 0.70 |
| 6. Imagen de la empresa (ítems 19, 25, 28) | 0.65 |
| Afrontamiento | |
| 1. Focalizado en la solución del problema (reactivos 1, 8, 15, 22, 29, 36) | 0.69 |
| 2. Auto focalización negativa (reactivos 2, 9, 16, 23, 30, 37) | 0.62 |
| 3. Reevaluación positiva (reactivos 3, 10, 17, 24, 31, 38) | 0.54 |
| 4. Expresión emocional abierta (reactivos 4, 11, 18, 25, 32, 39) | 0.65 |
| 5. Evitación (reactivos 5, 12, 19, 26, 33, 40) | 0.67 |
| 6. Búsqueda de apoyo social (reactivos 6, 13, 20, 27, 34, 41) | 0.76 |
| 7. Religión (reactivos 7, 14, 21, 28, 35, 42) | 0.77 |

Fuente: elaboración propia

5.8. Procedimiento

Se presentó el protocolo del estudio a los Comités de Investigación y Ética en Investigación de los hospitales seleccionados. Una vez que se obtuvo la aprobación del procedimiento y de la carta de consentimiento informado, se dio aviso a Jefatura de Enfermería con la finalidad de coordinar la aplicación del instrumento, dado que cada hospital tiene diferente dinámica en la organización del trabajo se solicitó la autorización por escrito

dirigida a los diferentes supervisores de enfermería de los diferentes turnos para que se acordara el lugar, fecha y hora en la que se llevaría a cabo la recolección de datos.

En el hospital psiquiátrico, se acudió en los diferentes turnos (matutino, vespertino y nocturno, jornadas especiales acumuladas), la aplicación de los cuestionarios se llevó a cabo de forma grupal con el apoyo de la supervisora de turno la cual dividió al personal en dos grupos con la finalidad de no descuidar los servicios. Se concentró al personal en la sala audiovisual del hospital, posteriormente se explicó la finalidad del estudio y su carácter confidencial, riesgos y beneficios. Se leyó la carta de consentimiento informado, a los participantes voluntarios, se entregó en primer lugar el consentimiento informado para ser firmado, se sentaron de manera separada para proteger su privacidad. Los cuestionarios fueron entregados en un sobre cerrado, la aplicación tomó en promedio 30 minutos.

En los hospitales de urgencias, se acudió en hora y fecha acordada con el jefe de enfermería, se recorrieron los diferentes servicios con el apoyo de la supervisora de enfermería quien hizo la presentación del responsable de la investigación, se informó de manera breve el motivo del estudio y el consentimiento informado. El tiempo de aplicación fue variado, ya que dependió del tiempo libre que tenía el personal de enfermería para colaborar con la investigación, pero en un sólo momento de aplicación se acordó una hora específica para la recolección de instrumentos por servicio, el consentimiento informado, fue entregado por separado. Posteriormente, se procedió a la captura y depuración de la base de datos.

5.9. Procesamiento de los datos

El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 20, se obtuvieron datos descriptivos de la muestra, se estimaron las propiedades psicométricas de los instrumentos, de igual forma se realizaron comparaciones entre ambos grupos de enfermeras utilizando la pruebas t; se realizó un análisis de correlación y regresión lineal por medio este análisis se determinó si existe relación entre SB, Clima organizacional, y afrontamiento al estrés.

CAPÍTULO 6 RESULTADOS

En esta sección se presentan los principales hallazgos del estudio, iniciando con la descripción de las características sociodemográficas de los participantes para después explorar la presencia de síntomas de SB, las formas de afrontamiento y las características del clima organizacional. Como prueba de hipótesis, se usó X^2 para variables nominales y la prueba U de Mann Whitney para variables ordinales, el nivel de significancia se fijó en $p \leq 0.05$.

Posteriormente se presentan los resultados de los modelos de regresión lineal que se realizaron con la finalidad de analizar la relación entre cada una de las variables consideradas en el estudio.

6.1. Características socio demográficas

En el estudio participaron un total de 168 profesionales de enfermería, sus características demográficas se presentan en la tabla 10. El 52.9% trabajaban en el hospital psiquiátrico y 47.1% prestaban sus servicios en hospitales de urgencias. Considerando la muestra total, el 73.8% eran mujeres 26.2% eran varones; no se encontraron diferencias significativas por tipo de hospital en cuanto a la distribución por sexo ($X^2 = .004$, $gl = 1$, $p \leq 0.05$).

En el hospital psiquiátrico, el 41.6% de las enfermeras/os tenían entre 40 y 50 años de edad, mientras que en los hospitales de urgencias el personal era más joven ya que 41.8% tenía entre 18 y 28 años y el 40.5% se encontraba entre 29 y 39 años de edad, se observaron diferencias estadísticamente significativas que indican que las personas que laboran en el hospital de urgencias son más jóvenes ($z = -4.235$, $p \leq 0.05$).

El 89.9% de las enfermeras/os psiquiátricas reportó tener hijos, 25.8% eran solteras, 66.3% tenían una pareja al momento del estudio, 5.6% eran divorciados y 2.2% viudos. Por su parte, el 53.2% de las enfermeras/os de los hospitales de urgencias eran solteras, 78.5% tenía hijos, 40.5% tenían pareja, 3.8% se habían divorciado y el 2.5% eran viudos, no se encontraron diferencias significativas en estas variables.

En relación a la distribución por turnos, en el hospital de psiquiatría 18% labora en el turno matutino, 16.9% en el vespertino, 31.5% en el nocturno y 33.7% refirió tener jornadas especiales (sábado, domingo y días festivos). En los hospitales de urgencias 25.3% laboran en turno matutino, en el vespertino el 15.2%, en el nocturno 32.9% y en jornadas especiales 26.6% sin diferencias significativas por tipo de hospital.

En cuanto a la antigüedad, en el hospital psiquiátrico el 46.1% del personal tenía entre 16 y 25 años de servicio y en los hospitales de urgencias el 46.8% tenía de 2 a 5 años de servicio con diferencias estadísticamente significativas ($z = -4.367$, $p \leq 0.05$).

También se encontraron diferencias significativas en la proporción de personal que tiene otro trabajo; el 9.1% del personal del hospital psiquiátrico y el 36.7% de los hospitales de urgencias refirió tener otro trabajo ($X^2 = 17.147$, $gl = 1$, $p \leq 0.05$).

El 57.0% del personal del hospital urgencias refirió que en cada jornada laboral atiende entre 1 y 7 pacientes mientras que en el hospital psiquiátrico solamente el 3.4% del personal atiende a esa cantidad de usuarios, dado que para el 84.1% la jornada implica la atención de entre 8 y 15 pacientes, la diferencia en la carga laboral fue significativa ($z = 5.285$, $p < 0.05$).

De acuerdo al código funcional, el puesto más frecuente en el hospital de psiquiatría fue el de enfermera/o general (40.9%) y en los hospitales de urgencias fue el de auxiliar de enfermería (44.3%). En relación con la escolaridad, el 45.6% de los y las enfermeras/os de los hospitales de urgencias cuenta con estudios de Licenciatura en enfermería, este nivel de escolaridad fue reportado sólo por el 30.7% de las personas que laboran en el hospital psiquiátrico, no obstante, no hay diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 10. Características socio demográficas de los participantes

| | H. Psiquiátrico (n=89) % | H. Urgencias (n=79) % | Total (n=168) % |
|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Sexo | | | |
| Masculino | 27.0 | 25.3 | 26.2 |
| Femenino | 73.0 | 74.7 | 73.8 |
| Edad | | | |
| 18-28* | 18.0 | 41.8 | 29.2 |
| 29-39 | 34.8 | 40.5 | 37.5 |
| 40-50 | 41.6 | 13.9 | 28.6 |
| 51-60 | 5.6 | 3.8 | 4.8 |
| Hijos | | | |
| Si | 89.9 | 78.5 | 84.5 |
| No | 10.1 | 21.5 | 15.5 |
| Estado civil | | | |
| Soltero | 25.8 | 53.2 | 38.7 |
| Casado | 43.8 | 29.1 | 36.9 |
| Turno | | | |
| Matutino | 18.0 | 25.3 | 21.4 |
| Vespertino | 16.9 | 15.2 | 16.1 |
| Nocturno* | 31.5 | 32.9 | 32.1 |
| Especial | 33.7 | 26.6 | 30.4 |
| Antigüedad laboral | | | |
| 2-5* | 11.2 | 46.8 | 28.0 |
| 6-15 | 33.7 | 25.3 | 29.8 |
| 16-25 | 46.1 | 17.7 | 32.7 |
| 26-35 | 5.6 | 10.1 | 7.7 |
| 36-45 | 3.4 | .0 | 1.8 |
| Tiene otro trabajo | | | |
| Si | 9.1 | 36.7 | 22.2 |
| No* | 90.9 | 63.3 | 77.8 |
| Pacientes a su cargo | | | |
| 1-7 | 3.4 | 57.0 | 28.7 |
| 8-15* | 84.1 | 25.3 | 56.3 |
| 15-22 | 2.0 | 5 | 7 |
| 23 o mas | 10.2 | 11.4 | 10.8 |
| Puesto | | | |
| Jefe de servicio | 1.1 | 5.1 | 3.0 |
| Especialista | 11.4 | 7.6 | 9.6 |
| Enfermera general | 40.9 | 43.0 | 41.9 |
| Auxiliar de enfermería | 44.3 | 44.3 | 44.3 |
| Otro | 2.3 | .0 | 1.2 |
| Nivel estudios | | | |
| Doctorado | 1.1 | .0 | .6 |
| Maestría | 5.7 | 3.8 | 4.8 |
| Licenciatura | 30.7 | 45.6 | 37.7 |
| Preparatoria | 25.0 | 36.7 | 30.5 |
| Técnico | 37.5 | 13.9 | 26.3 |

*Estadísticamente significativas ($p \leq 0.05$)

6.2. Identificación del Síndrome de Burnout

La identificación del nivel de SB en personal de enfermería labora en hospitales psiquiátricos y hospitales de urgencias fue el primer objetivo del estudio, para alcanzarlo se analizó la frecuencia de respuestas a las preguntas de cada dimensión del MBI, asimismo, se realizaron pruebas *t* de Student para determinar las diferencias entre los hospitales de urgencias y el hospital psiquiátrico

6.2.1 Agotamiento Emocional por tipo de servicio

En esta subescala (ver tabla 11), los mayores porcentajes de respuesta en las opciones 5 (varias veces a la semana) y 6 (diariamente) se observaron en la pregunta 2. Al final de la jornada me siento agotado (6.7% en hospital psiquiátrico y 8.9% en los hospitales de urgencias) y en la pregunta 20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades (9.1% en el hospital psiquiátrico y 8.9% en hospitales de urgencias).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tipo de hospital en la pregunta 1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado ($t = 1.65$, $gl = 166$, $p \leq 0.05$) y en la pregunta 8. Me siento 'desgastado' por el trabajo ($t = 1.227$, $gl = 166$, $p < 0.05$); esto quiere decir que las enfermeras/os del hospital psiquiátrico se sienten emocionalmente más agotadas/os y más desgastadas/os emocionalmente que las enfermeras/os de hospitales de urgencias.

Tabla 11. Porcentajes de respuesta en la subescala de agotamiento emocional

| | H. Psiquiátrico (n=89) % | H. Urgencias (n=79) % | Total (n=168) % |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| 1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado* | 3.4 | 0 | 1.8 |
| 2. Al final de la jornada me siento agotado. | 6.7 | 8.9 | 7.7 |
| 3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo. | 3.4 | 5.1 | 4.2 |
| 6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí. | 3.4 | 2.5 | 3.0 |
| 8. Me siento 'desgastado' por el trabajo* | 4.5 | 1.3 | 3.0 |

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| 13. Me siento frustrado por mi trabajo. | 4.5 | 2.5 | 3.6 |
| 14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro. | 2.3 | 1.3 | 1.8 |
| 16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés. | 2.3 | 0.0 | 1.2 |
| 20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades. | 9.1 | 8.9 | 9.0 |

*Estadísticamente significativas ($p \leq 0.05$)

6.2.2 Despersonalización por tipo de servicio.

En la subescala de despersonalización el ítem que obtuvo un mayor porcentaje de repuesta en las opciones 5 (varias veces a la semana) y 6 (diariamente) fue la pregunta 10. *Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo*, el 12.4% de las enfermeras/os del hospital psiquiátrico y el 8.9% de las enfermeras/os de hospitales de urgencias eligieron estas opciones, la diferencia en estas proporciones no es significativa.

Se encontraron diferencias significativas en la respuesta a la pregunta 15. *Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender* ($t = -2.857$, $gl = 165$, $p \leq 0.05$), lo que indica que las enfermeras/os del hospital psiquiátrico les importa más lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tienen que atender que las enfermeras/os de hospitales de urgencias (ver tabla 12).

Tabla 12. Proporción de participantes con nivel alto de despersonalización.

| | H. Psiquiátrico (n=89) % | H. Urgencias (n=79) % | Total (n=168) % |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| 5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos. | 0 | 0 | 0 |
| 10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo. | 12.4 | 8.9 | 10.7 |
| 11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente. | 4.5 | 3.8 | 4.2 |
| 15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que | 2.3 | 13.9 | 7.8 |

| atender* | | | |
|---------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| 22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas. | 3.4 | 2.5 | 3.0 |

*Estadísticamente significativas ($p \leq 0.05$)

6.2.3 Realización personal por tipo de servicio

En cuanto a la subescala realización personal, los ítems con mayor porcentaje de repuesta en las opciones 5 (varias veces a la semana) y 6 (diariamente) que indican un alto nivel de realización personal, se detectaron en la pregunta 9. *Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros* (20.5% en el hospital psiquiátrico y 16.5% en los hospitales de urgencias), seguida de la pregunta 21. *Siento que sé tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo* (18.2% en el hospital psiquiátrico y 16.5% en los hospitales de urgencias).

Se obtuvieron diferencias significativas en la pregunta 7. *Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes* ($t=1.404$, $gl=165$, $p \leq 0.05$) y en la pregunta 18. *Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes* ($t=-1.194$, $gl=165$, $p \leq 0.05$), lo que indica que las enfermeras/os del hospital psiquiátrico se enfrentan mejor con los problemas que presentan los pacientes pero se encuentran menos animadas/os después de trabajar con ellos que las enfermeras/os de los hospitales de urgencias.

Tabla 13. Proporción de participantes con baja realización personal

| | H. Psiquiátrico (n=89) % | H. Urgencias (n=79) % | Total (n=168) % |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| 7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.* | 14.6 | 7.7 | 11.4 |
| 9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros. | 20.5 | 16.5 | 18.6 |
| 4. Puedo entender con facilidad como se sienten mis pacientes. | 9.0 | 6.3 | 7.7 |
| 12. Me encuentro con mucha vitalidad. | 5.6 | 6.3 | 6.0 |
| 17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes. | 10.2 | 6.3 | 8.4 |
| 18. Me encuentro animado después de trabajar | 3.4 | 7.6 | 5.4 |

junto con los pacientes.*

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| 19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo. | 5.7 | 6.3 | 6.0 |
| 21. Siento que sé tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo. | 18.2 | 16.5 | 17.4 |

*Estadísticamente significativas ($p \leq 0.05$)

6.2.4. Determinación del nivel de SB

En un primer análisis se trató de identificar a las enfermeras/os que cumplen los criterios de SB propuestos por Maslach y Jackson (1986) (puntajes altos en AE, DP y puntaje bajo en RP), sin embargo, ninguna participante cumplía estos criterios; por este motivo se realizaron dos análisis adicionales para identificar a los/las participantes que se acercan al perfil de SB.

En primer lugar, se obtuvo la calificación en cada dimensión del MBI empleando los puntos de corte propuestos por Maslach y Jackson (1986) y se comparó la proporción de enfermeras/os en cada nivel. En este análisis, el 2.3% de las enfermeras/os del hospital psiquiátrico y el 1.3% de las enfermeras/os de los hospitales de urgencias obtuvieron una alta puntuación en la subescala de AE. En cuanto a DP, 4.5% del personal del hospital psiquiátrico y 6.3%, de las enfermeras/os de urgencias registraron puntuaciones altas en esta dimensión. Finalmente, en la dimensión RP, el 31.8% de enfermeras/os en el hospital psiquiátrico y 25.3% de enfermeras/os de urgencias obtuvieron puntajes bajos. No se observaron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 14. Nivel de SB por tipo de servicio

| Subescalas | Nivel | H. Psiquiátrico (n=89) | | Media | H. Urgencias (n=79) | | Media | Total (n=168) | |
|-----------------------|-------|---------------------------|------|-------|------------------------|------|-------|------------------|------|
| | | f | % | | f | % | | f | % |
| Agotamiento Emocional | Alto | 2 | 2.3 | 9.81 | 1 | 1.3 | 9.11 | 1.8 | 1.8 |
| | Medio | 9 | 10.2 | | 6 | 7.6 | | 15 | 9.0 |
| | Bajo | 77 | 87.5 | | 72 | 91.1 | | 149 | 89.2 |
| Despersonalización | Alto | 4 | 4.5 | 3.11 | 5 | 6.3 | 3.35 | 9 | 5.4 |
| | Medio | 18 | 20.5 | | 19 | 24.1 | | 37 | 22.2 |
| | Bajo | 66 | 75.0 | | 55 | 72.5 | | 121 | 72.5 |
| Realización personal | Alto | 47 | 53.4 | 37.67 | 46 | 58.2 | 38.3 | 93 | 55.7 |
| | Medio | 13 | 14.8 | | 13 | 16.5 | | 26 | 15.6 |
| | Bajo | 28 | 31.8 | | 20 | 25.3 | | 48 | 28.7 |

Fuente: elaboración propia

Por otro lado, para crear los grupos de comparación de acuerdo con la presencia de síntomas de SB, se recodificó las preguntas del MBI: a las opciones de respuesta 5 (varias veces a la semana) y 6 (diariamente) se les asignó el valor 1, mientras que todas las demás opciones (0=nunca; 1=pocas veces al año; 2=una vez al mes; 3=unas pocas veces al mes; 4=una vez a la semana) se recodificaron como 0. Posteriormente se obtuvo la sumatoria por subescala y para determinar la presencia o ausencia de síntomas se empleó como punto de corte la media más una desviación estándar, de esta forma se determinaron los rangos para formar los grupos (tabla 15).

Tabla 15. Medias y rangos para determinar la presencia de SB

| | Media | Sin SB | Con SB |
|----|---------------------|--------|--------|
| AE | 9.48+(DS7.73)=17.21 | 0-16 | 17-48 |
| DP | 3.23+(DS 3.42)=6.65 | 0-6 | 7-17 |
| RP | 37.97+(DS8.93)=46.9 | 0-46 | 47-57 |

Fuente: elaboración propia

En la tabla 16 se muestra los porcentajes de enfermeras/os que presentan síntomas de SB en ambos hospitales y para el total de la muestra (36.9%), a pesar de que el porcentaje es mayor en el hospital psiquiátrico la diferencia no es significativa.

Tabla 16 Proporción de enfermeras con y sin SB por tipo de servicio

| | H. Psiquiátrico (n=89) | | H. Urgencias (n=79) | | Total (n=168) | |
|---------------|---------------------------|------|------------------------|------|------------------|------|
| | f | % | f | % | f | % |
| Sin SB | 54 | 60.7 | 52 | 65.8 | 106 | 63.1 |
| Con SB | 35 | 39.3 | 27 | 34.2 | 62 | 36.9 |

Fuente: elaboración propia

6.3. Estrategias de afrontamiento

El segundo objetivo del estudio es conocer las estrategias de afrontamiento utilizadas por el personal de enfermería con y sin SB. Para cumplir dicho objetivo, se analizó la frecuencia de respuestas en cada subescala del cuestionario de estrategias de afrontamiento por tipo de servicio, además, se utilizó la prueba χ^2 para establecer comparaciones por tipo de hospital y por presencia/ausencia de sintomatología de SB. Para ello, se formaron dos grupos de acuerdo con el uso de las diferentes formas de afrontamiento (alta/baja frecuencia), para obtener el primer grupo se recodificaron en una sola categoría las opciones de respuesta 3 (frecuentemente) 4 (casi siempre), de igual forma, las respuestas 0 (nunca), 1 (pocas veces) y 2 (a veces) se recodificaron en como baja frecuencia de uso.

6.3.1. Auto focalización negativa por tipo de servicio

En la subescala AFN el ítem con mayor porcentaje de respuesta en las opciones 3 (frecuentemente) y 4 (casi siempre) fue el 11. Me sentí indefenso(a) e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación, 33% de las enfermeras/os del hospital psiquiátrico y 29.9% de enfermeras/os en hospitales de urgencias respondieron de esta forma; no se observaron diferencias significativas entre grupos.

Tabla 17. Proporción de participantes con Auto focalización negativa

| | H. Psiquiátrico (n=83) | H. Urgencias (n=65) | Total (n=148) |
|---------------------------------------------|---------------------------|------------------------|------------------|
| | % | % | |
| 1.Me convencí de que hiciera lo que hiciera | 21.0 | 17.6 | 19.5 |

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| las cosas siempre me saldrían mal | | | |
| 15.Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema | 24.1 | 18.5 | 21.6 |
| 11.Me sentí indefenso(a) e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación | 33.0 | 29.9 | 31.6 |

Fuente: elaboración propia

6.3.2. Afrontamiento focalizado en la solución del problema por tipo de servicio

En la subescala que explora el afrontamiento focalizado en la solución del problema (FSP) el ítem con mayor porcentaje de respuesta en las opciones 3 (frecuentemente) y 4 (casi siempre) fue el 19. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema, los porcentajes de respuesta nos indican que el 78.1% de enfermeras/os del hospital psiquiátrico usan esta estrategia de afrontamiento, mientras que en hospitales de urgencias el 69.1% la utilizan. No se encontraron diferencias significativas por tipo de hospital en ninguno de los ítems que integran esta subescala (tabla 18).

Tabla 18. Estrategia afrontamiento focalizado en la solución del problema

| | H. Psiquiátrico (n=83) | H. Urgencias (n=65) | Total (n=148) |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| | % | % | % |
| 7.Establecí un plan de acción y procuré llevarlo a cabo | 58.1 | 65.5 | 61.4 |
| 14.Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas | 71.4 | 65.2 | 68.6 |
| 19.Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema | 78.1 | 69.1 | 73.9 |

Fuente: elaboración propia

6.3.3. *Reevaluación positiva del problema por tipo de servicio*

En la subescala RP, el ítem con mayor porcentaje de respuesta en las opciones 3 (frecuentemente) y 4 (casi siempre) fue el 5. Intenté sacar algo positivo del problema donde en el hospital psiquiátrico se obtuvo un 65.2%, y en hospitales de urgencias el 81.6%. No se encontraron diferencias significativas en las pruebas de comparación χ^2 .

Tabla 19 Estrategia afrontamiento Reevaluación positiva por tipo de servicio opción

| | H. Psiquiátrico (n=89) | H. Urgencias (n=69) | Total (n=148) |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------|------------------|
| | % | % | % |
| 2.Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema | 54.3 | 61.9 | 57.6 |
| 16.Experimenté personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga” | 51.2 | 50.0 | 50.7 |
| 5.Intenté sacar algo positivo del problema | 65.2 | 81.6 | 72.6 |

Fuente: elaboración propia

6.3.4. *Expresión emocional abierta por tipo de servicio*

En la subescala que explora la expresión emocional abierta (EEA) el ítem con mayor porcentaje de respuesta en las opciones 3 (frecuentemente) y 4 (casi siempre) fue el 8. *Me comporté de forma hostil con los demás*, se observó que el 30.7% de las enfermeras del hospital psiquiátrico y el 26.9% en hospitales de urgencias utilizan esta estrategia de afrontamiento. No se encontraron diferencias significativas en los ítems de esta escala (tabla 20).

Tabla 20. Estrategia afrontamiento expresión emocional abierta por tipo de servicio.

| | H. Psiquiátrico (n=89) | H. Urgencias (n=69) | Total (n=148) |
|-----------------------------------------------|---------------------------|------------------------|------------------|
| | % | % | % |
| 8. Me comporté de forma hostil con los demás. | 30.7 | 26.9 | 29.0 |
| 17. Me irrité con alguna gente | 14.0 | 10.4 | 12.4 |
| 12. Agredí a algunas personas | 14.9 | 9.0 | 12.3 |

6.3.5. Evitación por tipo de servicio

El ítem con mayor porcentaje de respuesta en las opciones 3 (frecuentemente) y 4 (casi siempre) fue el siguiente 3. *Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas*, en el hospital psiquiátrico el 46.2% de los participantes la utiliza, y en hospitales de urgencias el 55.4%. No se encontraron diferencias significativas en la comparación de grupos de ambos hospitales (tabla 21).

Tabla21. Estrategia afrontamiento evitación por tipo de servicio opción

| | H. Psiquiátrico (n=80) | H. Urgencias (n=65) | Total (n=145) |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------|------------------|
| | % | % | % |
| 3 Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas | 46.2 | 55.4 | 50.3 |
| 6.Me concentré en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema | 41.9 | 50.1 | 45.5 |
| 13 Procuré no pensar en el problema | 47.1 | 39.1 | 43.7 |

6.3.6 Búsqueda de apoyo social por tipo de servicio

En la subescala que explora la búsqueda de apoyo social (BAS), el ítem con mayor porcentaje de respuesta en las opciones 3 (frecuentemente) y 4 (casi siempre) en el hospital psiquiátrico (61.2%) fue el 20. Procuré que algún familiar o amigo me escuchara cuando necesité manifestar mis sentimientos. (Tabla 22). No se observaron diferencias significativas por tipo de servicio.

Tabla22. Estrategia afrontamiento búsqueda de apoyo social por tipo de servicio opción

| | H. Psiquiátrico (n=78) | H. Urgencias (n=62) | Total (n=140) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------|------------------|
| | % | % | % |
| 9. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema | 50.6.6 | 42.2 | 46.9 |
| 20. Procuré que algún familiar o amigo me escuchara cuando necesité manifestar mis sentimientos | 67.9 | 52.5 | 61.2 |
| 18. Pedí a algún amigo o familiar que me | 50.6 | 42.2 | 46.9 |

indicara cuál sería el mejor camino a seguir

6.3.7 Religión por tipo de servicio.

Por último, en la subescala que explora la religión (RLG), el ítem con mayor porcentaje de respuesta en las opciones 3 (frecuentemente) y 4 (casi siempre) fue la pregunta 4) “Asistí a la Iglesia” el 44.0%. No se encontraron diferencias significativas en las pruebas de comparación X^2 (tabla 23).

Tabla23. Estrategia afrontamiento religión por tipo de servicio opción (frecuentemente casi siempre).

| | H. Psiquiátrico (n=83) | H. Urgencias (n=58) | Total (n=141) |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------|------------------|
| | % | % | % |
| 4. Asistí a la Iglesia | 44.6 | 43.1 | 44.0 |
| 10. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema. | 28.2 | 20.6 | 25.0 |
| 21. Acudí a la Iglesia a poner velas o rezar | 21.2 | 21.9 | 21.5 |

6.3.8. Estrategias de afrontamiento en enfermeras con y sin síntomas de Burnout

La tabla 24 muestra que el porcentaje mayor en el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas utilizadas frecuentemente por el personal de enfermería con síntomas y sin síntomas de SB

En los hospitales de urgencias el personal con síntomas y estrategias de afrontamiento adaptativas son el 30% y sin síntomas de SB 70%, en el hospital psiquiátrico la proporción de enfermeras que utiliza estrategias adaptativas y con presencia se síntomas fue el 34.0% y sin síntomas de SB 66.0%.

Tabla24. Uso frecuente de estrategias de afrontamiento adaptativas por enfermeras con y sin síntomas de SB

| Presencia de síntomas SB | H. Psiquiátrico (n=87) | H. Urgencias (n=68) | Total (n=155) |
|-----------------------------|---------------------------|------------------------|------------------|
|-----------------------------|---------------------------|------------------------|------------------|

| | % | f | % | f | % | f |
|--------------|------|----|------|----|------|----|
| Sin síntomas | 66.0 | 53 | 70.0 | 42 | 70.0 | 95 |
| Con síntomas | 34.0 | 34 | 30.0 | 26 | 30.0 | 60 |

En la tabla 25 se muestran los resultados obtenidos en el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas en enfermera/os con y sin síntomas de SB. En los hospitales de urgencias el personal sin síntomas y estrategias de afrontamiento desadaptativas son el 37.6% y con síntomas de SB 62.3%, en el hospital psiquiátrico la proporción de enfermeras/os que utiliza estrategias desadaptativas y sin presencia de síntomas fue el 39.3% y con síntomas de SB 60.6%.

Tabla 25. Uso frecuente de estrategias de afrontamiento desadaptativas por enfermeras con y sin síntomas de SB

| Presencia de síntomas SB | H. Psiquiátrico (n=87) | | H. Urgencias (n=68) | | Total (n=155) | |
|--------------------------|------------------------|----|---------------------|----|---------------|----|
| | % | f | % | f | % | f |
| Con síntomas | 60.6 | 54 | 62.3 | 43 | 62.5 | 97 |
| Sin síntomas | 39.3 | 35 | 37.6 | 26 | 39.3 | 61 |

En la Tabla 26 se muestran los resultados generales obtenidos en estrategias adaptativas y desadaptativas en los hospitales estudiados. En las pruebas χ^2 no se encontraron diferencias significativas en ambos grupos de enfermeras/os.

Tabla 26 Estrategias de afrontamiento adaptativas y desadaptativas

| | | H. Psiquiátrico (n=89) | | H. Urgencias (n=69) | | Total (n=134) | |
|-------------|-----------------|------------------------|----|---------------------|----|---------------|-----|
| | | % | f | % | f | % | f |
| Adaptativas | Baja frecuencia | 92.0 | 80 | 86.8 | 59 | 89.7 | 139 |
| | Alta frecuencia | 8.0 | 7 | 13.2 | 9 | 10.3 | 16 |

| | | | | | | | |
|----------------|-----------------|------|----|------|----|------|-----|
| Desadaptativas | Baja frecuencia | 86.5 | 77 | 82.6 | 57 | 84.8 | 134 |
| | Alta frecuencia | 13.5 | 12 | 17.4 | 12 | 15.2 | 24 |

6.4. Características del clima organizacional

Conocer las características del clima organizacional en el que se desempeñan las enfermeras/os psiquiátricas y de urgencias fue el objetivo número tres, para alcanzarlo, se realizó el análisis de respuesta al cuestionario de clima laboral así como pruebas χ^2 para identificar las diferencias entre los hospitales estudiados.

6.4.1. Motivación y Clima Organizacional por tipo de servicio

En la subescala Motivación y Clima Organizacional los ítems con mayor porcentaje de respuesta en las opciones “de acuerdo” y “en total acuerdo” fueron el 36. Las funciones que desempeño pueden mejorarse (96.6% en el hospital psiquiátrico y 91.1%, en los hospitales de urgencias) y el ítem 33. En mi trabajo utilizo mis conocimientos y experiencias (95.5% en el hospital psiquiátrico y 92.4% en los hospitales de urgencias). Mediante la prueba χ^2 se observaron diferencias estadísticamente significativas por tipo de hospital en los ítems 1. Cuando se habla de la institución donde laboro me siento incluido ($\chi^2=32.4$, $gl=1$, $p\leq 0.05$), 15. Considero útil mi trabajo ($\chi^2=14.7$, $gl=1$, $p\leq 0.05$), 20. Creo que mi trabajo es importante para el progreso de la institución donde laboro ($\chi^2=11.04$, $gl=1$, $p\leq 0.05$), estas diferencias sugieren que las enfermeras/os del hospital psiquiátrico tienen la percepción de estar más incluidas/os en la institución donde trabajan, que su trabajo es más útil e importante para el progreso de la institución a diferencia de las enfermeras/os de hospitales de urgencias.

Tabla 27. Subescala Motivación y clima laboral (en total acuerdo).

| | H. Psiquiátrico (n=89) | H. Urgencias (n=79) | Total (n=168) |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| | % | % | % |
| 1. Cuando se habla de la institución donde laboro me siento incluido.* | 82.0 | 38.0 | 61.3 |
| 11. Siento confianza para hablar con otras personas | 80.9 | 91.1 | 85.7 |

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| 15. Considero útil mi trabajo* | 94.3 | 70.9 | 83.2 |
| 18. Tengo amigos en otros departamentos o áreas | 94.4 | 89.7 | 92.2 |
| 20. Creo que mi trabajo es importante para el progreso de la institución donde laboro* | 93.3 | 73.1 | 83.8 |
| 23. Me siento seguro en mi trabajo | 78.7 | 87.2 | 82.6 |
| 26. Me gustaría que me tomaran más en cuenta para el trabajo que se realiza en mi área | 86.5 | 79.7 | 83.3 |
| 31. Tengo oportunidad de ascenso | 66.3 | 62.0 | 64.3 |
| 33. En mi trabajo utilizo mis conocimientos y experiencias | 95.5 | 92.4 | 94.0 |
| 35. Me siento satisfecho con las labores que desempeño | 95.5 | 91.1 | 93.5 |
| 36. Las funciones que desempeño pueden mejorarse | 96.6 | 91.1 | 94.0 |

*Estadísticamente significativas ($p \leq 0.05$)

6.4.2 Interacción jerárquica por tipo de servicio

En cuanto a la subescala interacción jerárquica, el ítem con mayor porcentaje de respuesta en las opciones “de acuerdo” y “en total acuerdo” fue el 22. *Mantengo buena comunicación con mi jefe* (84.4% para el total de la muestra).

En las pruebas X^2 se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tipo de hospital en los ítems 3. *Cuento con el apoyo suficiente para resolver los problemas de trabajo que se presentan* ($X^2 = 10.53$, $gl=1$, $p \leq 0.05$), 4. *Cuando tengo que emprender un trabajo que no conozco, obtengo ayuda y colaboración de mi jefe o superior* ($X^2 = 7.01$, $gl=1$, $p \leq 0.05$), 22. *Mantengo buena comunicación con mi jefe* ($X^2 = 3.94$, $gl=1$, $p \leq 0.05$), 27. *Mi jefe me hace saber cuándo mi trabajo es bueno, eficiente, satisfactorio* ($X^2 = 3.05$, $gl=1$, $p \leq 0.05$), 32. *Aprendo de mi jefe* ($X^2 = 3.07$, $gl=1$, $p \leq 0.05$) y 34. *Mi jefe toma en cuenta las ideas y sugerencias que le presento* ($X^2 = 4.51$, $gl=1$, $p \leq 0.05$); las diferencias detectadas implican que las enfermeras/os del hospital psiquiátrico se sienten menos apoyadas/os para resolver los problemas en el trabajo, perciben que tienen menos ayuda de su jefe al emprender un trabajo que no conocen, que la comunicación con el jefe inmediato no es buena, en comparación con las enfermeras/os de hospitales de urgencias, donde tienen la percepción que su jefe o superior les hace saber cuándo el trabajo es eficiente y que pueden aprender de su jefe; asimismo, tienen la percepción

de que sus ideas y sugerencias son tomadas en cuenta a comparación de las enfermeras/os del hospital psiquiátrico ver tabla (28).

Tabla 28. Subescala Interacción jerárquica (en total acuerdo) por tipo de servicio.

| | H. Psiquiátrico (n=89) | H. Urgencias (n=79) | Total (n=168) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------|------------------|
| | % | % | % |
| 3. Cuento con el apoyo suficiente para resolver los problemas de trabajo que se presentan.* | 59.6 | 83.5 | 70.8 |
| 4. Cuando tengo que emprender un trabajo que no conozco, obtengo ayuda y colaboración de mi jefe o superior.* | 70.8 | 88.6 | 79.2 |
| 8. El trato que recibo de mi jefe inmediato es satisfactorio. | 79.8 | 88.5 | 83.8 |
| 22. Mantengo buena comunicación con mi jefe.* | 78.7 | 91.0 | 84.4 |
| 27. Mi jefe me hace saber cuándo mi trabajo es bueno, eficiente, satisfactorio.* | 64.0 | 78.5 | 70.8 |
| 32. Aprendo de mi jefe.* | 65.2 | 79.7 | 72.0 |
| 34. Mi jefe toma en cuenta las ideas y sugerencias que le presento.* | 65.2 | 81.0 | 72.6 |

*Estadísticamente significativas ($p \leq 0.05$)

6.4.3 Tensión laboral por tipo de servicio

En la subescala tensión laboral, el ítem con mayor porcentaje de respuesta en las opciones “en acuerdo” y “en total acuerdo” fue el 13. *Mi trabajo es arriesgado* (83.7%). En las pruebas χ^2 se encontraron diferencias significativas por tipo de servicio en los ítems 9. *Me he dado cuenta que entre las personas que trabajan en mi área existen problemas, resentimientos y rivalidad* ($\chi^2=6.06$, $gl=1$, $p \leq 0.05$), 24. *Cuento con los recursos materiales suficientes para realizar mi trabajo* ($\chi^2=7.92$, $gl=1$, $p \leq 0.05$), esto quiere decir que en comparación con las enfermeras/os de urgencias, las enfermeras/os del hospital psiquiátrico tienen la percepción de que en su área de trabajo existe rivalidad resentimientos y más problemas entre las personas con las que trabajan y que no cuentan con los recursos materiales suficientes para realizar el trabajo.

Tabla 29. Subescala Tensión laboral (en total acuerdo) por tipo de servicio.

| | H. Psiquiátrico (n=88) % | H. Urgencias (n=79) % | Total (n=167) % |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| 9. Me he dado cuenta que entre las personas que trabajan en mi área existen problemas, resentimientos, y rivalidad.* | 75.0 | 55.7 | 65.9 |
| 10. Frecuentemente necesito improvisar para cumplir mis labores. | 62.9 | 38.0 | 51.2 |
| 13. Mi trabajo es arriesgado. | 87.4 | 79.7 | 83.7 |
| 16. Los trámites obstaculizan mi trabajo. | 60.7 | 40.5 | 51.2 |
| 17. Mi jefe me llama la atención y me critica sin motivos. | 28.1 | 19.0 | 23.8 |
| 24. Cuento con los recursos materiales suficientes para realizar mí trabajo.* | 26.1 | 67.1 | 45.5 |
| 29. Las condiciones de trabajo afectan mi salud. | 47.2 | 17.7 | 33.3 |
| 30. Necesito otro empleo para cubrir mis necesidades | 47.7 | 53.2 | 50.3 |

*Estadísticamente significativas ($p \leq 0.05$)

6.4.4. Clima laboral por tipo de servicio

En la subescala clima laboral, los ítems con mayor porcentaje de respuesta en las opciones “en acuerdo” y “en total acuerdo” fue pregunta 2. *Mi trabajo lo desempeño con facilidad* (92.9%), no se encontraron diferencias significativas por tipo de hospital.

Tabla 30. Subescala clima laboral (en total acuerdo) por tipo de servicio

| | H. Psiquiátrico (n=87) % | H. Urgencias (n=79) % | Total (n=166) % |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| 2. Mi trabajo lo desempeño con facilidad | 93.3 | 92.4 | 92.9 |
| 7. Hay claridad en lo que se me pide que haga | 83.0 | 89.9 | 86.2 |

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| 12. Conozco los objetivos de mi área de trabajo | 87.6 | 93.7 | 90.5 |
| 14. Conozco los deberes y obligaciones en el desempeño de mi trabajo | 92.0 | 94.9 | 93.4 |

6.4.5 Interacciones grupales por tipo de servicio

En la subescala interacciones grupales el ítem con mayor porcentaje de respuesta en la opción “en acuerdo” y “en total acuerdo” fue *1. Me siento adaptado a mi grupo de trabajo* (92.2%), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en esta subescala (tabla 31).

Tabla 31. Subescala Interacciones grupales (en total acuerdo) por tipo de servicio

| | H. Psiquiátrico (n=89) | H. Urgencias (n=79) | Total (n=168) |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------|------------------|
| | % | % | % |
| 5. Mantengo una buena comunicación con mi grupo de trabajo. | 89.9 | 92.4 | 91.1 |
| 6. Entre los compañeros de mi área existe respeto profesional. | 78.7 | 82.3 | 80.4 |
| 21. Me siento adaptado a mi grupo de trabajo | 92.1 | 92.3 | 92.2 |

6.4.6 Imagen de la institución por tipo de servicio

Como lo muestra la tabla 32, en la subescala sobre imagen de la institución, el ítem con mayor porcentaje de respuesta en las opciones “de acuerdo” y “en total acuerdo”, fue la pregunta *19. Considero que las relaciones entre las diferentes áreas son satisfactorias* (78.0%), en esta misma pregunta se encontraron diferencias significativas entre las enfermeras/os del hospital psiquiátrico y los hospitales de urgencias ($X^2=5.87$, $gl=1$, $p\leq 0.05$) así como en la pregunta *25. Conozco la organización y función de la institución donde laboro* ($X^2=5.90$, $gl=1$, $p\leq 0.05$) y en la pregunta *28. Esta institución muestra interés en su personal* ($X^2=5.96$, $gl=1$, $p\leq 0.05$) esto indica que en el grupo de enfermeras/os de hospitales de urgencias consideró mejores las relaciones en las diferentes áreas y consideran que la institución donde laboran muestra interés en su personal; por su parte, en el hospital

psiquiátrico conocen mejor la organización y función del hospital donde laboran, que en los hospitales de urgencias.

Tabla 32. Subescala Imagen de la empresa (en total acuerdo) por tipo de servicio

| | H. Psiquiátrico (n=88) | H. Urgencias (n=79) | Total (n=167) |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------|------------------|
| | % | % | % |
| 19. Considero que las relaciones entre las diferentes áreas son satisfactorias.* | 71.9 | 84.8 | 78.0 |
| 25. Conozco la organización y función de la institución donde laboro.* | 73.0 | 48.1 | 61.3 |
| 28. Esta institución muestra interés en su personal.* | 39.3 | 77.2 | 57.1 |

* Estadísticamente significativas ($p \leq 0.05$)

6.5 Relación del SB características sociodemográficas clima organizacional y estrategias de afrontamiento hospital psiquiátrico.

Con el fin de comprobar la posible relación entre variables sociodemográficas ,clima laboral ,estrategias de afrontamiento en el que se desenvuelve profesionalmente el personal de enfermería, se realizaron análisis de correlación de Spearman con respecto a las dimensiones del MBI por tipo de servicio, posteriormente se realizó un análisis de regresión lineal múltiple por pasos (stepwise) para identificar las variables sociodemográficas, estrategias de afrontamiento, y las características del clima organizacional en predicen el puntaje en el MBI

En el hospital psiquiátrico en la dimensión de AE se encontró relacionada de manera significativa con el nivel de estudios ($r_s .251, p < .05$), que indica que a mayor nivel de estudios mayor AE, y con la edad ($r_s -.211, p < .05$), esto demuestra que a menor edad mayor es el AE. El alto nivel de estudios fue la predictora sociodemográfica, encontrada en el AE ($F=13.154; p < 0.001; R =.364$) que explica el 13% de la varianza.

Tabla 33 Relaciones significativas escala MBI y características sociodemográficas Hospital psiquiátrico (n=88)

| Dimensio- nes | Sexo | Hijos | Edad | Estado civil | Turno | Antigüedad | Tiene otro trabajo | Numero pacientes | Código | Nivel estudios |
|------------------|------|-------|------|-----------------|-------|------------|-----------------------|---------------------|--------|-------------------|
|------------------|------|-------|------|-----------------|-------|------------|-----------------------|---------------------|--------|-------------------|

| MBI | atendidos | | | | | | | | | |
|-----|-----------|-------|--------|------|------|-------|-------|-------|-------|--------|
| AE | .005 | -.017 | -.211* | .205 | .067 | .011 | .119 | -.003 | -.006 | .251* |
| DP | .074 | .146 | .022 | .286 | .069 | .115 | .038 | .203 | .063 | -.203* |
| RP | .123 | .044 | .047 | .071 | .129 | -.001 | .231* | .182 | -.074 | -.330 |

*La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). **La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 34 - Regresión lineal múltiple. Variables dependientes: dimensiones de MBI Hospital psiquiátrico (n=88)

| Variables | β | Beta | t | p |
|--------------------|---------|-------|--------|------|
| AE | | | | |
| Nivel de estudios | -3,584 | -.422 | -4,243 | .000 |
| Tiene otro trabajo | 7,838 | .266 | 2.674 | .009 |
| DP | | | | |
| Nivel estudios | .802 | .211 | 2.00 | .049 |

Tabla 35 Relaciones significativas escala MBI y características sociodemográficas Hospital urgencias (n=78)

| Dimensión MBI | Sexo | Hijos | Edad | Estado civil | Turno | Antigüedad | Tiene otro trabajo | Numero pacientes atendidos | Código | Nivel estudio |
|---------------|-------|--------|-------|--------------|-------|------------|--------------------|----------------------------|--------|---------------|
| AE | .071 | -.381* | -.136 | -.107 | -.044 | -.096 | .055 | -.001 | .038 | .004 |
| DP | -.078 | -.050 | .063 | .119 | -.043 | .063 | .030 | -.072 | .063 | -.077 |
| RP | -.097 | .199 | .222* | -.079 | .021 | .082 | -.031 | -.014 | -.130 | -.216 |

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

Las estrategias de afrontamiento y de clima laboral relacionadas con el AE fue la RP, (rS-.260; $p \leq 0.05$) esto quiere decir que a mayor AE menor es RP. El AE también se relaciona con la interacción jerárquica (rS-.360; $p \leq 0.05$), con el clima laboral (rS-.252; $p \leq 0.05$), la interacción grupal (rS-.466; $p \leq 0.05$) y con la imagen de la institución (rS-.466; $p \leq 0.01$). Estas correlaciones indican que a mayor AE es menor la interacción jerárquica favorable y menor percepción favorable del clima laboral, interacción grupal e imagen de la institución donde se labora, en relación a las estrategias de afrontamiento se encontró que la dimensión AE está relacionada con el AFN, (rS.222; $p \leq 0.01$) lo que indica que a mayor AE mayor será el uso de la estrategia desadaptativa AFN.

El modelo de regresión lineal múltiple para las enfermeras/os del hospital psiquiátrico indica la estrategia EEA ($F=2.05$; $p \leq 0.05$) predice el AE, este explica el 4.6% de la varianza, tabla (37).

La DP se encontró relacionada de manera inversa, con el nivel de estudios ($rS .203$, $p \leq 0.05$), que indica que a mayor nivel de estudios menor es la DP, para la DP se encontró como variable sociodemográfica predictora el nivel de estudios bajo ($F = 4.00$; $p < 0,041$; $R= 211$), lo cual explica un .10% de la variabilidad total. Se encontró una correlación significativa y negativa entre DP y las subescalas clima laboral ($rS-.331$; $p \leq 0.05$), RP ($rS-.308$; $p \leq 0.05$), y motivación, ($rS-.244$; $p \leq 0.01$) esto indica que a mayor DP menor es percepción favorable de la motivación, y disminuye la realización personal, así mismo la percepción de un clima laboral favorable. En esta dimensión la estrategia de afrontamiento que se encontró relacionada con el aumento en la despersonalización fue la AFN ($rS.222$; $p \leq 0.01$), lo que indica que a mayor DP mayor será el uso de esta estrategia desadaptativa, tabla (36) El modelo de regresión lineal múltiple indica que la AFN es un predictor de la DP ($F=4.81$; $p \leq 0.05$) este explica el 5.3% de la varianza, tabla (37).

Por su parte, la RP se encontró relacionada significativamente con tener otro trabajo ($rS .231$, $p < 0.05$), esto quiere decir que tener otro trabajo aumenta la realización personal, así mismo se encontró relacionada significativa y positivamente con la motivación ($rS .433$; $p \leq 0.05$), con la interacción jerárquica ($rS.464$; $p \leq 0.05$) y con el clima laboral ($rS.296$; $p \leq 0.05$) esto indica que a mayor RP existe una mejor percepción, de la motivación laboral, de la interacción jerárquica y del clima laboral satisfactorio. La estrategia REP se encontró relacionada con esta dimensión ($rS.334$; $p \leq 0.05$) y FSP ($rS.249$; $p \leq 0.01$), y se relaciona de forma inversa con las estrategias desadaptativas EEA ($rS-.230$; $p \leq 0.01$) y AFN ($rS-.258$; $p \leq 0.01$), lo que indica que a mayor RP menor será el uso de estas estrategias desadaptativas, para la RP se encontraron dos predictores, la REP ($F=10.80$; $p \leq 0.05$) que explica el 10.1%, y la AFN ($F=11.49$; $p \leq 0.05$) este explica el 19.4% de la varianza tabla (37). Cabe hacer mención que para la RP no se encontraron variables sociodemográficas predictoras

Tabla 36. Correlaciones entre los componentes de Síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento enfermeras del hospital psiquiátrico (n=89)

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------|----|
| 1. AE | 1 | | | | | | | | | |
| 2. DP | .129 | 1 | | | | | | | | |
| 3. RP | -.260* | .308** | 1 | | | | | | | |
| 4. AFN | .119 | .222* | -.258* | 1 | | | | | | |
| 5. REP | -.036 | -.039 | .334** | .164 | 1 | | | | | |
| 6. EEA | .238 | .172 | -.230* | .590** | .123 | 1 | | | | |
| 7. EVT | .118 | .088 | .136 | .267* | .429** | .327** | 1 | | | |
| 8. BAS | .131 | .170 | .103 | .104 | .479** | .428** | .508** | 1 | | |
| 9. RLG | -.002 | .099 | -.106 | .323** | .135 | .458** | .280** | .364** | 1 | |
| 10. FSP | .012 | .017 | .249* | -.026 | .623** | .073 | .322** | .495** | .099 | 1 |

Correlación significativa al nivel de .05 (p .05) **. Correlación significativa a nivel del .01. *

Tabla 37. Modelo de regresión lineal múltiple afrontamiento Hospital psiquiátrico. (Método pasos sucesivos)

| Variable dependiente | Variable independiente | B | F | R ² corregida | Sig |
|----------------------|------------------------|-------|-------|--------------------------|--------------|
| AE | EEA | .258 | 2.059 | .046 | .028* |
| | AFN | .257 | | | .129 |
| | REP | -.130 | | | .548 |
| | EVT | .004 | | | .817 |
| | BAS | .254 | | | .117 |
| | RLG | -.038 | | | .792 |
| | FSP | -.354 | | | .055 |
| | DP | AFN | .259 | 4.81 | .053 |
| REP | | -.205 | | | .425 |
| EEA | | -.001 | | | .774 |
| REP | | -.137 | | | .482 |
| EVT | | -.162 | | | .786 |
| BAS | | .139 | | | .482 |
| RLG | | .304 | | | .043 |
| FSP | | -.186 | | | .761 |
| RP | REP | .388 | 10.80 | .101 | .001* |
| | AFN | -.323 | 11.49 | .194 | .000* |
| | FSP | .000 | | | .999 |
| | RLG | -.065 | | | .894 |
| | BAS | -.063 | | | .566 |
| | EVT | .067 | | | .545 |
| | EEA | -.131 | | | .249 |

Estadísticamente significativa* \leq .05

Tabla 38. Correlaciones entre los componentes de Síndrome de Burnout y las características del clima organizacional. Enfermeras del hospital psiquiátrico (n=89)

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|--------------------------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Agotamiento emocional | 1 | | | | | | | | |
| 2. Despersonalización | .129 | 1 | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---------------------------|---------|---------|--------|--------|--------|-------|--------|------|---|
| 3. Realización personal | -.260* | -.308** | 1 | | | | | | |
| 4. Motivación | -.200 | -.244* | .433** | 1 | | | | | |
| 5. Interacción jerárquica | -.360** | -.093 | .464** | .721** | 1 | | | | |
| 6. Tensión laboral | .126 | -.126 | .228 | .380 | .288 | 1 | | | |
| 7. Clima labora | -.252* | -.331** | .296** | .725** | .528** | .061 | 1 | | |
| 8. Interacción grupal | -.466** | -.190 | .237* | .616** | .588** | -.061 | .738** | 1 | |
| 9. Imagen de institución | -.320** | .008 | .229* | .462** | .395** | .057 | .458** | .396 | 1 |

Correlación significativa al nivel de .05 (p .05) **. Correlación significativa a nivel del .01. *

6.6 Relación del SB características sociodemográficas clima organizacional y estrategias de afrontamiento hospitales de urgencias.

Con el fin de comprobar la posible relación entre variables sociodemográficas, clima laboral, estrategias de afrontamiento en hospitales de urgencias se realizaron correlaciones utilizando la prueba Spearman, así mismo para obtener las variables predictoras del SB, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple (por pasos), tomando como variable dependiente cada dimensión que compone el MBI y las variables sociodemográficas, clima laboral y estrategias de afrontamiento como variables independientes

La dimensión AE se encontró relacionada directamente con la variable hijos ($rS = -.381$, $p < .05$), que indica que la presencia de hijos disminuye el AE, el modelo de regresión lineal indica que el no tener hijos predice el AE ($F = 6.54$; $p < 0.013$; $R = .280$) y explica el 7.8% de la varianza, así mismo se encontró como predictor de AE el número elevado de pacientes atendido, ($F = 6.408$; $p < 0,03$; $R = .380$), lo cual explica un 15% de la variabilidad total. La dimensión AE también se encontró relacionada de forma significativa con la DP, ($rS = .292$; $p \leq 0.05$), con la interacción jerárquica, ($rS = -.329$, $p \leq 0.05$), el clima laboral ($rS = -.437$, $p \leq 0.05$) y la interacción grupal ($rS = -.303$; $p \leq 0.05$), esto quiere decir que a mayor AE mayor es la DP, mientras que la percepción sobre la interacción jerárquica, el clima laboral, y de la interacción grupal es menos favorable cuando incrementa el nivel de AE. Tabla (40), la dimensión AE se correlacionó con la EEA ($rS = .238$; $p \leq 0.01$). Tabla (41). El modelo de regresión lineal para evaluar el AE y estrategias de afrontamiento (tabla 42) fue significativo para la variable FSP ($F = 5.50$; $p \leq 0.05$) este explica el 6.2% de la varianza, y para la estrategia AFN ($F = 6.04$; $p \leq 0.05$) este explica el 12.9% de la varianza lo que indica que la estrategia FSP como predictor que disminuye el AE, así mismo la AFN es un predictor que aumenta el AE.

La DP se encontró relacionada de forma negativa con la motivación ($rS-.291$; $p\leq 0.05$) y con el clima laboral ($rS-.339$; $p\leq 0.01$), esto indica que a mayor DP, la percepción de la motivación y del clima laboral es menos favorable tabla (40). La DP está relacionada con la AFN ($rS.222$; $p\leq 0.01$) tabla (41). En el caso de la dimensión DP, la REP es un predictor significativo ($F=4.81$; $p\leq 0.05$) y explica el 5.3% de la varianza tabla (42) que indica que el uso de la REP disminuye la DP.

Para la RP se encontró una correlación significativa con la motivación ($rS.426$; $p\leq 0.05$), con la interacción grupal ($rS.473$; $p\leq 0.05$) y con el clima laboral ($rS.608$; $p\leq 0.05$) esto indica que a mayor RP existe una percepción más favorable de la motivación laboral, de la interacción grupal, y del clima laboral satisfactorio tabla (40). RP se relaciona significativamente con la estrategia de afrontamiento adaptativa REP ($rS.334$; $p\leq 0.05$) y de forma negativa con la estrategia desadaptativa EEA ($rS-.230$; $p\leq 0.01$) tabla (41). El nivel de estudios predice la RP ($F = 7.242$; $p < 0,01$; $R = .293$), lo cual explica un 8.6% de la variabilidad total, la REP es un predictor significativo de la RP ($F=4.81$; $p\leq 0.05$) y explica el 5.3% de la varianza tabla (42).

Tabla 39 - Regresión lineal múltiple. Variables independientes: características Sociodemográficas Hospital urgencias (n=79)

| Variable | β | Beta | t | p |
|--------------------------|---------|-------|--------|------|
| Sociodemohgrficas | | | | |
| AE | | | | |
| Hijos | 4,543 | .278 | 2.616 | .011 |
| Pacientes atendidos | -1.7189 | -.257 | -2.422 | .018 |
| RP | | | | |
| Nivel de estudios | 3.38 | .293 | 2.69 | .009 |

Tabla 40. Correlaciones entre los componentes de Síndrome de Burnout y las características del clima organizacional. Enfermeras de los hospitales de urgencias (n=79)

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---------------------------|---------|---------|--------|---------|---|---|---|---|---|
| 1. Agotamiento emocional | 1 | | | | | | | | |
| 2. Despersonalizaón | .292** | 1 | | | | | | | |
| 3. Realización personal | -.317 | -.205 | 1 | | | | | | |
| 4. Motivación | -.258* | -.291** | .426** | 1 | | | | | |
| 5. Interacción jerárquica | -.329** | -.029 | .126 | -.401** | 1 | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|---------|---------|--------|---------|--------|--------|--------|--------|---|
| 6. Tensión laboral | .126 | -.060 | .213 | .219 | -.254 | 1 | | | |
| 7. Clima labora | -.437** | -.339** | .608** | .694*** | .767** | .285* | 1 | | |
| 8. Interacción grupal | -.303** | -.253* | .473** | .734** | .805** | .290** | .777** | 1 | |
| 9. Imagen de institución | -.106 | -.004 | .326* | .529** | .530** | .162 | .439* | .395** | 1 |

Correlación significativa al nivel de .05 (p .05) **. Correlación significativa a nivel del .01. *

Tabla 41. Correlaciones entre los componentes de Síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento hospitalares de urgencias (n=79)

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---------|---------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------|----|
| 1. AE | 1 | | | | | | | | | |
| 2. DP | .292 | 1 | | | | | | | | |
| 3. RP | -.317** | -.205 | 1 | | | | | | | |
| 4. AFN | .119 | .222* | -.260 | 1 | | | | | | |
| 5. REP | -.036 | -.039 | .334** | .164 | 1 | | | | | |
| 6. EEA | .238* | .172 | -.230* | .590** | .123 | 1 | | | | |
| 7. EVT | .118 | .088 | .136 | .267 | .429 | .327 | 1 | | | |
| 8. BAS | .131 | .170 | .103 | .104 | .479 | .428 | .508 | 1 | | |
| 9. RLG | -.002 | .099 | -.106 | .323** | .135 | .458** | .280** | .364** | 1 | |
| 10. FSP | .012 | .017 | .249 | -.026 | .623** | .073 | .322** | .495** | .099 | 1 |

Correlación significativa al nivel de .05 (p .05) **. Correlación significativa a nivel del .01. *

Tabla 42. Modelo de regresión lineal múltiple afrontamiento Hospitales de urgencias. (Método pasos sucesivos)

| Variable dependiente | Variable independiente | B | F | R ² corregida | Sig |
|----------------------|------------------------|-------|------|--------------------------|-------------|
| AE | FSP | -.354 | 5.50 | .062 | .002 |
| | AFN | .292 | 6.04 | .129 | .004 |
| | EEA | -.014 | | | .930 |
| | REP | -.076 | | | .654 |
| | EVT | -.027 | | | .846 |
| | BAS | .198 | | | .172 |
| | RLG | -.006 | | | .964 |
| DP | REP | -.259 | 4.81 | .053 | .032 |
| | AFN | -.101 | | | .424 |
| | EEA | -.037 | | | .774 |
| | EVT | .046 | | | .768 |
| | BAS | .104 | | | .482 |
| | RLG | .204 | | | .112 |
| | FSP | -.053 | | | .761 |
| RP | FSP | .318 | 25.5 | .265 | .000 |
| | AFN | -.293 | 15.9 | .305 | .027 |
| | REP | .397 | 14.2 | .369 | .005 |
| | EEA | .049 | | | .727 |
| | EVT | .072 | | | .613 |
| | BAS | .005 | | | .967 |
| | RLG | -.079 | | | .491 |

Estadísticamente significativa* \leq .05

DISCUSION

La presente investigación tuvo como objetivo general determinar cuál es la relación entre el Síndrome de Burnout con el clima organizacional y las estrategias de afrontamiento al estrés en el personal de enfermería en tres instituciones de salud que brindan atención médica a población abierta. El estudio de la relación entre estos factores es relevante para esta población debido a que las enfermeras/os constituyen un grupo particularmente vulnerable por diversas razones, entre ellas, el alto nivel de estrés asociado al desempeño de sus funciones, laborar en contextos donde escasean los recursos necesarios para cumplir cabalmente su trabajo, la sobrecarga laboral, entre otras (Reig, 1989).

Los riesgos en la salud mental han sido poco estudiados en el personal de enfermería en México por lo que los hallazgos aquí presentados contribuyen de forma importante a la comprensión de este fenómeno en dos ambientes laborales específicos.

El concepto Síndrome de Burnout surgió en Estados Unidos a mediados de los años 70 para dar una explicación al proceso de deterioro en los cuidados y en la atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios (Freudenberguer, 1974); desde una perspectiva psicosocial el SB es un síndrome cuyos síntomas son bajos niveles de realización personal en el trabajo, altos niveles de agotamiento emocional y de despersonalización (Maslach & Jackson, 1981). Este padecimiento tiene repercusiones a nivel emocional, conductual, psicosomático, familiar, social y laboral y se ha observado principalmente en los profesionales de la salud Monte y Peiro (1999) En el caso del personal de enfermería el impacto del SB es mayor, ya que ésta se considera una profesión de servicio y de entrega, con altos estándares de disciplina y responsabilidad (Kooker, 1987).

Los hallazgos indican que el 73.7% de los participantes pertenece al sexo femenino en ambos hospitales, lo que indica que en la actualidad la profesión de enfermería sigue siendo eminentemente una actividad femenina, esto puede tener un origen cultural, ya que desde inicios de la historia, el cuidado de la salud ha sido proporcionado y transmitido por mujeres (Vieira, 1999).

En el hospital de urgencias el 41.8% del personal tenía entre 18 y 28 años de edad y una antigüedad de 2 a 5 años de servicio (46.8%), la mayoría eran solteros (53.2%) y con nivel de estudios licenciatura (45.6%). El hospital psiquiátrico, por su parte, es una institución con 47 años de antigüedad, por lo tanto, el personal tiene entre 16 y 25 años de servicio, y la mayoría (41.6%) se ubica en el rango de edad de 40 a 50 años.

De acuerdo con Maslach (2003), la edad y la antigüedad laboral son relevantes ya que el SB es más prevalente en grupos más jóvenes y durante los primeros años de carrera profesional, esto es acorde con los resultados obtenidos en el hospital psiquiátrico, donde a menor edad mayor fue el agotamiento emocional. Grau y García (2005) reportaron resultados similares específicamente en relación con la despersonalización, de acuerdo con estos autores, los trabajadores con menos años de ejercicio profesional, tienen un nivel de optimismo más bajo y tienen la percepción de no ser valorados por sus compañeros, jefes, pacientes o familiares de los pacientes. Maslach (2003) también reporta que el nivel educativo puede asociarse a la sintomatología del SB, pues se han encontrado niveles más altos de cansancio emocional entre personal con post-grado; esto es compatible con los resultados obtenidos en el hospital psiquiátrico donde el nivel de estudios alto, estuvo relacionado a índices altos de AE y DP, y fue un predictor del AE en esta población.

Es importante mencionar que uno de los principales retos en el estudio del SB es su medición; en la actualidad existen diversos instrumentos que permiten cuantificar algunas de las características distintivas del SB pero pocos se han empleado en población mexicana.

Para la realización de la presente investigación se seleccionó el Maslach Burnout Inventory (MBI, Maslach y Jackson, 1981) debido a que en varios estudios internacionales se han reportado niveles adecuados de confiabilidad y validez, Monte y Peiro (1999), esto también se ha reportado en la población mexicana aunque con variaciones importantes en la subescala de Despersonalización para la que se han encontrado coeficientes de confiabilidad que varían entre 0.32 (Hernández, 2008) y 0.81 (Cruz, 2010).

En esta investigación los coeficientes de confiabilidad para cada una de las subescalas del MBI fueron 0.83 para agotamiento emocional, 0.78 para realización personal y 0.21 despersonalización, por lo que se sugiere llevar a cabo investigaciones de corte cualitativo

para profundizar en la forma en que la despersonalización se manifiesta en la población mexicana, y posteriormente, desarrollar ítems que permitan evaluar esta dimensión de una forma más adecuada.

No obstante, la experiencia con el uso del MBI en la población de enfermeras/os psiquiátricas y de urgencias fue positiva, pero cabe señalar que ninguna de las participantes cumplió completamente los criterios de SB (puntajes altos en AE y DP y puntaje bajo en RP); el 1.8% tuvo puntaje alto en AE, 5.4% puntuó alto en DP y 28.7% tuvo puntaje bajo en RP.

Estos hallazgos difieren de lo reportado por otros autores en relación con el tema; en un estudio realizado en un hospital de tercer nivel se observó que el 19.1% de la muestra tenía niveles altos de AE, 23.4% niveles altos de DP y el 21.3% niveles bajos de RP (Juárez, 2014). Por su parte, Hernández (2006), realizó un estudio en el servicio de urgencias del Hospital General de México y encontró que el 19.3% puntuó alto en AE, 22% tuvo puntaje alto en DP y 9% bajo en RP, en total 19% del personal cumplía los criterios de SB.

Cuando se ha evaluado el SB en personal dedicado a la salud mental se observan resultados similares en el hospital psiquiátrico de Morelos; el 23% del personal tenía alto agotamiento emocional, 20 % alto despersonalización y 37% baja realización personal (Carrillo, 2010). Por su parte Ávila (2009) encontró que el 75% del personal de un hospital psiquiátrico el Estado de México presenta SB. Llama la atención el alto porcentaje de personas con SB reportado por este autor, y es interesante mencionar que ese hospital y el hospital psiquiátrico que participó en este estudio tienen la misma antigüedad ya que abrieron sus puertas en la operación Castañeda (1968) aunque no tienen el mismo modelo de atención, lo que podría influir en las condiciones laborales y en la incidencia del SB en las enfermeras/os del hospital psiquiátrico.

En virtud a que no se encontraron casos compatibles con SB, se optó por realizar en análisis del MBI en cada dimensión utilizando como punto de corte la media más una desviación estándar, para así poder separar a las participantes que obtuvieran puntuaciones altas en estas dimensiones, se dividieron en casos con una y dos escalas con puntuación alta (con SB) y casos en donde se obtuvieran las tres dimensiones con puntuaciones bajas en la escala (sin SB), cabe hacer mención que se pudieron realizar análisis correspondientes

conociendo la influencia de distintas variables del clima organizacional y estrategias de afrontamiento y características sociodemográficas, en la presencia de sintomatología de SB, obteniendo datos que servirán a las instituciones, para la implementación de estrategias preventivas acerca de este fenómeno multidimensional.

Conocer la influencia del clima organizacional sobre el SB fue otro objetivo específico de la investigación para llegar a una conclusión acerca de los resultados de la aplicación de la escala de clima organizacional, se retomó el modelo de deterioro de clima organizacional de Olaz (2013). Se encontró que los factores de clima organizacional peor valorados en el hospital psiquiátrico fueron la interacción jerárquica imagen de la institución y tensión laboral, y en hospitales de urgencias motivación y tensión laboral. Esto no coincide con los resultados de Ramírez (2008), donde el clima laboral y las interacciones grupales mostraron los más altos puntajes de satisfacción percibida por el personal del Instituto Nacional de Psiquiatría, sin embargo, difiere de lo reportado por González (2011) en una investigación realizada en 20 hospitales del D. F. y Estado de México, donde se obtuvieron puntajes no satisfactorios de clima organizacional que estaba relacionados con la presencia de SB.

Al analizar los resultados de la subescala de motivación se observa que las enfermeras/os de los hospitales de urgencias tienen una percepción negativa ya que se sienten poco incluidas en la institución y opinan que su trabajo es poco útil para la institución, en la subescala imagen de la institución, refieren no conocer la organización de esta, según el modelo de Olaz (2013) en hospitales de urgencias existe una debilidad en el aspecto estructural organizativo de estas instituciones, en la variable definición cultural y organizacional, al respecto el personal de enfermería debe conocer la misión visión, y los objetivos de la organización para alcanzar las metas y objetivos institucionales .

En el hospital psiquiátrico, las enfermeras/os se sienten menos apoyadas para resolver los problemas en el trabajo, perciben que tienen menos ayuda de su jefe al emprender un trabajo que no conocen, que la comunicación con el jefe inmediato no es buena, y que su superior no les hace saber cuándo el trabajo es eficiente. Asimismo, tienen la percepción de que podrían aprender más de su jefe, y que éste debería tomar en cuenta sus ideas y sugerencias, al respecto el modelo de Olaz (2013) muestra que existe una debilidad en el

contexto organizativo en la variable comunicación y concentración del poder, ya que el personal percibe tener escasa participación en la toma de decisiones, en la variable relaciones interpersonales de trabajo, ya que el personal tiene poca relación con sus superiores y conflictos interpersonales en este aspecto se destaca la participación del liderazgo en este gremio, ya que las características de éste impactarán en el clima organizacional (Goleman, 2000), en la variable entorno de trabajo existe la percepción de no contar con recursos adecuados para la realización de los procedimientos. En la subescala imagen de la institución, el grupo de enfermeras/os del hospital psiquiátrico consideró malas las relaciones entre las diferentes áreas y opinan que la institución donde laboran no muestra suficiente interés en su personal

Es importante que en el departamento de enfermería se identifiquen los problemas existentes ya que ésta nos puede dar indicios de un deterioro en el clima organizacional; según Olaz (2013) el estudio arroja debilidades a nivel estructural organizativo, laborar en un clima con estas características afecta a la organización y la supervivencia del individuo y del grupo, teniendo como resultado en un entorno cada vez más agresivo y cambiante. Al respecto, Karasek y Theorell (1990) destacan que ciertos factores del trabajo, como la alta demanda y el bajo control o libertad de decisión, incrementan de forma importante el riesgo de una variedad de enfermedades o desórdenes mentales, incluyendo la ansiedad y la depresión. Es importante para los líderes identificar la toxicidad de la organización así mismo se deberán implementar las buenas prácticas de clima laboral, ya que puede aliviar o eliminar síntomas de deterioro organizacional.

Para dar una explicación concreta del fenómeno, en el estudio se relacionaron las dimensiones del SB con estrategias de afrontamiento, características sociodemográficas y con el clima organizacional. En cuanto al AE, en el hospital psiquiátrico esta dimensión aumenta cuando disminuye la edad, así como el nivel de estudios alto, en ambos hospitales se encontraron relaciones negativas de esta dimensión con la interacción jerárquica, el clima laboral y la interacción grupal. Los modelos de regresión lineal indican que para las enfermeras/os de hospitales de urgencias, la interacción jerárquica desfavorable predice el AE, y en el hospital psiquiátrico un clima laboral favorable predice la disminución de AE. Es importante destacar que en el hospital psiquiátrico se encontró una relación negativa con la

imagen de la institución, esto puede deberse al autoestigma del personal, y el estigma en general hacia la enfermedad mental y debe ser estudiado a profundidad en el contexto Mexicano

En el hospital psiquiátrico la RP se relaciona con una interacción jerárquica favorable y con el clima laboral; en el hospital de urgencias la RP se relacionó positivamente con la motivación y con la interacción grupal, posiblemente coadyuvan a que el SB sea bajo en esta población.

Por su parte, la DP está relacionada de forma negativa con el clima laboral y la motivación en ambos hospitales, este dato es relevante en tanto que, a pesar de los bajos niveles de DP, el personal tiene la percepción de una baja motivación y de un clima laboral poco satisfactorio. Los resultados de la regresión lineal complementan estos datos pues indican que el clima laboral favorable es una variable que disminuye el riesgo de DP para el hospital psiquiátrico, y en hospitales de urgencias, la interacción jerárquica y el clima laboral disminuyen la DP.

En general, los datos muestran que en los hospitales que participaron en este estudio existe una percepción satisfactoria del clima laboral y baja sintomatología de SB, lo que contrasta con el estudio de González (2011) en 20 unidades médicas del D. F. donde el 27.3% del personal presentaba SB y 35% refirió una percepción desfavorable del clima organizacional, estos resultados dieron como conclusión que los trabajadores que presentaron baja motivación y conflictos laborales tenían más probabilidades de padecer SB. En otro estudio realizado en México, Seco et al. (2006) observaron que el clima organizacional favorable es un protector en la aparición de SB, este dato se acerca más a nuestros datos.

En cuanto a la influencia de las estrategias de afrontamiento, para Cox, Kuk y Leiter (1993) el SB es una respuesta al estrés laboral que se desarrolla cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por el trabajador no resultan eficaces para manejar el estrés laboral y sus efectos. Gil-Monte & Peiró (1997) consideran que el tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas se relacionan con la probabilidad de desarrollar SB

En los datos de nuestro estudio se observó que el 30% del personal de enfermería de los hospitales de urgencias tiene síntomas de SB y emplean estrategias de afrontamiento adaptativas, en contraste 70% no tenía síntomas de SB y empleaba estrategias adaptativas. En el hospital psiquiátrico la proporción de enfermeras/os que utiliza estrategias adaptativas y tiene presencia de síntomas fue el 34% y sin síntomas de SB fue 66%, lo que sugiere un mayor uso de estrategias de afrontamiento adaptativas en personal de enfermería sin SB. Estos resultados son acordes a lo reportado por Gutiérrez (2010) en enfermeras/os del INCAN donde se observó que 88% de las enfermeras/os encuestadas tiene estrategias adaptativas. En este sentido, Baron y Kenny (1986) consideran que las estrategias de afrontamiento desadaptativas generan mayores niveles de estrés y son directamente proporcionales a la despersonalización y al agotamiento emocional, dos síntomas característicos del SB, mientras que las estrategias de afrontamiento adaptativo predicen la realización personal como aspecto protector para el desarrollo del síndrome. Hasta este punto se muestra el papel de las estrategias de afrontamiento como mediadoras del SB.

En los hospitales de urgencias la proporción de personal que reporta estrategias de afrontamiento desadaptativas sin síntomas de SB fue el 37.6% y 62.3% con síntomas, en el hospital psiquiátrico la proporción de enfermeras/os que utiliza estrategias desadaptativas sin presencia de síntomas fue 39.3% y con síntomas de SB fue 60.6%, lo que demuestra y confirma la hipótesis planteada sobre un mayor uso de estrategias de afrontamiento desadaptativo en personal con síntomas de SB. Se debe resaltar que las estrategias activas y directas (adaptativas) son más efectivas en el afrontamiento del SB, mientras que fueron las estrategias inactivas/indirectas (desadaptativas) son más ineficaces (Pines y Kafry, 1981). Los resultados obtenidos en este estudio concuerdan con la teoría de Ceslowitz (1999) donde señala que las enfermeras/os con menores nivel de SB emplean estrategias de afrontamiento adaptativo con mayor frecuencia; las enfermeras que experimentaban altos niveles de SB utilizaban con más frecuencia estrategias de afrontamiento de escape-evitación.

El modelo de regresión lineal mostró que si las enfermeras/os utilizan estrategias desadaptativas -como la expresión emocional abierta- el AE aumenta, lo mismo pasa con la RP que disminuye con la focalización negativa, por el contrario la RP aumenta cuando se utiliza la estrategia adaptativa reevaluación positiva.

Como se puede observar la expresión emocional abierta y la focalización negativa fueron predictores significativos de la sintomatología de SB, por lo tanto si mejoramos las estrategias de afrontamiento adaptativas en los profesionales de salud se reduce el riesgo de presentar SB, ya que el afrontamiento no solamente modera el impacto de los factores estresantes, sino que además influye en la percepción de las demandas ambientales como desbordante, esto nos invita a reflexionar sobre la importancia de evaluar en este tipo de poblaciones las estrategias de afrontamiento en el trabajo, debido a que estos mecanismos se presentan como una variable altamente moderadora del SB Ceslowitz (1999).

En el modelo de regresión se encontró que en el hospital psiquiátrico la estrategia EEA es un predictor del AE, la AFN predice la DP y por último la REP predice la RP. En el personal de enfermería que labora en hospitales de urgencias el AFN predice la aparición de AE, la REP predice la DP en tanto que la estrategia FSP es un predictor de la RP.

Con los resultados antes expuestos se realiza la pregunta ¿Cuáles son los factores por los cuales el personal de enfermería no está presentando síntomas de SB cuando las características asistenciales indican que es una población propicia a padecer este síndrome? Una posible explicación podría estar relacionada con las características de los hospitales de provincia donde la concentración y características de la población son diferentes, y a que la tecnología disponible en los hospitales en estas zonas es menor a la que se encuentra en los hospitales de alta concentración como lo son los del D. F.

Otra posible explicación podría estar relacionada con las características psicosociales dentro de la organización: características de la tarea, la cantidad de trabajo, la complejidad de las actividades, el uso de tecnología, y la alta responsabilidad de realizar un trabajo con rapidez y precisión (Gil Monte, 2012), por este motivo, es una posible causa de incidencia de SB en el personal de salud, estas condiciones psicosociales han sido descritas también por Omer (2013).

Otra posible explicación podría estar relacionada con las características psicosociales dentro de la organización: características de la tarea, la cantidad de trabajo, la complejidad de las actividades, el uso de tecnología, y la alta responsabilidad de realizar un trabajo con rapidez y precisión (Gil Monte, 2012), por este motivo, es una posible causa de incidencia de

SB en el personal de salud del Edo México y D.F. estas condiciones psicosociales han sido descritas también por Omer (2013).

Dentro de este estudio las principales limitantes fueron en primer lugar el rechazo a participar por falta de tiempo ya que los servicios, en hospitales de urgencias estaban saturados, por otro lado tenemos que el tamaño de muestra, otra limitante considerada es diseño de la investigación ya que el estudio fue transversal en este aspecto se destaca la importancia de dar seguimiento e intervención, a este fenómeno en futuras investigaciones con líneas de investigación longitudinal, cualitativas enfocadas a la salud mental y satisfacción laboral de las enfermeras, ya que ha sido poco explorado en la actualidad.

Este estudio aporta herramientas para la comprensión de los factores de riesgo y genera evidencia acerca de áreas de oportunidad para la realización de programas preventivos en la aparición de SB proporcionando estrategias para fomentar ambientes de trabajo saludables para el personal de enfermería, en este sentido se Bahrer S (2013) menciona las siguientes recomendaciones encaminadas a prevenir este síndrome, la propuesta incluye modificaciones en el lugar de trabajo y mejora en las habilidades de afrontamiento al estrés, la prevención está dividida en medidas de prevención primaria encaminadas a evitar el SB, medidas de prevención secundaria(detección/ e intervención) así mismo, medidas terciarias , encaminadas a la rehabilitación . La prevención primaria incluye modificaciones en el medio ambiente laboral, la ergonomía y salud en el trabajo, y el desarrollo organizacional, la prevención secundaria se enfoca a la reducción de estrés, capacitación y entrenamiento laboral, y en la prevención terciaria incluye medidas para reducción del impacto del estrés y SB.

La prevención del SB incluye estrategias de cambio organizacional como el conocimiento claro de tareas y responsabilidades,(Houtman et al.2007). Cabe hacer mención que existen algunas acciones específicas para la prevención del SB, como lo son redistribución de la carga de trabajo por parte de los supervisores, así como la implementación de descansos en la jornada laboral, manejo de riesgos de trabajo, la reunión de equipos de trabajo para el manejo de problemas, así como la participación de los trabajadores en las decisiones laborales, el fomento de actividades sociales culturales recreativas , fomento del apoyo social en el trabajo.

A nivel personal las primeras recomendaciones son el promover un estilo de vida saludable con actividades de ocio, descanso y ejercicio que fomente una adecuada salud física y mental, desarrollo de inteligencia emocional, y habilidades para negociar conflictos, habilidades de comunicación, fomento de las habilidades de afrontamiento centradas en el problema o adaptativas que previenen el desarrollo del SB, balance de la vida familiar y el trabajo.

A nivel organizacional se propone el estímulo positivo al trabajo bien realizado, la identificación temprana de signos de SB, creación de una cultura organizacional reflexionando en los valores de la organización, fomento al trabajo en equipo, participación de los trabajadores en las decisiones de la organización, ayuda y apoyo en cambios de la organización, capacitación continua en aspectos técnicos ,programas de prevención de riesgos laborales, uso frecuente de la retroalimentación por parte de jefes y supervisores, manejo de estrés fomentando las habilidades es afrontamiento proporcionando habilidades individuales y grupales para el manejo de estrés, proporcionar al trabajador de manera clara sus responsabilidades y funciones así como la misión y visión de la organización (hospital). Cabe destacar que existen estrategias grupales de acuerdo a Gil-Monte y Peiró (1996) que son importantes de mencionar, ya que provee al trabajador el apoyo social donde se adquieren diferentes ventajas, en las que tenemos el mejoramiento de las habilidades mejorando las que ya se poseen, se obtiene refuerzo social y retroalimentación sobre la ejecución de las tareas, obteniendo también apoyo emocional y ayuda. Otra forma de desarrollar el apoyo social según este autor es fomentar y entrenar a los compañeros y a los supervisores en dar retroinformación, mediante la cual se les informa sobre cómo son percibidos, entendidos y vividos sus modos de comportamiento, fomentar las relaciones positivas ya que crearán un clima laboral favorable estimulando la comunicación, la colaboración en el cumplimiento de tareas, Matteson e Ivancevich(1997) recomiendan apoyo social de compañeros, directivos, supervisores, amigos, familiares

REFERENCIAS

- Austria, C. (2010). Afrontamiento y síndrome de burnout: un estudio de validez cruzada en dos instituciones de salud. Recuperado desde /WL00062. Last accessed May 2013.
- Adali, E. (2003) Síndrome del Quemado en el personal de enfermería psiquiátrica de hospitales griegos. *J. Psychiat.* Vol. 17, N.º 3, (161-170).
- Anzaldo G. (2002) El Síndrome de Fatiga Emocional (Burnout) en el personal de Enfermería del Hospital General de Zona No. 27, México, D.F
- Ashford, S. (1988). Individual strategies for coping with stress during organizational transitions. *Journal of applied behavioral science.* 24(1): 19-36.
- Aiken L, Sochalski J, Lake E. (1997). Studying outcomes of organizational change in health services. *Med Care;* (11): 35.
- Alarcon, G., Eschleman, K. J., & Bowling, N. A. (2009). Relationship between Personality Variables and Burnout: A Meta-Analysis. *Work & Stress*, Vol. 23, No. 3, July-September, 244-263.
- Aiken LH, Patrician PA. Measuring organizational traits of hospitals: the revised nursing work index. *Nurs Res* 2000;49(3):146–153. [PubMed: 10882319]
- Aiken L, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*;288(16):1987–1993.
- Aiken LH. (2005) Extending the magnet concept to developing and transition countries. *Reflect Nurs Leadersh*;31(1):16–18.
- Alvarez, L. (1993). La nueva organización. Una visión a través de su cultura. Cali: Centro Editorial Univalle.
- Ávila, G. (2013). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de Urgencias de unidades médicas de reclusorios, Tesis de maestría, Escuela nacional de Enfermería, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Avila, R (2009). El nivel de síndrome de burnout en el personal de enfermería que labora en el Hospital Psiquiátrico La salud Tlaxolteotl, en el estado de México”, Tesis maestría en enfermería UNAM
- Atance, J. (1997). “Aspectos Epidemiológicos del Síndrome de Burnout en el personal Sanitario”. *Revista. Esp. Salud Pública* Disponible en: www.msc.es/epidemiologia/199703/burnout.htm
- Asem, A. (2013) Stress and coping among psychiatric nurses. *Jornural and coping.* Volume 7.

Armstrong, K. Laschinger, H.(2009). Workplace empowerment and magnet hospital characteristics, predictors of patient safety climate. *Journal of Nursing Care Quality.*; 24:55–62.

Agüero,C. (2005) El arte de escuchar: elemento esencial del uso terapéutico del si mismo. *Rev. Presencia,* 1(1) Recuperado desde: <<http://www.index.com/presencia/n1/7articulo.php>>

Angus, N. y.Reynolds, W.(2001) Psychometric development of the Mental Health Problems Perception Questionnaire. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing.*;8:471–472.

Abdalahim,A. (2003).Stress, sources of stress and ways of coping among psychiatric nursing students,*Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing,*43-47.

Agüero,C (2005). El arte de escuchar: elemento esencial del uso terapéutico del si mismo. *Rev. Presencia;* 1(1). Recuperado desde <http://www.indexf.com/presencia/n1/7articulo.php>

Aiken, L y Patrician P.(2000) Measuring organizational traits of hospitals.The revised nursing work index. *Nursing Research.*;49(3):146–153.

Association of Ontario. RNAO (2006). Health WorkEnvironments Best Practice Guidelines: Collaborative Practice Among Nurses Teams.*Nursing Times.*;87(34):50.

Australian Health Workforce Advisory Committee (2003.). Australian Mental Health Nurse Supply, Recruitment and Retention. AHWAC, Sydney.

Australian Mental Health Workforce Advisory Committee(2008). Mental Health Workforce: Supply of Mental Health Nurses. AMHWAC, Canberra.

Bahrer, S. k. (2013). Bournout for Experts. En s. k. Bahrer, Bournout for Experts (págs. 89,119,145,159,185). switzerland: bahrer, sabine kohle

Britto, E.(2004).Stress, coping (enfrentamiento) y salud general de los enfermeros que actúan en unidades de terapia intensiva y problemas renales. *Revista electrónica semestral de enfermería* .Recuperado el 23 agosto 2014 de.www.um.es/eglobal/.

Baron, R.M. & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statisticalconsiderations. *Journal of Personality and Social Psychology,* 51, 1173-1182

Bernal, A.(2001).Detección del síndrome de Burnout en el personal médico y de enfermería de Clínicas de Medicina Familiar en tres Instituciones del Sector Salud. [Tesis de Especialista en Medicina Familiar]. Facultad de Medicina. UNAM/ISSSTE; México.

Basset,I (2011). Estrés laboral y personal en los recursos humanos de Enfermería de una Unidad de Psiquiatría en México, D.F,Enf Neurol Vol. (10), Recuperado de.<http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

Basset I. (2008). "Síndrome de Burnout" en el personal de Enfermería del Hospital de Psiquiatría. "Dr. Samuel Ramírez Moreno". Distrito Federal, México.

Borgesius, E., Lange, J. de, & Meurs, P. (1988). Verp/eecAri/nd/gen zonder u/w/o/vn: Over de p/i/r//brm/fe/f van ner 6eroep psycn/aft/sc/) verp/eeg*unt/;ge (Nurses without an uniform: About the multiformity of the psychiatric nursing profession)

Bowman, G. (1995). Adjustmend to occupational stress: the relationships of perceived control to effectiveness of coping estrategies. *Journal of counseling Psicology*, 294-300.

Bautista, M.(2012), Burnout en Enfermeras que laboran en hospitales del sector público en la ciudad de México, Tesis maestría Universidad Nacional Autónoma de México.

Brunet.L,(1968).el clima organizacional en las organizaciones,Mexico,Trillas

Bandura, A.(2001) Social cognitive theory: an gentic perspective. *Annual Review of Psychology*.;52:1–26.

Barker, P.J.(1990).The conceptual basis of mental health nursing. *Nurse Education Today*.;10:339–348.

Bailey, J.y Walker, D. (1980). "Pay-offs" and "trade-offs": reflections of a nursing administrator and a nursing educator on a collaborative study in the practice of nursing. *Journal of Nursing Education* 19(6), 54-57.

Betrus PA, Hoffman A (1992) Psychiatric-mental health nursing: career characteristics, professional activities, and client attributes of members of the American Nurses Association Council of Psychiatric Nurses. *Issues Ment Health Nurs* i3:39 50

Blegen, M. A. (1993). Nurses' job satisfaction: A meta-analysis of related variables. *NursingResearch*, 42(1), 36 – 41.

Barrios ,F. (2002). "La enfermería y la reforma psiquiátrico-penitenciaria". *Cultura de los cuidados*. Año , pp. 23-32. 12 ISSN 1138-1728,.

Caton, D.J, GrossmckleE., & Mitchell, C.C. (1988). Burnout and stress among employees at a state institution for mentally retarded persons. -(4), 300-304

Casado Cañero, F.D. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas.

Carson, J., et al. (1999). Burnout in mental health nurses: much ado about nothing, *Stress Medicine*, 15, 127-134.

Concalvez, A. (1998). Dimensiones del clima Organizacional. *Enfasis*, 23.

Callista, R. (2000). The Roy adaptation model in the context of nursing models with examples of application and difficulties. *Cultura de los Cuidados*, 2-20.

Carrillo,T.(2005), Síndrome de Desgaste profesional en enfermeras que trabajan en el hospital regional de Psiquiatría Morelos.Maestría en ciencias en salud ocupacional, seguridad e higiene , Tesis doctoral Instituto politécnico Nacional

Cano,R.(2007) Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. Actas Españolas de psiquiatría,; 35(1): 29-39.

Campos, M, Iraurgi J, (2004) Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes un meta-análisis de 13 estudios. Boletín de Psicología, 82: 25-

Charlie,P(2003). Simple coping strategies for people who hear voices. Nursing Times. 99,(47), P38 Recuperado desde www.nursingtimes.net.

Chakraborty,R. Chatterjee A, (2012). Internal predictors of burnout in psychiatric nurses: An Indian study. Ind Psychiatry.

Chakraborty,R.(2012). Internal predictors of burnout in psychiatric nurses,An Indian study. Ind Psychiatry,21(2): 119–124. doi: 10.4103/0972-6748.119604.

Carrasco Ortiz (1997).Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en el personal sanitario. Revista española de salud pública, 20,(4):26-30

Ceslowitz, S.(1999). Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. Journal of Advanced Nursing, 14, 553-558.

Cifuentes,M. Ibieta, J. (1997). Neurosis Profesionales, Revista Chilena de Neuropsiquiatría (35): 329 - 335.)

Chiavenato, I.(1999).Administración de Recursos Humanos.. Bogotá, Colombia: McGraw – Hill. (2da. ed.)

Chiavenato, I.(2000). Gestión del talento humano, Colombia: McGraw – Hill. (2002)

Chiavenato, I. (1990). Administracion de Recursos Humanos. Bogota: MacGraw-Hill.

Caton, D., Grossnickle, W. F., Cope, J. G., Long, T. E. y Mitchell, C. (1988). Burnout and stress among employees at a state institution for mentally retarded persons. American Journal of Mental Retardation, 93(3), 300-304

Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. Professional burnout.

Casas, J. Repullo, J(2002). Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias adaptativas de afrontamiento. Rev Calidad Asistencial;17(4):237-463.

Cronin,Stubbs.(1985). Burnout can social support save the psyc nurse.j.PsychosocialNurs Mental Health Services ,23,8-23.

Cook, T.D., & Campbell, D.T. (1979). *Quasi-experiments: Design and analysis issues for field settings*. Boston: Houghton Mifflin Company.

Cox, T. (1990). The recognition and measurement of stress: Conceptual and methodological issues. In J.R. Wilson & N. Corlett (Eds.), *Measurement of stress* (pp. 628-647). London: Taylor & Francis.

Callaghan, P. (2000). Factors related to stress and coping among Chinese nurses in Hong Kong. Available from, 31(6):1518-27.

Caraveo, A (1989). *Psicología social en México* pag(307)

Dávila, J; y Romero, M. (2010). Relación entre el síndrome de burnout y la percepción sobre el clima organizacional en médicos del área de emergencia. Universidad Católica Andrés Bello facultad de ciencias económicas y sociales. Recuperado de <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAR5044pdf>.

Dassen, T.W.N. (1989). *Verpleegkundigen in een psychiatrie centrum; Een onderzoek naar de taken van verpleegkundigen* (Nursing in a psychiatric centre: A study of the tasks of psychiatric nurses). Nijkerk, The Netherlands: Intro

Dai JM, Collins S, Yu HZ, Fu H. Combining job stress models in predicting burnout by hierarchical multiple regressions: a cross-sectional investigation in Shanghai. *J Occup Environ Med*. 2008 Jul;50(7):785-90.

De Cotiis, T, Koys, D. (1991). Inductive Measures of Psychological Climate. *Human Relations*, 44, no3, p 265-285.

Edelwich, J. (1980) *Burn-out: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. Human Science Press, New York.

Elloker, S. (2003). *The coping skills of registered nurses*, Magister in nursing science, University of South Africa.

Espert, A. N. (2001). "La enfermería y el cuidado de los enfermos mentales en el s. XV". *Cultura de los cuidados*, 15-21.

Ferguson, M. (2008). Salud Laboral seguridad y bienestar de la enfermera. *Entornos de trabajo saludables guías de buenas prácticas*, 18(4):30.

Fernandez, J. D. Julian, F. (2013). <http://www.seguridad-laboral.es/>. Obtenido de prevención de riesgo psicosocial: <http://www.seguridad-laboral.es>.

Fernández, Ramírez, JA (2013). Síndrome de quemarse por el trabajo en mujeres trabajadoras de la industria petrolera en México. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 14(2), 3-11.

Flores Flores Marina. (2010). *Presencia de Síndrome de Burnout en el personal de enfermería* (Tesina). Universidad Nacional Autónoma de México. ENEO. México Df.

Flórez, J. A. (2002). Signos de alarma para el burnout: una perspectiva integral para el autocontrol (pp. 31-38). Actas del XXIV Congreso Nacional Semergen

Fornés, J. (1998). Estrés laboral y personal de enfermería: causas, emociones y posibles predictores. Tesis doctoral publicada. Illes Balears: Servicio de Publicaciones Universidad de les Illes Balears.

Flannery, R y Farley E. (2007). Characteristics of staff victims of psychiatric patient assaults. *Psychiatric Quarterly*;78(7):25-37.

Fischer, H. (1983). A Psychoanalytic view of Burnout. En Gil-Monte (1997): Desgaste psíquico en el trabajo. *Síntesis Psicología*.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal Social Issues*, 30, 159-165.

Firth, H. & Britton, P. (1989). Burnout, absence and turnover amongst British nursing staff. *Journal of Occupational Psychology*, 62, 55-59

Freudenberger, H. J. (1974). The staff burnout syndrome in alternative institutions. *Psychother Theory Res Pract*. 12:72-83

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.

Fernández, Ramírez, JA (2013). Síndrome de quemarse por el trabajo en mujeres trabajadoras de la industria petrolera en México. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 14(2), 3-11.

Frydenberg. (1996) "Escala de afrontamiento frente al estrés", TEA. Madrid, Pág. 21

Fagin, L. Brown, D. Bartlett, H. Carson, (1995) J. The Claybury community psychiatric nurse stress study: is it more stressful to work in hospital or the community?, *J Adv Nurs*, 22: 347-358,

Fornés, V. (2007) Los valores y la salud mental. *Rev. Presencia* 3(5). Recuperado desde: <<http://www.indexf.com/presencia/n5/64articulo.php>>

Frisch, S. y Dembeck, P. (1991). The head nurse: perceptions of stress and ways of coping. *Canadian Journal of Nursing Administration* 21, 6-13.

Frisch, S. Dembeck, P. (1991). The head nurse: perceptions of stress and ways of coping. *Canadian Journal of Nursing Administration* 21, 6-13.

Garzon, M. (2005). El desarrollo Organizacional. Bogotá: Centro Editorial Universidad del Rosario

Grau, A. (2008). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal. Universidad de Valencia

Gracia ,E.Lorente,L. Salanova,M (2008),Hacia un modelo psicosocial positivo rol mediador del engagement entre clima y desempeño en seguridad, ,Localización: Fòrum de Recerca, ISSN-e 1139-5486, N°. 13, , págs. 171-177

Gil-Monte, Figueiredo,F. Grau, E. (2009). Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en una muestra de maestros portugueses. *Aletheia*, 29, 6-15.

Gil Monte, P; & Peiró J.M. (1996). Un estudio sobre antecedentes significativos del Síndrome de quemarse por el trabajo” (burnout) en trabajadores de centros cupacionales para doscapacitados psíquicos. *Psicología del trabajo y las Organizaciones* . 12(1), 67-80.

Gil-Monte (1989) La medida de la satisfacción laboral en contextos organizacionales: el cuestionario de satisfacción s20/23.J Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

Gil-Monte y Peiró.(2008) Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del Síndrome de quemarse por el trabajo, *Anales de psicología* vol . 15, no 2, 261-268.

Gil-Monte, P., & Gil, P. ((2009)). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública.,. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 169-173.

Gil-Monte, P. García,J. (2012). Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Psicothema*, 24, 271-276.

Gil-Monte, P. y Marucco, M. (2008). Prevalencia del “Síndrome de quemarse por el trabajo” (burnout) en pediatras de hospitales generales. *Revista de Saúde Pública*, 42(3), 450-456.

Gil-Monte, P. R., García-Jueas, J. A., y Caro, M. (2008). Influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Interamericana de Psicología*, 42(1), 113-118

Gil-Monte, P. R., y García-Jueas, J. A. (2008). Efectos de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Un estudio longitudinal en enfermería. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(2), 329-337.

Gil-Monte, P. (2008). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) como fenómeno transcultural. *Informació Psicológica*, 91/92, 4-11.

Gil-Monte, P. R., Nuñez-Román, E. y Selva-Santoyo, Y. (2006). Relación entre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) y síntomas cardiovasculares: un estudio en técnicos de prevención de riesgos laborales. *Revista Interamericana de Psicología*, 40(2), 227-232.

Gil-Monte, P. R., Carretero, N. y Roldán, M. D. (2005). Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 11(2-3), 281-290.

Gil-Monte, P. R. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) en una muestra de policías municipales. *Salud Pública de México*, 44(1), 33-40.

Gil-Monte, P. R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología en Estudio*, 7(1), 3-10

Gil-Monte, P. R. (2001). Falta de reciprocidad en los intercambios sociales como antecedente del “síndrome de quemarse por el trabajo” (burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 11(1), 21-31.

Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 135-149.

Gil-Monte, P., & Gil, P. ((2009)). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública.,. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 169-173.

Gil-Monte. (2009). Desgaste psíquico y problemas de salud en estudiantes de Psicología. *Psicología en Estudio*, 14(2), 361-365

Gil-monte, P. (2003): El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería, *Revista Eletrônica InterAção Psy*, Agosto nº 1, Pág. 19-33 <http://www.dpi.uem.br/Interacao/Numero%201/PDF/Artigos/Artigo3.pdf>

Gil-Monte, P. R. (2010). Situación actual y perspectiva de futuro en el estudio del estrés laboral: la Psicología de la Salud Ocupacional. *Informació Psicològica*, 100, 68-83.

Gil-Monte, P. Noyola, V. (2011). Estructura factorial del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo en maestros mexicanos de educación primaria. *Revista Mexicana de Psicología*, 28, 75-84

Gil-Monte. Carretero, N. y Luciano, J. V. (2006). Prevalencia del mobbing en trabajadores de centros de asistencia a personas con discapacidad de la Comunidad Valenciana. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21(1-2), 275-291.

Gil-Monte, P., & Gil, P. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública.,. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 169-173.

Gil,M. (2009). Situación actual y perspectiva de futuro en el estudio del estrés laboral.: la Psicología de la Salud Ocupacional, 170-183.

Giménez, G. B. (2000). *Manual de Recursos Humanos*. Madrid: UOC.

Golembiewski, R., Munzenrider, U, y Cater, D. (1983): "Phase of progressive burnout out and their work site covariants: critical issues in OD research and praxis". Journal of applied behavioral science, 19 (4), 461-48.

Golembiewski, R.T., Munzenrider, R.F., & Stevenson, J.G. (1986). Stress /in o/gan/zaf/ons. New York: Praeger

Gibson, J., (1992), Organizaciones, Conducta, Estructura y Proceso, México.McGraw-Hill.

Grau,A. E., Gil-Monte, P. García,Juesas, J. A. y Figueiredo-Ferraz, H. (2009). Efectos de los conflictos interpersonales sobre el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) y su influencia sobre la salud. Un estudio longitudinal en enfermería. Ciencia & Trabajo, 11(32), 72-79.

Grau,Alberola.E., Gil-Monte, P. R., García.Juesas. J. A. y Figueiredo-Ferraz, H, (2010). Incidence of burnout in Spanish nursing professionals: A longitudinal study. International Journal of Nursing Studies, 47, 1013-1020.

Garcia, T. R., Nóbrega, M. & Carvalho, E. C. (2004). Nursing process: application to the professional practice. Online Brazilian Journal of Nursing, 3(2). Recuperado em 16 janeiro, 2007 de <http://www.u.br/nepae/objn-302garciaetal.htm>.

García G (2005),Variables sociodemográficas y Síndrome de Burnout en una muestra multiocupacional del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, Tesis maestría universidad de Murcia.

Grazziano,E (2008) Impacto del stress ocupacional y burnout para enfermeros. Enfermeria global 18 (1), 1-20.

Garzon, M. A. (2005). El desarrollo Organizacional. Bogota: Centro Editorial Universidad del Rosario.

Giménez, G. B. (2000). Manual de Recursos Humanos. Madrid: UOC.

Goleman, D. (2000). The Emotionally Intelligent Workplace:. Toronto: WILEY.

Guerrero, E.(2003).Análisis pormenorizado de los grados de Burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario, Anales de psicología19,145-158

Hanrahan,N.(2007). Measuring inpatient psychiatric environments: Psychometric properties of the Practice Environment Scale-Nursing Work Index (PES-NWI), International Journal of Psychiatric Nursing Research.;12(3):1521–1528.

Hare, J . Andrews,D (1988).Predictors of burnout in professional Nurses working in hospitals and nursing homes.Int J Nurs.Stud.25 (2)105-115.

Horta, W. A. & Castellanos, B. E. P. (1979). Proceso de enfermería. São Paulo: E.P.U.

Health, C. C. (7 de agosto de 2013). <http://www.ccohs.ca/>. Obtenido de Canadian Centre for Occupational Health and Safety: <http://www.ccohs.ca/>.

Helliger, D. (2009). *Administración un enfoque basado en competencias*. Buenos Aires.

Hernández, I. et al. (2001). *Burnout en personal sanitario: validación de la escala MBI en México*. Tesis de Maestría en el proyecto de Calidad de Vida en el trabajo en la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, (UAEM), México.

Hernández, M.; y Cerezo, R. (2007). *Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras*. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*; 15 (3): 161-166

High-Quality healthcare workplaces (2002). *A vision and action plan*. *Hospital Quarterly*, Recuperado de <http://www.grahamlowe.ca/documents/23/HQ54GLowe.pdf>.

Harrison, W. D. (1983). *A social competence model of burnout*. En B. A. Farber (ed.), *Stress and burnout in the human services professions* (1985, 20 ed., pp. 29-39). New York: Pergamon Press.

Hernández, Z. (2003). *Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento*, *International Journal of Clinical and Health Psychology*. ISSN 1697-2600. Vol. 4, N° 2, pp. 323-336.

Heim, E. (1991). *Job stressors and coping in health professions*. *Psychotherapy and Psychosomatics* 55, 90-99.

Hanrahan NP, Aiken LH, McClaine L, Hanlon AL. *Relationship between psychiatric nurse work environments and nurse Burnout in acute care general hospitals*. *Issues Ment Health Nurs*. 2010;31(3):198-207.

Hurst, K., & Howard, D. (1988). *Measure for measure*. *A/urs/ng 7Vn7es, S4*, 30-32.

Lake ET, Friese CR. *Variations in nursing practice environments: relation to staffing and hospital characteristics*. *Nurs Res* 2006;55(1):1-9. [PubMed: 16439923]

Lozada, V. (2010). *Síndrome de quemarse por el trabajo en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México*. Tesis para optar al grado de Maestría en Ciencias en Salud Ocupacional, Seguridad e Higiene. Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía. Instituto Politécnico Nacional (México).

Lozano, M., Cañadas, G., Martín, M., Pedrosa, I., Cañadas, G., Suárez, J., et al. (2007). *Descripción de los niveles de burnout en diferentes colectivos profesionales*. *Aula Abierta*, 36(1) 79-88.

Leiter MP, Maslach C. (1988). *The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment*. *J Organ Behav*. 9:297-308.

Leiter MP, y Maslach C. (2009). *Nurse turnover: the mediating role of burnout*. *Journal of Nursing Management*; 17(3):331-339.

Leiter, M. (1991). Coping patterns as predictors of burnout. The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behaviors*, 12(2), 123-144.

Lowe G. High-Quality healthcare workplaces (2002). A vision and action plan. *Hospital Quarterly*, Recuperado de: <http://www.grahamlowe.ca/documents/23/HQ54GLowe.pdf>.

Lazcano, M. Salazar B, (2008;). Validación del Instrumento: Afrontamiento Proceso de Adaptación de Roy en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Aquichán* 8(1): 116-125.

Lastenia, H. Zamora, E. Olmedo, C. (2004) Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology* ISSN 1697-2600, Vol. 4, N° 2, pp. 323-336.

Llorca-R., y Gil-Monte. (2014). Prevención de riesgos laborales y su relación con el género de los trabajadores. *Salude e Sociedade*, 22(3), 727-735.

Lake, E. (2002) Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Nurs Health.*; 25:176-88.

Litwin G. Y Stinger H. (1978). *Organizational climate*. New York: Simon & Schuster. O.M.S. (2000). *The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance*. Disponible en el World Wide Web: <http://www.who.int/whr>. Schaufeli, W.B.,

Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer: New York.

Lazarus RS, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, 1986.

Laal, M. Aliramaie, N. (2010). *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health* Vol. 2 No. 5

Numerof, R. y Abrams N. (1984). Sources of stress among nurses: an empirical investigation. *Journal of Human Stress* 10(2), 88-100.

Numerof, R. Burnout among health service providers. *Adm Policy Ment Health* 18: 161- 171, 1991.

Marucco, M. y Gil-Monte, P. R. (2007). Satisfacción laboral en pediatras del conurbano bonaerense, Región Sur. *Revista Chilena de Pediatría*, 78, 489-493.

Marqués, A. (2005). Controlar la hostilidad a través de técnicas de comunicación. *Rev. Presencia* ; 1(1). Recuperado desde <http://www.indexf.com/presencia/n1/1articulo.php>

Munduate, M. (1984). *La motivación en el trabajo*. Servicio de publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Maslach, C. y Jackson, S. (1982): "Burnout in health professions a social psychological analysis". En Sanders, G.S. y Suls, J. (Eds): *Social psychology of health and illness*. London, Erlbaum.

Maslach C. 1976. Burned-out. *Hum Behav.* 5:16-22.

Maslach, C., Y Jackson, S. E. (1986). *The Maslach Burnout Inventory. Manual* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., Schaufeli, W. y Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, (52), 397-422.

Moreno, B. Garrosa, E. y González, J.L. (2000) El Desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. *Archivos Prevención de Riesgos Laborales*, 3, 1, pp. 18-28.

Moreno, B. Bustos, R (1997). La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 13 (2), 185-20

Moos, R. H. (1988). Life stressors and coping resources influence health and well-being. *Evaluación psicológica. Psychological assessment*, 4 (2), 133-158.

Moos, R. H. (1993). *Coping responses Inventory: adult form Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.

Moos, R. H. y Schaefer, J.A. (1993). Coping resources and processes. En: L. Goldberger y S. Breznitz (Eds), *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*. Nueva York: Free Press.
Marqués, S. (2005) Controlar la hostilidad a través de técnicas de comunicación. *Rev. Presencia*. 1(1). Recuperado desde: <http://www.indexf.com/presencia/n1/1articulo.php>

Melamed, S., Ugarten, U., Shirom, A., & Froom, P. (1999). Chronic burnout somatic arousal and elevated salivary cortisol levels. *Journal of Psychosomatic Research*. 6, 591-598.

Madathilb, A. (2005), *Burnout in psychiatric nursing: possible protective factors, the degree of* Master of Arts Clinical Psychology State University of New York .

Moreno, F. Alvarado, G. (2008). Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latin Redalyc. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 4(11) Recuperado desde, <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp>

Mendoza, E. H. (2001). "Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Social*, 161-169.

Morse, N. Reimer, E (1956). The experimental change of a major organizational variable. *Journal of abnormal and Social Psychology*, No 52:129-130.

Moreno, B. y Oliver, C. (1992). El MBI como escala de estrés en profesionales asistenciales: Adaptación y nuevas versiones. Trabajo presentado en el II Congreso Iberoamericano de Psicología. Madrid.

Mendoza, E. H. (2001). "Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras. Rev Enferm Inst Mex Seguro Social, 161-169.

Muñoz-Seco, E. (2006). Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales en México. Revista de atención primaria, 1-15.

Muñoz-Seco, E. (2006). Influencia del clima laboral en la satisfacción de los empleados

Norlund, S., Reuterwall, C., Höög, J., Lindahl, B., Janlert, U., & Birgander, L.S. (2010). Burnout, working conditions and gender-results from the northern Sweden MONICA Study. BMC Public Health, 10,326.

Mellado Ruiz, C (2005). Clima y Liderazgo en la pequeña empresa industrial:comunicación interna y realidad organizacional. EdicionesUniversidad Pontificia de Salamanca .

National Institute for Occupational Safety and Health (2008). NIOSH Topic page of Stress at Work. Available at. <<http://www.cdc.gov/niosh/topics/stress/> □

Japcy , M (2007).Burnout: "Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)" .Acta colombiana de psicología, 10 (2): 117-125.

Jong, A. de (1984). Over psyc)/afr/scrie /nva//d/fe/f (About psychiatric invalidity). Dissertation, Rijksuniversiteit Groningen, The Netherlands

Jones,J.W.(1980).The Staff Burnout Scale for Health Professionals.Illinois:London House

Juárez García, A. (2008). El Modelo Demanda/Control y la Salud Mental en Profesionales de la Salud:. estres y salud mental en el trabajo, (4).161-169.

Juárez A (2008).Frecuencia del Burnout, la calidad de vida y los factores socioeconómicos en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales y auxiliares de enfermería, (Tesis Maestria), Universidad del Rosario Bogotá (Colombia).

Juárez-García y Hernández E. (2006).EL Modelo Demanda/Control en México: Resultados del JCQ en distintas ocupaciones. Revista de Salud Pública y Nutrición. Edición Especial 6.

Juárez-García y Camacho Avila. (2014). Síndrome de burnout en población Mexicana: Una revisión sistemática. Revista de Salud Mental. Vol. 37, No. 2, marzo-abril 2014

Matteson, M.T. e Ivancevich, J.M(1987). Controlling Work Stress: Effective resource and management strategies. San Francisco. CA. Jossey-Bass.

International Council of Nurse (2007). Positive practice environments: Recuperado de: International Council of Nurses <http://www.icn.ch/indkit2007.pdf>

Investen (2006). Entornos de trabajo saludables guías de buenas prácticas.Unidad de coordinación y desarrollo de la investigación en enfermería instituto Carlos III España Madrid enero 2011.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2008).recuperado de: <http://www.inegi.org.mx>.

International Council of Nurses, International Hospital Federation(2008) Entornos positivos para la práctica de los profesionales de atención de Salud.

Olivares,V. Gil-Monte, P. R. (2009). Análisis de las principales fortalezas y debilidades del “Maslach Burnout Inventory” (MBI). *Ciencia & Trabajo*, 11(31), 160-167.

Olivares, F.(2010). Validación de un modelo psicosocial sobre el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout).Universidad de Valencia

Organización Internacional del Trabajo / Organización Mundial de la Salud (OIT/OMS). (1984). Factores psicosociales en el trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención. Ginebra, Suiza: Informe del comité mixto OIT/OMS sobre medicina del trabajo.

Olmedo, E. (1997). Personalidad y afrontamiento: determinantes del síndrome “estar quemado” en profesionales de enfermería. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de La Laguna (Tenerife).

Olaz, C.Á (2009). Definición de un modelo de clima laboral basado en la gestión por competencias. Tesis maestría. Universidad Murcia.

Ortiz,, Y. Reyes ,V (2010)Estrategias de afrontamiento del Equipo de Enfermeríade la Unidad de Cuidados Intensivos Med-Quirúrgicos.Hospital Regional Concepción Posterremoto y Tsunami 27/02, *Revista chilena de medicina intensiva.*; 25(4): 193-198 .2

Olaz,C.(2013).Definición de un modelo de clima laboral basado en la gestión por competencias.APOSTA Revista de ciencias sociales.(56)12-33.

Olaz, Á. (2013). El clima laboral en cuestión. *aposta Revista de ciencias sociales*, 20.

OMS. (2010). Entornos Laborales Saludables Fundamentos y modelos de la OMS. World Health Organization, 15-23.

Orta,G.(2010) Proceso de Atención de Enfermería: Modelo de Sor Callista Roy, Hospital Barlavento Algarvio, Portimão.

Organización Internacional del Trabajo / Organización Mundial de la Salud (OIT/OMS). (1984). Factores psicosociales en el trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención. Ginebra, Suiza: Informe del comité mixto OIT/OMS sobre medicina del trabajo

OMS. (2010). Entornos Laborales Saludables Fundamentos y modelos de la OMS. World Health Organization, 15-23.

Pedro R. Gil-Monte; El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) Una Enfermedad Laboral en la Sociedad del Bienestar Ediciones Pirámide. 2005. 186 páginas

Peiro, J. (2011). Does Role Stress Predict Burnout over Time among Health Care Professionals? . *Psychology and Health*, 511-525.

P., G. M. (2009). Situación actual y perspectiva de futuro en el estudio del estrés laboral: la Psicología de la Salud Ocupacional, 170-183.

Pines,A, Kafry,D (1981),Burnout From tedium to personal growth. New York.

Pines, A., & Maslach, C. (1978). Characteristics of staff burnout in mental health settings. *A/osp/Ya/ & Commun/fy Psych/narry*, 23, 233-7

Phillips, K. (2007). Sor Callista Roy: Modelo de adaptación. En Marriner, A y Raile, M., Modelos y teorías en enfermería (pp 353-384). Barcelona: Elsevier.

Place,C.(2003).Simple coping strategies for people who hear voices. *Nursing Times*; 99: 47, 38–40.

Pileño M, et al.(2003). “El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval”. *Cultura de los cuidados*. Año VII, n. 13 . ISSN 1138-1728, pp. 29-35.

Pompili, M., Rinaldi, G., Lester, D., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2006). Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(3), 135–143

Perea,M.(2008).Estrategias de afrontamiento en enfermeras de salud mental y Satisfacción laboral, *Index Enfermeria* 17 (3).

Pines, A. M. & Aronson, E. with Kafry, D. (1981). *Bumout. From Tedium to Personal Growth*. New York: Free Press.

Pines, A. M. & Aronson, E. (1988). *Career Bumout: Causes and Cures*. New York: Free P.

Pines, A. y Kafry, D. (1981). Coping with burnout. En J. Jones (Ed.), *The Burnout Syndrom* (pp. 391-410).

Pinelo C, Salgado V. Comparación del nivel de Burnout en diferentes staffs médico y paramédico del CMN 20 de Noviembre (ISSSTE). [Tesina de Licenciatura], Facultad de Psicología; UNAM, México; 2002

Payne N. (2001) Occupational stressors and coping as determinants of burnout infemale hospice nurses *Journal of Advanced Nursing* (33) 3, 396-405

Roche,M. et al.(2011),Factors in the practice environment of nurses working in inpatient mental health: A partial least squares path modeling approach,*International Journal of Nursing Studies* , Volume 48 , Issue 12 , 1475 – 1486.

Quaas, C.(2005),Diagnóstico de burnout y técnicas de afrontamiento al estrés en profesores universitarios de la quinta región de chile*(Tesis Maestria)Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Chile.

Roy, C.(2009) *Coping and Adaptation Processing Scale (CAPS)*. School of Nursing. Boston College, Chestnut Hill, MA: 2009.

Roy, C. & Andrews, H. A. (1981). Teoría de enfermería: el modelo de adaptación de Roy. Lisboa: Instituto Piaget.

Roy, C. (2000). El modelo de adaptación de Roy en el contexto de los modelos de enfermería, con ejemplos de aplicación y dificultades. *Cultura de los cuidados*, 2-20.

Roy, C. (2005). Estudio de la evidencia del concepto de grupo en el modelo de adaptación de Roy. *Cultura de los Cuidados*, 3-19.

Ribera, D. et al.(1993) Estrés laboral y salud en profesionales de enfermería: estudio empírico en la provincia de Alicante: Secretariado de Publicaciones, Universidad de Alicante. ISBN 84-7908-081-7, 124 p

Rodríguez P, Mendoza A. (2007). Sistemas productivos y organización del trabajo: Una visión desde Latinoamérica. *Gaceta Laboral*- vol.13, no.2, p.218-241. ISSN 1315-8597. Disponible en:http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S131585972007000200004&lng=pt&nrm=.

Robles-García M, Dierssen-(2005). Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. *Gac Sanit.*;19(2):127-134.

Rodríguez F(2008) El Síndrome de Burnout en enfermeras. *Revista Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología, Universidad de Sevilla* 26, (3):459-477.

Ramírez, I.(2008)“Relación entre síndrome de burnout y clima organizacional en el instituto nacional de psiquiatría”. Tesis para obtener el diploma de especialista en psiquiatría UNAM.

Rothschild JM, et al.(2007;).Medication safety in a psychiatric hospital. *General Hospital Psychiatry. American Journal of Psychiatry*, 29(2):156–162.

Roche Mony(2009),The Relationship between the Work Environment and Therapeutic Commitment of Matthews, P,y Anne Scott .*International Journal of Nursing Studies* journal homepage: Recuperado de. www.elsevier.com/ijns.

Rincón Osorio F. Reflexiones acerca del cuidado humanizado y su relación con el estrés del cuidador en servicios de salud altamente tecnificados *Av Enferm*; 2005; 23(2):45-57 [En línea] <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos>.

Robins, S. (1993). Comportamiento organizacional,conceptos controversias y aplicaciones. Mexico: Hispanoamericana.

Ramos, F. (2001). El síndrome de burnout. Madrid. Ed. Clinic.

Rothman, K.J. (1986). *Modern ep/dem/o/offy*. Boston: Little, Brown and Company.

Ramos, F., y Buendía, J. (2001). El síndrome de burnout: concepto, evaluación y tratamiento. En J.Buendía y F. Ramos, *Empleo, estrés y salud* (pp. 33-57). Madrid: Ed. Pirámide.Registered Nurses Association of Ontario RNAO (2006). *Healthy work*

environments best practice guidelines(BPGs) overall project background. Recuperado de:<http://www.rnao.org>.

Revicki, D (1989). Organizational characteristics, occupational stress and mental health in nurses. *Behavior Medicine*, Spring, 30-36.

Salud, S. d. (2002). La salud en la reforma del estado:hacia un sistema universal de salud. Secretaria de salud, 59.

Salud, S. d. (2003). Guia Tecnica para la dotacion de recursos humanos en enfermeria. Mexico: Comision interinstitucional de enfermeria.salud, S. d. (2011).

Perfiles de enfermeria en mexico. Mexico: Comision permanente de enfermeria.Sauter S L and Swanson N, (1996). Beyond Biomechanics.Psychosocial aspects of musculoskeletal disorders in office work.,Editorial Taylor & Francis. London, Great Britain, p. 3-21.

Tejada, P. Gómez, V. (2009). Factores psicosociales y laborales asociados al burnout de psiquiatras en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38, 488-512.

Tonon, G. (2003). Calidad de vida y desgaste profesional: una mirada del síndrome del burnout. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Taciana, C. (2008). “Análisis evolutivo del concepto persona en la teoría de adaptación de Roy”. *Cultura de los cuidados* n. 22 , 64-69.

Tourangeau AE, Doran DM,(2007) McGillis Hall L, et al. Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *J Adv Nurs*;57:32–44.]

Romero M, Mesa L, Galindo S. Calidad de vida de las(os) profesionales de enfermería y sus consecuencias en el cuidado. *Av. Enferm.* 2008; 26(29): 59-70.

Siles G, et al.(2001) “De la custodia a los cuidados: una perspectiva histórica de la enfermería en salud mental”. *Cultura de los cuidados*. Año V, n. 9 (1. semestre 2001). ISSN 1138-1728, pp. 27-3.

Shirom, A. (1998). *Organizational Diagnosis and Assessment*. Tel Aviv: SAGE Publications.

Siegrist, J. (2014). Psychosocial risks at work. *Medical Sociology*, 16.

Savicki, V., & Cooley, E. (1987). The relationship of work environment and client contact to burnout in mental health professionals. *Journal of Occupational Psychology*, 65, 249-252.

Spinelli, H. (2013). La salud de los trabajadores. Argentina, Buenos Aires,, America.

Selye, H.(1982)The story of the adaptation syndrome. Montreal, Acta, 1952. “History and present status of the stress concept” en London The Fress Press.

Schaufeli, W.B.; Enzmann F. "The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis". Londres, Taylor, 1998.

Schaufeli W (1990) Opgebrand: Over de achtergronden van werkstress: Het burnout-syndroom (Burnout: about the backgrounds of workstress: the burnout syndrome). Donker, Rotterdam, The Netherlands
Schaufeli WB, Dierendonck D van (1993) The construct validity of two burnout measures. *J Organ Behav* 14:631-647.

Shirom A (1989). Burnout in work organizations. In C. L. Cooper and I. Robertson (Eds.). New York: Wiley. *Int. Rev. industrial Org. psychol.*, pp. 25-48.

Sandín, B. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (cae): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 8(1), 39-54

Soraya, E. (2003). The coping skills of registered nurses in the city health clinics in Cape Town. *International Journal of Clinical and Health Psychology* ISSN 1697-2600. , Vol. 4, N° 2, pp. 323-336

Slater, B. (2009). The Nursing Work Index – Revised (NWI-R): What is it actually measuring. Revised (NWI-R): Recuperado el 22 sept 2014 <http://www.rcn.org.uk/>.

Sullivan, P.J. (1993) Occupational stress in psychiatric nursing. *J Adv Nurse*, 18: 591-601,.

Singh, V.K. (1989). Staff nurses: role perception and role performance. *Nursing Journal of India*, 80(12), 319-320

Sarmeinto, T. y Laschinger, H. (2004) Nurse educators' workplace empowerment, burnout, and job satisfaction: Testing Kantor's theory. *Journal of Advanced Nursing*. 46 (2). 134-143 p. 44-49.

Yurkovich, E. (1989). Patient and nurse roles in the therapeutic community. *Perspectives in Psychiatric Care*, 25, 18-22.

Kuorinka, I. and Forcier. L. (1995). "LATR: Les lésions attribuables au travail répétitif". Editions Multimondes., Canadá, p. 199.

Kobasa, S, Maddi, S.R. & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1), 168-177.

Karasek, R & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity, and the reconstruction of Working Life*. USA: Basic Books.

Karasek, R. (1998). Demand/control model: a social, emotional and physiological approach to stress risk and active behavior development. En: *Encyclopedia of Occupational Health and Safety* (pp 34.6). Sweden; Organización Internacional del Trabajo.

Kumar S. Hatcher S. Huggard P. (2005). Burnout in psychiatrists: an aetiological model. *Int J Psychiatry Med.*;35:405–416. [PubMed]

Virtanen, M. y Pentti, J, et al.(2008). Overcrowding in hospital wards as a predictor of antidepressant treatment among hospital staff. *American Journal of Psychiatry*;165(11):1482.

Virtanen M(2008), Nyberg S, Batty PD, Jokela M, Heikkila K, Fransson E, et al. Perceived job insecurity as a risk factor for incident coronary heart disease: systematic review and meta-analysis [on line]. Disponible en:<http://www.bmj.com/content/347/bmj.f4746>

Vieira, M. J. (1999). La representación del cuidar en la imagen cultural de la enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7(5), 25-31.

Valdez, H., & Campos, M. C. (2011). Evaluación de un programa de atención al síndrome de quemarse por el trabajo y trastornos psicosomáticos asociados al estrés laboral en personal penitenciario de Jalisco, México. *Revista Mexicana de Salud en el Trabajo*, 1(7), 8-13

Vázquez , V. Crespo, L(2008).Estrategias de afrontamiento, *Index Enfermeria* 17(3), Recuperado desde <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962008000300003>

Zavala, Y. (2007), Estrés y estilos de enfrentamiento como posibles factores asociados a la cardiopatía isquémica, tesis doctorado en Psicología UNAM

WHO (undated), Management for health services delivery, website. Recuperado de:<http://www.who.int/management>.

West E, y Lankshear A (2004). The future nurse: evidence of the impact of registered nurses. Royal College of Nursing. London, UK.

Warr J, Cook L, Wall S. (1979), Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*, 52: 129-148.

Wheeler, S. et al. (2003), The Link Between Teamwork and Patients' Outcomes in Intensive Care Units. *American Journal of Critical Care*.(12)527

Wong, D. y Leung, S. (2001). "Mental Health of Chinese Nurses in Hong Kong: The Roles of Nursing Stresses and Coping Strategies" *Online Journal of Issues in Nursing*. Vol. 6 No. 2. Available www.nursingworld.org.

White, R. (2006). Perceived Stressors, Coping Strategies, and Burnout Pertaining to Psychiatric Nurses Working on Locked Psychiatric Units (Unpublished)

Warr, J. Cook L, Wall S.(1979) Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*; 52: 129-148.

World Health Organization. (2008). Chronic diseases [.http://www.who.int/topics/chronic_disease/en](http://www.who.int/topics/chronic_disease/en). Accessed 14 Jan 20014.

Whitfield, W., & Gibson, C. (1990). Psychosocial rehabilitation: The role of the psychiatric nurse. *Journal of Occupational Psychology*, 4, 120-122

Unda, S. (2010). Estudio de prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) y su asociación con sobrecarga y autoeficacia en maestros de primaria de la Ciudad de México. *Ciencia & Trabajo*, 35, 257-262

ANEXO A

Carta de consentimiento informado

Le invitamos a participar en una investigación sobre Clima Organizacional y Síndrome de Burnout.

Por su complejidad, el trabajo de enfermería es considerado como vulnerable a la sobrecarga emocional, entre los estresores ocupacionales que han sido identificados encontramos: sobrecarga de trabajo, falta de personal, conflictos con colegas (Macedo 2005) entre otras, Es importante el estudio de los factores antecedentes a este síndrome en el cual están presentes factores sociodemográficos, y organizacionales (clima organizacional). Ya que es necesario implementar acciones que reduzcan los riesgos y aumenten la salud en trabajadores de salud mental, Debido que un clima laboral inadecuado ha sido considerado como antecedente que puede llevar a los empleados a desarrollar Síndrome de Burnout o desgaste ocupacional. La presente investigación tiene como objetivo determinar las relaciones entre síndrome de Burnout y clima organizacional, en profesionales de enfermería

Los datos derivados de este estudio servirán para analizar el clima organizacional, y los entornos de trabajo en la práctica de enfermería, ya que es muy importante conocer las diferentes variables del entorno asociadas y así mismo permitirá a la organización y al personal identificar y analizar de manera rápida, áreas de oportunidad para la mejora continua en la calidad de trabajo.

Su participación es completamente voluntaria y consistirá en contestar tres cuestionarios. Con una duración aproximada de cuarenta minutos, no representa riesgos para usted. Si en algún momento decide dejar de participar su decisión será respetada y no tendrá ningún efecto negativo en su trabajo

Si decide participar tiene la libertad de hacer todas las preguntas que desee sobre cualquier aspecto del estudio y sobre su participación. Una vez que haya comprendido el estudio y si acepta participar se le pedirá que firme este formato de consentimiento informado.

Toda la información que proporcione será CONFIDENCIAL, es decir, que en ningún momento se utilizará su nombre o algún otro dato personal que permitan identificarlo en las publicaciones que se generarán en el estudio.

Para resolver cualquier duda relacionada con el estudio puede llamar a Guadalupe Dora Escamilla Roa al teléfono 7711110847 o al correo gdescamilla@gmail.com

CONSENTIMIENTO

Yo, _____ acepto participar en esta investigación, ya que leído y comprendido toda la información sobre la misma y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. _____

| | |
|-----------------------------------|----------------|
| _____ Firma de la participante | _____ Fecha |
| _____ Testigo 1 | _____ Fecha |
| _____ Testigo 2 | _____ Fecha |

Esta parte debe ser completada por el Investigador o su representante:
He explicado a _____ los propósitos de este estudio de investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a sus preguntas y le he preguntado si tiene alguna duda. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

| | |
|----------------------------------------------|----------------|
| _____ Firma del investigador participante | _____ Fecha |
|----------------------------------------------|----------------|

ANEXO B

Cuestionario MBI

| INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas se refieren a sentimientos relacionados con su trabajo. Indique con que frecuencia le ocurre lo que preguntamos, señalando con una X seleccionando solo una respuesta | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|--------------------------|-------------|
| | Nunca | Alguna vez al año o menos | Una vez al mes o menos | Algunas veces al mes | Una vez a la semana | Varias veces a la semana | Diariamente |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1) Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado. | | | | | | | |
| 2) Al final de la jornada me siento agotado. | | | | | | | |
| 3) Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo. | | | | | | | |
| 4) Puedo entender con facilidad como se sienten mis pacientes. | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 5) Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos. | | | | | | | |
| 6) Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí. | | | | | | | |
| 7) Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes. | | | | | | | |
| 8) Me siento 'desgastado' por el trabajo. | | | | | | | |
| 9) Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros. | | | | | | | |
| 10) Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo. | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 11) Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente. | | | | | | | |
| 12) Me encuentro con mucha vitalidad. | | | | | | | |
| 13) Me siento frustrado por mi trabajo. | | | | | | | |
| 14) Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro. | | | | | | | |
| 15) Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender. | | | | | | | |
| 16) Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés. | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 17) Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes. | | | | | | | |
| 18) Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes. | | | | | | | |
| 19) He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo. | | | | | | | |
| 20) En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades. | | | | | | | |
| 21) Siento que se trata de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo. | | | | | | | |
| 22) Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas. | | | | | | | |

ANEXO C

Cuestionario de características sociodemográficas

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una serie de preguntas sobre características sociodemográficas. Sus respuestas serán totalmente ANONIMAS, por favor marque con una X cada pregunta, seleccione solo un ítem

| | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------|--------------------------------------------|----------------------|--------------|
| Sexo | 1)Masculino | | 2)Femenino | | |
| Hijos | 1).-Si | | 2) No | | |
| Edad | 1)- 18-28 | 2).-29-39 | 3).-40-50 | 4).-51-60 | 5).-60 o mas |
| Estado civil | 1)Soltero. | 2)Casado | 3)Unión libre | 4)Divorciado | 5)Viudo(a) |
| Turno | 1)Matutino | 2)Vespertino | 3)Nocturno | 4)Especial | 5)otro |
| Antigüedad en años | 1) 2-5 | 2)6-15 | 3)16-25 | 4)26-35 | 5)36-45 |
| Número pacientes atendidos En la jornada laboral | 1).-1-7 | 2).-8-15 | 3).-15-22 | 4).-22 o mas | |
| Código Funcional | 1)Jefe servicio | 2)Especialista | 3).Enfermera General | 4)Enfermera auxiliar | 5)OTRO |
| Nivel estudios | 1)Doctorado | 2)Maestría | 3)Licenciatura | 4)Preparatoria | 5)Secundaria |
| Actualmente usted labora como enfermera en otro lugar además de este? | 1)Si | 2)No | Especifique horas laboradas semanalmente:: | | |

ANEXO D

Cuestionario de opinión de clima organizacional

| INSTRUCCIONES Para cada artículo en esta sección, por favor indique en qué medida está de acuerdo con los siguientes elementos. Indique su grado de acuerdo con un X en el número apropiado SELECCIONE SOLO UN ITEM | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|
| CLIMA ORGANIZACIONAL | Total Desacuerdo | Desacuerdo | En acuerdo | Total acuerdo |
| 1.-Cuando se habla de la institución donde laboro me siento incluido | | | | |
| 2.-Mi trabajo lo desempeño con facilidad | | | | |
| 3.-Cuento con el apoyo suficiente para resolver los problemas de trabajo que se presentan. | | | | |
| 4.-Cuando tengo que emprender un trabajo que no conozco, obtengo ayuda y colaboración de mi jefe o superior. | | | | |
| 5.-Mantengo una buena comunicación con mi grupo de trabajo. | | | | |
| 6.-Entre los compañeros de mi área existe respeto profesional. | | | | |
| 7.-Hay claridad en lo que se me pide que haga. | | | | |
| 8.-El trato que recibo de mi jefe inmediato es satisfactorio. | | | | |

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| <p>9.-Me he dado cuenta que entre las personas que trabajan en mi área existen problemas, resentimientos, y rivalidad</p> | | | | |
| <p>10.-Frecuentemente necesito improvisar para cumplir mis labores.</p> <p>11.-Siento confianza para hablar con otras personas.</p> <p>12.-Conozco los objetivos de mi área de trabajo.</p> <p>13.-Mi trabajo es arriesgado.</p> <p>14.-Conozco los deberes y obligaciones en el desempeño de mi trabajo.</p> | | | | |
| <p>15.-Considero útil mi trabajo.</p> <p>16.-Los trámites obstaculizan mi trabajo.</p> <p>17.-Mi jefe me llama la atención y me critica sin motivos.</p> | | | | |
| <p>18.-Tengo amigos en otros departamentos o áreas.</p> | | | | |
| <p>19.-Considero que las relaciones entre las diferentes áreas son satisfactorias.</p> <p>20.-Creo que mi trabajo es importante para el progreso de la institución donde laboro</p> | | | | |

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 21.-Me siento adaptado a mi grupo de trabajo | | | | |
| 22.-Mantengo buena comunicación con mi jefe. | | | | |
| 23.-Me siento seguro en mi trabajo. | | | | |
| 24.-Cuento con los recursos materiales suficientes para realizar mi trabajo. | | | | |
| 25.-Conozco la organización y función de la institución donde laboro | | | | |
| 26.-Me gustaría que me tomaran más en cuenta para el trabajo que se realiza en mi área. | | | | |
| 27.-Mi jefe me hace saber cuándo mi trabajo es bueno, eficiente, satisfactorio. | | | | |
| 28.-Esta institución muestra interés en su personal. | | | | |
| 29.-Las condiciones de trabajo afectan mi salud | | | | |
| 30.-Necesito otro empleo para cubrir mis necesidades | | | | |
| 31.-Tengo oportunidad de ascenso. | | | | |
| 32.-Aprendo de mi jefe. | | | | |
| 33.-En mi trabajo utilizo mis conocimientos y experiencias. | | | | |
| 34.-Mi jefe toma en cuenta las ideas y sugerencias que le presento. | | | | |

| | | | | |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 35.-Me siento satisfecho con las labores que desempeño. | | | | |
| 36.-Las funciones que desempeño pueden mejorarse. | | | | |

Por favor incluya un comentario personal sobre los aspectos que considere importantes y no hayan sido mencionados en este cuestionario.

ANEXO E

Cuestionario Afrontamiento del Estrés (CAE).

| Marca la opción que mejor represente <u>en que medida has utilizado la forma de pensar y comportarse para afrontar los problemas o situaciones estresantes en el último año</u> | Nunca | Pocas veces | A veces | Frecuentemente | Casi siempre |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------|----------------|-----------------------|---------------------|
| 1. Me convencí de que hiciera lo que hiciera las cosas siempre me saldrían mal | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Asistí a la Iglesia | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Intenté sacar algo positivo del problema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Me concentré en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Establecí un plan de acción y procuré llevarlo a cabo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Me comporté de forma hostil con los demás | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Me sentí indefenso(a) e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Agredí a algunas personas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Procuré no pensar en el problema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Experimenté personalmente eso de que “no hay mal | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| Marca la opción que mejor represente <u>en que medida has utilizado la forma de pensar y comportarse para afrontar los problemas o situaciones estresantes en el último año</u> | Nunca | Pocas veces | A veces | Frecuente | Casi siempre |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------|----------------|------------------|---------------------|
| que por bien no venga” | | | | | |
| 17.Me irrité con alguna gente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Procuré que algún familiar o amigo me escuchara cuando necesité manifestar mis sentimientos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Acudí a la Iglesia a poner velas o rezar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |