



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN

**FACTORES PSICOSOCIALES COMO
PREDICTORES DE LA CALIDAD DE VIDA
LABORAL EN PROFESIONALES DE
ENFERMERÍA.**

TESIS

PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OBTENER EL

GRADO DE

DOCTORA EN CIENCIAS SOCIALES

POR:

Mtra. Jessica Susana Fuentes Plough

Directora de tesis: Dra. Ruth Noemí Ojeda López

Mérida, Yucatán, México, agosto de 2018



UADY
UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE YUCATÁN

**COORDINACIÓN GENERAL
DEL SISTEMA DE POSGRADO
INVESTIGACIÓN Y VINCULACIÓN**

**DOCTORADO INSTITUCIONAL
EN CIENCIAS SOCIALES**

**CAMPUS DE CIENCIAS SOCIALES ECONOMICO
ADMINISTRATIVAS Y HUMANIDADES**

DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES

NOMBRE DEL ALUMNO: JESSICA SUSANA FUENTES PLOUGH

NOMBRE DE LA TESIS: FACTORES PSICOSOCIALES COMO PREDICTORES
DE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

SÍNODO DEL EXAMEN DE TESIS

Dra. Ruth Noemí Ojeda López
Facultad de Contaduría y Administración. UADY
Presidente

Dra. Rebelín Echeverría Echeverría
Facultad de Psicología. UADY
Secretaria

Dra. Jennifer Mul Encalada
Facultad de Contaduría y Administración. UADY
Vocal

Dr. José Luis Barrera Canto
Universidad Anáhuac Mayab
Suplente

Dr. Ricardo Alfredo Varela Juárez
Universidad Nacional Autónoma de México
Suplente

Campus de Ciencias Sociales, Económico - Administrativas y Humanidades
Carretera Antigua a Chuburná entre 31-A y 35 | Teléfonos: 981 09 26, 981 09 29
Mérida, Yucatán, México | www.uady.mx

Resumen

La calidad de vida laboral de los profesionales en enfermería, tiene importantes repercusiones en el rendimiento y productividad laboral de los mismos, bajo esta premisa, el presente trabajo tuvo como finalidad indagar sobre dicha calidad de vida laboral y su relación con algunos factores psicosociales categorizados, en el mismo, como “positivos” y “negativos”, con base en la teoría de la conservación de los recursos, siendo los “positivos” la pasión armoniosa y la resiliencia, y los “negativos” el estrés, la ansiedad, la depresión y la pasión obsesiva. La metodología que se estableció para este fin tuvo un enfoque cuantitativo y se realizó bajo un diseño no experimental descriptivo-correlacional. Para recabar los datos necesarios en un hospital privado localizado en Mérida, Yucatán, se aplicaron a los 209 profesionistas que conformaban la totalidad del departamento de enfermería, cuatro escalas validadas en México (ProQOL V, DASS-21, PFW y CD-Risc 10) y una sección con 11 preguntas sobre datos sociodemográficos. En cuanto a los componentes de la calidad de vida laboral, los resultados fueron favorables arrojando un nivel de satisfacción por compasión alto ($\bar{x}=43.1$, $s=5.14$), de síndrome de quemado bajo ($\bar{x}=20.96$, $s=4.67$) y de estrés por trama secundario bajo ($\bar{x}=20.26$, $s=6.71$), solamente en el síndrome de quemado se presentaron diferencias significativas por unidad laboral, y en ninguno se presentaron diferencias por sexo; los factores “positivos”, salieron en niveles altos, y los “negativos” se ubicaron en niveles bajos. Los factores psicosociales en los que se presentaron diferencias significativas fueron la ansiedad y la resiliencia, tomando como componente de agrupamiento el sexo y la unidad laboral, respectivamente. Mediante los resultados se puede apreciar que es posible explicar la calidad de vida laboral a través de los factores psicosociales que se eligieron para este trabajo, así mismo puede deducirse que el incremento de la resiliencia y la pasión armoniosa; así como la disminución del estrés, la ansiedad y la pasión obsesiva podría ser favorecedor para mantener una adecuada la calidad de vida laboral.

Palabras clave: enfermería, teoría de la conservación de los recursos, factores psicosociales “positivos”, factores psicosociales “negativos”.

Abstract

The professional quality of life in nursing has important repercussions on their performance and work productivity, under this premise, the purpose of this work was to investigate this professional quality of life and its relationship with some psychosocial factors categorized, in it, as "positive" and "negative", based on the conservation of resources theory, being the "positive" the harmonious passion for work and resilience, and the "negative" stress, anxiety, depression and the obsessive passion for work. The methodology established for this purpose had a quantitative approach and was carried out under a non-experimental descriptive-correlational design. To collect the necessary data in a private hospital located in Merida, Yucatan, were applied to the 209 professionals that conformed the entire nursing department, four scales validated in Mexico (ProQOL V, DASS-21, PFW and CD-Risk) and a section with 11 questions for sociodemographic data. Regarding the components of the professional quality of life, the results were favorable, indicating high-levels of compassion satisfaction ($\bar{x}=43.1$, $s=5.14$), low levels of burnout ($\bar{x}=20.96$, $s=4.67$) and low levels for secondary trauma syndrome ($\bar{x}=20.26$, $s=6.71$), with significant differences by labor unit in the burnout variable, and none by sex. The results showed high levels of "positive" factors, and low levels of "negative" factors. The psychosocial factors with significant differences were anxiety and resilience, taking as a component of grouping the sex and the labor unit, respectively. Through the results can be seen that it is possible to explain the professional quality of life through the psychosocial factors that were chosen for this work, likewise it can be deduced that the increase of resilience and harmonious passion; as well as the reduction of stress, anxiety and obsessive passion could be favorable to maintain an adequate quality of working life.

Keywords: nursing, conservation of resource theory, "positive" psychosocial factors, "negative" psychosocial factors.

Declaración de autoría

Declaro que esta tesis es mi propio trabajo, con excepción de las citas en las que he dado crédito a sus autores; asimismo afirmo que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de algún otro título profesional o equivalente. El autor otorga su consentimiento a la UADY para la reproducción del documento con el fin de intercambio bibliotecario siempre y cuando se indique la fuente.

Jessica Susana Fuentes Plough

Agradecimientos al CONACYT

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca durante el periodo de agosto de 2015 a julio de 2018, para la realización de mis estudios de Doctorado en Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Yucatán, que concluyen con esta tesis.

Jessica Susana Fuentes Plough

Agradecimientos

Agradezco de manera especial y sincera a la Doctora Ruth Ojeda por aceptarme para realizar esta tesis doctoral bajo su dirección. Su apoyo, su confianza y su capacidad para guiar y poner en orden mis ideas han sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como investigadora y como persona. Su orientación y rigurosidad, han sido la clave del buen trabajo que hemos realizado juntas. Le agradezco también el haberme facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de esta tesis.

Quiero expresar también mi más sincero agradecimiento a los miembros de mi comité, las Doctoras Rebelín Echeverría y Jennifer Mul por sus valiosos y siempre atinados aportes para el desarrollo de esta tesis. Debo destacar, por encima de todo, su disponibilidad, puntualidad, paciencia y compromiso hacia mi trabajo.

Gracias a los revisores de esta tesis Doctores José Luis Barrera y Ricardo Varela por su tiempo y sus valiosos comentarios; a todos mis profesores por sus enseñanzas y guía; y un agradecimiento especial al Doctor David Hemsworth por recibirnos en Canadá y hacernos sentir en casa, por sus invaluable aportes y por el tiempo dedicado a mi trabajo y a mi persona.

Agradezco también a los directivos, a los médicos y al Departamento de Recursos Humanos del hospital en el que se llevó a cabo este trabajo, por haberme permitido el acceso a sus instalaciones y todas las facilidades para poder llevar a cabo la aplicación del instrumento. Un agradecimiento especial a todo el departamento de enfermería por su tiempo y apertura. Su apoyo y confianza fueron invaluable para el adecuado desarrollo de esta tesis.

Dedicatoria

Dedico esta tesis a todos aquellos profesionales en enfermería que, con su dedicación, trabajo y esfuerzo invaluable, han hecho de la enfermería una de las profesiones más respetadas por los mexicanos.

A mi familia, mis padres, hermanos, amigas, y especialmente, a mi esposo e hijos por su apoyo, admiración e interés hacia mi trabajo.

Y por supuesto, a Dios por ponerme en el lugar y momento adecuados y darme la fuerza para superar siempre mis propias expectativas.

Índice

Formato de votos	i
Resumen	ii
Abstract	iii
Declaración de autoría	iv
Agradecimientos al CONACYT	v
Agradecimientos	vi
Dedicatoria	vii
Índice de tablas	xi
Índice de figuras	xii
Capítulo I	1
Introducción	1
Planteamiento del problema	5
Objetivos	9
Objetivo general.	9
Objetivos específicos.	10
Preguntas de investigación	10
General.	10
Específicas.	11
Justificación	12
Capítulo II	15
Marco conceptual	15
La enfermería	15
Recorrido histórico.	15
Primera etapa: Surgimiento de la necesidad social.	16
Segunda etapa: Creación de escuelas para el adiestramiento.	17
Tercera etapa: Construcción de la asociación profesional.	19
Cuarta etapa: Reglamentación, institucionalización y reconocimiento de la profesión.	20
Quinta etapa: Adopción del código de ética.	22
Características y funciones principales.	23
Características del hospital participante y de las unidades laborales en las que se encuentra dividido el departamento de enfermería	25
Teoría de la conservación de los recursos	28
Perspectiva de género	31
La perspectiva de género en enfermería.	33
Calidad de vida laboral	35
Satisfacción por compasión.	36
Estrés por trauma secundario.	37
Síndrome de quemado.	38
La calidad de vida laboral en enfermería.	40

Factores psicosociales	41
Factores psicosociales en la enfermería.	43
Estrés.	44
Ansiedad.	47
Depresión.	48
Resiliencia.	50
Pasión por el trabajo.	52
Pasión armoniosa.	53
Pasión obsesiva.	53
Capítulo III	55
Marco metodológico	55
Método y tipo de investigación	55
VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	56
Dependiente.	56
Calidad de vida laboral.	56
Satisfacción por compasión.	56
Estrés por trauma secundario.	56
Síndrome de quemado.	57
Independientes.	57
Estrés.	57
Ansiedad.	57
Depresión.	58
Resiliencia.	58
Pasión por el trabajo.	58
Pasión armoniosa.	58
Pasión obsesiva.	59
Hipótesis de investigación	59
Participantes	60
Procedimiento y consideraciones éticas	60
Técnicas de recolección de información	61
Cuestionario.	61
ProQOL V: Escala de calidad de vida.	61
PFW. Escala de Pasión.	63
DASS- 21: Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés.	63
Nota. Recuperado de	64
CD-RISC. Escala de resiliencia de Connor/Davison.	64
Procesamiento y análisis de la información	65
Capítulo IV	66
Resultados	66
Análisis descriptivo	66
Análisis descriptivo de los datos sociodemográficos.	66
Sexo.	66
Edad.	67
Estado civil.	67
Unidad laboral.	67
Grado máximo de estudios.	68

Años laborando en enfermería. _____	69
Años que espera continuar laborando en enfermería. _____	69
Análisis descriptivo de la calidad de vida laboral. _____	70
Análisis descriptivo de la satisfacción por compasión. _____	70
Análisis descriptivo del síndrome de quemado. _____	72
Análisis descriptivo del estrés por trauma secundario. _____	74
Análisis descriptivo de la depresión. _____	76
Análisis descriptivo de la ansiedad. _____	77
Análisis descriptivo del estrés. _____	77
Análisis descriptivo de la pasión armoniosa. _____	78
Análisis descriptivo de la resiliencia. _____	79
Análisis Inferencial _____	80
Análisis correlacional _____	84
Análisis de las regresiones lineales múltiples _____	86
Calidad de vida laboral en función de los factores psicosociales. _____	86
Capítulo V _____	92
Discusión y conclusiones _____	92
Discusión con respecto a los resultados obtenidos con relación a los datos sociodemográficos _____	92
Discusión de los resultados obtenidos en relación con los componentes de la calidad de vida laboral _____	94
Discusión de los resultados obtenidos en relación con los niveles de calidad de vida laboral distribuidos por sexo y unidad laboral _____	97
Discusión de los resultados obtenidos en relación con la descripción de los factores psicosociales, según el sexo _____	99
Discusión de los resultados obtenidos en relación con la descripción de los factores según la unidad laboral _____	101
Discusión de los resultados obtenidos referentes a la relación entre los factores psicosociales y la calidad de vida laboral _____	104
Discusión de los resultados referentes a las categorías de calidad de vida laboral _____	105
Limitaciones de este estudio _____	105
Recomendaciones para futuros estudios y para el hospital estudiado _____	106
Conclusiones _____	108

Índice de tablas

Tabla 1. Rangos de severidad del DASS-21.	64
Tabla 2. Medidas de tendencia central y dispersión de los componentes de calidad de vida laboral.	70
Tabla 3. Distribución de la muestra de acuerdo a las categorías de calidad de vida laboral y al sexo.	76
Tabla 4. Diferencias significativas de las variables por sexo.	80
Tabla 5. Diferencias significativas de las variables por unidad laboral.	81
Tabla 6. Comparaciones múltiples del síndrome de quemado entre las unidades laborales.	82
Tabla 7. Comparaciones múltiples de la resiliencia entre las unidades laborales.	83
Tabla 8. Coeficientes de correlación Pearson entre las variables analizadas.	85
Tabla 9. Sumario del modelo de calidad de vida laboral en función de los factores psicosociales.	88
Tabla 10. Modelo de satisfacción por compasión en función de los factores psicosociales.	88
Tabla 11. Modelo de síndrome de quemado en función de los factores psicosociales.	89
Tabla 12. Modelo de estrés por trauma secundario en función de los factores psicosociales.	89
Tabla 13. Resumen de las hipótesis.	90

Índice de figuras

Figura 1. Modelo teórico entre los componentes de la calidad de vida laboral y los factores psicosociales “positivos” y “negativos”.	59
Figura 2. Distribución de la muestra según la edad.	67
Figura 3. Distribución de la muestra según la unidad laboral.	68
Figura 4. Distribución de la muestra según su grado máximo de estudios.	68
Figura 5. Distribución de la muestra según los años laborados en enfermería.	69
Figura 6. Distribución de la muestra según los años que espera seguir laborando en enfermería.	69
Figura 7. Distribución de la muestra según los niveles de satisfacción por compasión y sexo.	71
Figura 8. Distribución de la muestra según los niveles de satisfacción por compasión y la unidad laboral.	72
Figura 9. Distribución de la muestra según los niveles de síndrome de quemado y sexo.	73
Figura 10. Distribución de la muestra de acuerdo al síndrome de quemado y la unidad laboral.	73
Figura 11. Distribución de la muestra de acuerdo al estrés por trauma secundario y el sexo.	74
Figura 12. Distribución de la muestra de acuerdo al estrés por trauma secundario y la unidad laboral.	75

Capítulo I

Introducción

De acuerdo con los datos arrojados por la encuesta sobre la percepción pública de la ciencia y la tecnología levantada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2013), la profesión de enfermería ocupa el segundo lugar en respetabilidad, siguiendo a la de los bomberos y sucedida por medicina. Con estos resultados, es posible denotar una correspondencia entre la respetabilidad y los trabajos afines al cuidado de la salud, especialmente en aquellos que pudieran intervenir ante una emergencia o enfermedad, como es el caso de la enfermería.

Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), establece que los profesionales en enfermería realizan funciones que comprenden, no sólo la intervención urgente, sino la promoción de la salud de manera integral, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal; abarcando la atención autónoma y en colaboración, a personas de todas las edades y en cualquier circunstancia.

En ese mismo sentido, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE, 2015), indica que las funciones esenciales de esta profesión radican en la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación, funciones enfocadas en el mantenimiento de la salud física y mental de las personas, lo que la convierte en una profesión que lleva consigo gran responsabilidad sobre la vida, la salud y el cuidado de terceros y de sí mismos. En este último punto, es indispensable tomar en cuenta que el cuidado de sí mismos debe hacer referencia no sólo a las cuestiones de salud física, sino también a las psicológicas y sociales, por sus efectos tanto en la calidad de vida personal como en la vida laboral, especialmente si se considera la estrecha relación de ambas en la sociedad humana actual.

Ampliar el conocimiento sobre la calidad de vida laboral, definida como “El sentimiento de bienestar que se deriva del equilibrio que el individuo percibe entre las demandas o cargas de la profesión y los recursos (psicológicos, organizacionales y

relacionales) de que dispone para afrontar estas demandas” (Clúa & Aguilar, 1998, p.36), es particularmente importante en el personal de enfermería, ya que se encuentra expuesto a una serie de riesgos laborales propios de la profesión y siendo el paciente su objeto central de atención, el contacto continuo con la enfermedad y sufrimiento así como con la muerte, constituyen una carga mental a la que se añaden las dificultades cotidianas ligadas a la organización del trabajo, los riesgos del mismo y la diversidad de estilos de vida, generándose una diversidad de factores psicosociales que influyen en diferentes grados y de diversas maneras en la calidad de vida laboral (Avendaño & Graud, 1997).

El modelo de Stamm (2010), afirma que la calidad de vida laboral puede ser descrita a partir de dos aspectos centrales, la satisfacción por compasión y la fatiga por compasión que a la vez se divide en dos partes, la primera es el síndrome de quemado con sus características típicas como frustración, ira y agotamiento y el estrés por trauma secundario que es un sentimiento que deriva del miedo y del trauma indirecto relacionado con el trabajo. El objetivo central de esta investigación es precisamente conocer la interacción de estos tres componentes de la calidad de vida laboral y ciertos factores psicosociales, para determinar si existen relaciones estadísticamente significativas que permitan predecirla a partir de éstos.

Dichos factores, pueden ser analizados desde cuatro dimensiones: la primera se refiere al carácter externo, físico y psicosocial que implica exigencias tensionantes; la segunda que está relacionada con los procesos internos de los individuos y la manera en que afrontan las exigencias de su trabajo; la tercera se refiere a los efectos sobre la salud de los individuos; y la cuarta se refiere a los aspectos extra laborales que pueden repercutir en la relación con el ambiente psicosocial-laboral-salud (Juárez-García, 2007b).

Para la presente investigación fueron considerados los factores a los que se refiere la segunda dimensión, es decir aquellos factores psicosociales internos presentes en los profesionales en enfermería, esto es para poder comprender mejor la percepción de los individuos y la manera individualizada en reaccionar a las exigencias laborales. La elección de dichos factores psicosociales se efectuó con base en tres modelos ya

existentes: el modelo dualista de pasión por el trabajo desarrollado por Vallerand (2010), que describe que existen dos tipos de pasión, la obsesiva y la armoniosa; el modelo de resiliencia propuesto por Connor y Davidson (2003); y el modelo DASS propuesto por Henry y Crawford (2005) y Lovibond y Lovibond (2004) que mide y explica la interrelación entre la depresión, la ansiedad y el estrés. Así mismo para el estudio y obtención de datos sobre la calidad de vida laboral, se eligió el modelo de Stamm (2010) que se compone de tres dimensiones, siendo estos, satisfacción por compasión, síndrome de quemado y estrés por trauma secundario;

Con la finalidad de comprender a profundidad estos factores psicosociales y su relación con la calidad de vida laboral, se aborda una teoría que pudiera fortalecer y dar claridad a la información obtenida, siendo esta, la teoría de la conservación de los recursos (Hobfoll, 1998). Esta teoría, busca dar una explicación sobre lo que realmente resulta amenazante o reforzador para los individuos, afirmando que los recursos, en sí mismos, pueden ser potencialmente motivadores y que las personas tienden a preservar la existencia de unos bienes que garanticen la estabilidad. En este caso se consideran como situaciones amenazantes o como “drenadores” a los factores psicosociales estrés, ansiedad, depresión y pasión obsesiva; y, los recursos positivos para afrontarlos la resiliencia y la pasión armoniosa. De este mismo modo, se considera que el recurso principal que los individuos buscan proteger es la calidad de vida laboral y de manera más específica, el aumento de la satisfacción por compasión (componente “positivo”) y la disminución del síndrome de quemado y del estrés por trauma secundario (“componentes “negativos”).

En este mismo sentido, para un mejor entendimiento de los resultados obtenidos, es importante analizar el contexto histórico de la enfermería, partiendo de la premisa de que su constitución fue a partir de organismos externos, como la Iglesia, el Estado y la Medicina, quienes la configuraron desde la vocación hasta la técnica como una profesión silenciosa, obediente y feminizada, con sus respectivas consecuencias (Aparicio, 2010). Bajo esta condición, es posible realizar algunas reflexiones sobre las diferencias de género, buscando explicar las características, relaciones y comportamientos sociales de hombres y mujeres en sociedad, destacando

la existencia real del género femenino y masculino, sin dominio de uno sobre el otro (Camargo, 1999). Con esto se abre la posibilidad de realizar un análisis sobre consideraciones que impactan a ambos géneros, pero con resultados diferenciados. Es importante esta consideración porque la enfermería, aun encontrándose entre las profesiones más respetadas en México, es perceptible una incongruencia entre los niveles académicos alcanzados y el trabajo desempeñado, con el reconocimiento social y especialmente laboral, si se mide a través del ingreso, del estatus y del prestigio obtenido.

De manera general, los puntos fundamentales de la presente investigación previamente señalados, se encuentran alineados con los preceptos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2016), en los que se afirma que la relevancia económica que tiene para un país la equidad de género y el logro del trabajo decente para toda la población. Así como al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND, 2013), que tiene como estrategia general elevar la productividad para llevar a México a su máximo potencial, promoviendo la productividad laboral mediante entornos de trabajo saludables, a través de la instrumentación de medidas para reducir los riesgos en el trabajo y promover entre los trabajadores estilos de vida saludables; de igual modo, el Plan Nacional de Desarrollo (PND, 2013) impulsa transversalmente, en todas las políticas públicas la perspectiva de género. Por último, este trabajo se encuentra alineado a los objetivos de la Agenda de Sustentabilidad de la ONU (ONU, 2015), que busca promover, entre otros, la salud integral de los individuos y la equidad de género en todos los ámbitos, incluyendo el laboral.

Siguiendo estas consideraciones, al analizar el nivel de cada uno de los factores psicosociales ya mencionados y su relación e influencia en la calidad de vida laboral de los profesionales en enfermería, se incrementan las posibilidades de determinar y proponer estrategias de mejora en este campo. Por lo que, con la presente investigación se espera obtener información novedosa que permita ampliar el conocimiento relativo a la enfermería, y que permita su fortalecimiento a través de la formulación de estrategias y programas que promuevan la calidad de vida laboral, minimicen los factores psicosociales negativos y fortalezcan los positivos, enfatizando en que las

acciones preventivas en salud destacan por ser efectivas, al mejorar la salud y la calidad de vida de la población, mientras que se evitan altos costos de tratamiento en el futuro, lo cual se traduce en beneficios para la salud de los individuos, la salud laboral y mejora en la productividad del personal de enfermería.

Planteamiento del problema

La calidad y eficiencia de los servicios de salud en México, han sido insuficientes para el adecuado mantenimiento de la salud en los ciudadanos, especialmente en lo que concierne a labores de prevención de enfermedades y promoción a la salud, tanto en hospitales como en las comunidades y los hogares.

La atención hospitalaria juega un papel preponderante en la atención sanitaria, pues los hospitales albergan a las personas con los problemas de salud más serios y son los centros más costosos del sistema de salud debido a la atención especializada y tecnológicamente avanzada que deben brindar. Debido a esto, la evaluación continua de la calidad, la eficacia y la eficiencia de la atención hospitalaria con sus implicaciones sociales y económicas, es un imperativo para el sector de la salud y la sociedad.

En ese mismo contexto, el personal de enfermería constituye un importante grupo laboral, al representar aproximadamente el 60 por ciento del recurso humano vinculado a las instituciones hospitalarias. Sin embargo, al presentar esta profesión ciertas condiciones particulares de trabajo, como la continuidad de servicios durante las 24 horas, diversos tipos de riesgo presentes en los sitios de trabajo y la predominancia del género femenino, se le ha dado una connotación especial que no le ha permitido tener el impulso necesario para contribuir de manera suficiente, con los objetivos del sistema de salud en cuanto a su capacidad de respuesta. De igual manera, esta profesión se ha estereotipado, volviéndose menos atractiva para los posibles candidatos, repercutiendo en la cantidad de profesionistas en enfermería disponibles.

Tanto en países industrializados como en vías de desarrollo se considera que la cantidad de profesionales en enfermería graduados de universidades es menor al requerido por las poblaciones. Esta percepción es generalmente compartida por todos los actores, tanto institucionales como profesionales, sin embargo, existe escasa evidencia científica, por insuficiencia en estudios relacionados con este campo

(Benavides-Torres, 2002) y al mismo tiempo una creciente preocupación sobre la situación educativa y laboral de los profesionales en enfermería, por su relevante participación en la respuesta de los sistemas de salud.

Es recalculable también, que en México este fenómeno es parte de la contradicción de los recursos humanos en el sistema de salud, en los que se invierten enormes cantidades de recursos financieros para la formación de individuos de alto nivel de especialización, sin que esto necesariamente se traduzca en mejoras sustanciales para la salud, al persistir numerosos grupos de población que tienen un limitado acceso a los servicios de salud (Nigenda, Ruiz, Yetzi Rosales, & Bejarano, 2006).

Las políticas que guían las directrices del sector de la salud en México se encuentran muy enfocadas a la calidad y la prevención de enfermedades crónicas-degenerativas, y no se dirigen a la salud del propio personal de enfermería (Secretaría de Salud, 2013), por lo que es necesario contar con mayor información sobre el estado de salud físico, mental y emocional de los profesionales en enfermería, analizar los factores psicosociales asociados al trabajo e implementar estrategias de mejora con la información acumulada. Con el desarrollo de la enfermería, es importante realizar estudios comparativos entre unidades hospitalarias e identificar el comportamiento de cada uno, así como los factores protectores que pudieran fortalecerse entre sí y beneficiar en el primer escalón al propio trabajador de la salud, y con ello trascender la calidad de la atención que se pretende proporcionar a los pacientes, familiares y comunidad.

Es por esto que el contar con una mayor información sobre la dinámica de los diferentes factores relacionados con la enfermería, además de ciertas características sociodemográficas, puede contribuir de manera positiva en la implementación de estrategias encaminadas en la optimización y adecuado desarrollo de la misma y al mismo tiempo en el mejoramiento de la percepción que la sociedad tiene de esta profesión.

La enfermería, es una profesión que tendrá cada vez mayor relevancia en la respuesta de los sistemas de salud, ante las condiciones epidemiológicas futuras de las

poblaciones, por lo que en la actualidad ha habido un creciente interés internacional sobre la situación educativa y laboral de estos profesionales (OMS, 2015). Una de las principales preocupaciones es el proceso de desgaste relacionado con las alteraciones físicas y del estado del ánimo y el riesgo de padecer algún trastorno en sus estados afectivos emocionales o psicosociales que surgen por las características y exigencias de su trabajo (García-Rivera, Maldonado-Radillo, & Ramírez, 2014).

Entre las particularidades de esta profesión, se encuentran que el trabajo se desarrolla entre la vida y la muerte, bajo presión y en contacto directo con el usuario (o paciente), además de que ha sido una labor que tradicionalmente se ha conferido a las mujeres por ser, de cierta manera una continuación de los trabajos que realizan en el hogar, no solamente en lo que se refiere a los aspectos instrumentales o técnicos requeridos para un adecuado cuidado de las personas y para procurar su bienestar y buen estado de salud, sino también en las actitudes afectivas y empáticas que caracterizan a esta profesión (Celma, 2007).

Aunado a esto y, posiblemente como parte de la misma problemática, en México el desperdicio de la capacidad de trabajo de los recursos humanos en el sector salud, tanto por la falta de profesionales, como por su inadecuada distribución, es un hecho con implicaciones sociales y económicas. La falta de profesionales en enfermería en el campo laboral formal, es un claro indicador de una inadecuada distribución del personal, tal como sucede con los médicos (Nigenda, Ruiz, & Bejarano, 2005), situación que provoca que existan en el país poblaciones que permanezcan sin un adecuado acceso a los servicios de salud, y que pudiera estar originada, parcialmente, por la prevalencia de inadecuados niveles de calidad de vida laboral entre estos profesionistas.

Si se analiza el tema del desperdicio de capital humano considerando el sexo, puede observarse que, en enfermería, la tasa de desperdicio alcanzada por las mujeres es 19% más alta que la registrada por los hombres. Pudiendo explicarse esto de manera parcial, por una visión estereotipada de las diferencias entre hombres y mujeres en el hogar y en la sociedad en general (De Oliveira & García, 1994).

Es importante considerar que, aunque esta diferenciación se establece socialmente, en especial por la familia, las instituciones educativas y los centros de trabajo, en este caso los hospitales, tienen un papel trascendental en la modificación de esta tendencia, ya que las condiciones laborales actuales así lo demandan. En este sentido, las consideraciones de las diferencias de género permiten despertar un punto de vista crítico y realizar una relectura del conocimiento disponible, mediante la incorporación suficiente de variables y categorías de análisis relacionadas con el género que den nuevas explicaciones y ayuden en la reparación de los vacíos de conocimiento existentes en la práctica laboral.

La calidad de vida laboral, como se mencionó anteriormente, puede tener importantes repercusiones, no solamente en el bienestar de los profesionistas, sino en la cantidad de individuos que permanecen laboralmente activos, así como en la eficacia y eficiencia de los servicios prestados. En el caso de las organizaciones sanitarias, las personas son el principal activo de las organizaciones y se puede afirmar que la calidad de los servicios prestados se relaciona directamente con la satisfacción y la calidad de vida laboral de los profesionales que la integran (Sibbald, Enzar, Cooper, Rout, & Sutherland, 2000).

Para poder comprender mejor la calidad de vida laboral, es indispensable ampliar la información sobre aquellos factores que pudieran afectarla positiva o negativamente. A este respecto existen trabajos enfocados en factores sociodemográficos, de organización del trabajo, factores físicos y administrativos, como son, la carga de trabajo, horarios, escaso apoyo directivo, responsabilidades familiares, entre otros (Hanzeliková, García, Pomares, Pardo, & Del Monte, 2011; Fernández, Moinerlo, Andrade, & Gómez, 2000), sin embargo el enfoque en los factores psicosociales como procesos internos de los individuos y la manera individual de afrontar las exigencias de su trabajo, han sido menos estudiados y pudieran ser provechosos para tener una mejor comprensión sobre las reacciones emocionales de estos profesionistas y la manera en que éstas afectan la calidad de vida laboral.

La teoría de la conservación de los recursos de Hobfoll (1998) es un marco útil para categorizar dichos factores psicosociales, por considerar los recursos como

potencialmente motivadores en sí mismos mediante la creación, el mantenimiento y la acumulación de los mismos, y aseverando que las personas intentan retener, proteger y construir recursos. Lo que resulta amenazante para ellos es la pérdida potencial o real de tales recursos o el fracaso en la inversión de recursos para obtener un objetivo prefijado.

Esta teoría afirma que el hecho de ganar recursos hace probablemente más fácil que se creen más recursos en un futuro, y se resguarden otros recursos que se consideran valiosos, con lo cual puede verse incrementada la motivación para crear más recursos, y al mismo tiempo el bienestar de los trabajadores (Hobfoll, 2001). De igual manera, es importante recalcar que el hecho de que la enfermería haya sido tradicionalmente una labor conferida al género femenino, ha dado lugar a que la prevalencia de ciertos factores psicosociales que, en cierta forma, repercuten negativamente en su salud y en su persona y, por tanto, en la calidad de vida laboral, sean atribuidos a la condición de mujer, como históricamente se ha concebido, y no propiamente a las particularidades de esta profesión.

En resumen, la enfermería en México necesita fortalecerse, para lo cual es indispensable contar con más y mejor información acerca de su calidad de vida laboral y de los factores psicosociales que pudieran tener efectos sobre la misma, considerando éstos como recursos positivos o negativos que pudieran ser categorizados de acuerdo con el impacto que se espera tengan sobre la calidad de vida laboral. Es también necesario abordar este tema considerando las diferencias de género para poder comprender y explicar de una manera integral los resultados obtenidos y que sean utilizables para generar estrategias enfocadas en el desarrollo de esta profesión.

Objetivos

El tema principal de la presente investigación es la calidad de vida laboral en enfermería y su relación con algunos factores psicosociales, que pudieran tener efectos determinantes en la misma.

Objetivo general.

Explicar el comportamiento de la calidad de vida laboral a partir del comportamiento de los factores psicosociales estrés, ansiedad, depresión, resiliencia,

pasión obsesiva y pasión armoniosa, en los profesionales en enfermería, considerando las diferencias que se presentan por el sexo y por cada una de las unidades en las que se encuentra dividido el departamento de enfermería del hospital en el que se realiza la presente investigación.

Objetivos específicos.

1. Describir los niveles de calidad de vida laboral de los profesionales en enfermería a través de sus componentes satisfacción por compasión, estrés por trauma secundario y síndrome de quemado.
2. Describir los niveles de calidad de vida laboral de los profesionales en enfermería a través de sus componentes satisfacción por compasión, estrés por trauma secundario y síndrome de quemado, de acuerdo al sexo y a la unidad laboral.
3. Describir la incidencia de los factores psicosociales depresión, ansiedad, estrés, resiliencia, pasión obsesiva y pasión armoniosa, de acuerdo al sexo.
4. Describir la incidencia de los factores psicosociales estrés, ansiedad, depresión, resiliencia, pasión obsesiva y pasión armoniosa, de acuerdo a la unidad laboral.
5. Establecer la relación de los factores psicosociales estrés, ansiedad, depresión, resiliencia, pasión obsesiva y pasión armoniosa con cada uno de los componentes de la calidad de vida laboral (satisfacción por compasión, síndrome de quemado y estrés por trauma secundario) en el personal de enfermería del hospital.
6. Identificar en qué categoría de calidad de vida laboral se encuentra cada uno de los profesionales en enfermería del hospital.

Preguntas de investigación

General.

¿Cómo es la relación existente entre la calidad de vida laboral de los profesionales en enfermería y los factores psicosociales estrés, ansiedad, depresión, resiliencia, pasión obsesiva y pasión armoniosa?

Específicas.

¿Cuál es la incidencia de cada uno de los componentes de la calidad de vida laboral: satisfacción por compasión, estrés por trauma secundario y síndrome de quemado en el hospital?

¿Cuál es la incidencia de cada uno de los componentes de la calidad de vida laboral: satisfacción por compasión, estrés por trauma secundario y síndrome de quemado de acuerdo al sexo y de acuerdo a la unidad laboral?

¿Cuál es la incidencia de los factores psicosociales estrés, ansiedad, depresión, resiliencia, pasión obsesiva y pasión armoniosa, de acuerdo al sexo?

¿Cuál es la incidencia de los factores psicosociales estrés, ansiedad, depresión, resiliencia, pasión obsesiva y pasión armoniosa, en el personal de enfermería, de acuerdo a la unidad laboral?

¿Cómo es la relación entre los factores psicosociales estrés, ansiedad, depresión, resiliencia, pasión obsesiva y pasión armoniosa y cada uno de los componentes de la calidad de vida laboral (satisfacción por compasión, estrés por trauma secundario y síndrome de quemado) en el personal de enfermería del hospital?

¿En qué categoría de calidad de vida laboral se encuentra cada uno de los profesionales en enfermería del hospital?

La hipótesis principal de la investigación es que existe una relación estadísticamente significativa entre los componentes de la calidad de vida laboral (satisfacción por compasión, estrés por trauma secundario y síndrome de quemado) con los factores psicosociales estrés, ansiedad, depresión, resiliencia, pasión obsesiva y pasión armoniosa en los profesionales en enfermería de un hospital particular, para determinar que la calidad de vida laboral puede ser predicha a partir de los mismos. Así mismo, estas asociaciones permiten establecer categorías de calidad de vida laboral, en las que se podrán ubicar a los individuos estudiados. Derivadas de la anterior, las hipótesis específicas son las siguientes:

H1a. Los factores psicosociales depresión, ansiedad, estrés, resiliencia, pasión obsesiva y pasión armoniosa afectan la satisfacción por compasión.

H1b. Los factores psicosociales depresión, ansiedad, estrés, resiliencia, pasión obsesiva y pasión armoniosa afectan al síndrome de quemado.

H1c. Los factores psicosociales depresión, ansiedad, estrés, resiliencia, pasión obsesiva y pasión armoniosa afectan al estrés por trauma secundario.

Justificación

La enfermería, aun encontrándose entre las profesiones más respetadas en México, continúa teniendo un desequilibrio entre los niveles académicos alcanzados y el trabajo desempeñado, con el reconocimiento social y laboral. Por lo que la obtención de información generada dará nuevas oportunidades para reparar vacíos de conocimiento que han recaído en la práctica sanitaria y laboral y que han afectado en el desarrollo y prestigio de la profesión. Y a su vez, el fortalecimiento de la labor realizada por los profesionales en enfermería puede traducirse en una mejor calidad en los servicios de salud.

El propósito principal de estudiar la calidad de vida es detectar áreas de mejora de las condiciones laborales tales como el diseño de puestos, mayor seguridad en el entorno laboral, incrementar la eficiencia, mayor conocimiento y satisfacción de las necesidades y demandas de sus miembros, así como disminuir las afectaciones psicosociales en los trabajadores (Segurado & Agulló, 2002). En relación al ámbito de la salud, la calidad de vida laboral se relaciona con un estado emocional positivo y placentero resultante de la percepción individual de las expresiones laborales de los trabajadores de la salud y es un factor relevante que conducirá a la actitud del profesional hacia su trabajo, sus compañeros y los pacientes (Castillo & Ciales, 2010).

Estudios como el de Rose, Beh, Uli e Idris (2006) afirman que este tipo de programas dirigidos a incrementar la calidad de vida laboral, benefician la actitud y la gestión para resolver problemas relacionados con el trabajo, la construcción de la cooperación, la mejora de los entornos de trabajo, la reestructuración de las tareas y la gestión de recursos humanos y pagos. Así mismo, otros autores como Davis y Cherns (1975), indican que estos programas no sólo se encaminan a aumentar la productividad de la organización, sino también a la identificación de los empleados, al sentido de pertenencia y al orgullo por el trabajo. Cuando existe la preocupación por mejorar la

calidad de vida laboral, el trabajador experimenta sentimientos positivos hacia su trabajo y sus perspectivas de futuro, se encuentra motivado para permanecer en su puesto de trabajo, siente que su vida laboral encaja con su vida personal, percibe que existe un equilibrio entre las dos, de acuerdo con sus valores personales y a su vez, se logra incrementar la efectividad organizacional.

El tomar como referencia los preceptos de la teoría de la conservación de los recursos (Hobfoll, 1998), permite dar una explicación sobre lo que realmente resulta amenazante o reforzante para la calidad de vida laboral de los profesionales en enfermería, buscando categorizar y organizar los factores psicosociales y su impacto en la misma, ya que esta teoría predice que en una situación amenazante, los individuos tratarán de minimizar la pérdida de recursos desarrollando recursos de afrontamiento adicionales con el objetivo de compensar futuras pérdidas y disminuyendo su vulnerabilidad.

El estudio de los factores psicosociales en la salud laboral tiene como objetivo principal la adecuada prevención de enfermedades, accidentes y padecimientos, tratando de establecer relaciones entre los riesgos y los posibles efectos en la salud generados por y en el trabajo. En este sentido, se debe considerar que tradicionalmente estos estudios se han centrado en los factores de exposición o riesgo físicos (químicos o biológicos), y los factores psicosociales relacionados con la administración y las relaciones laborales. Sin embargo, se han omitido otros indicadores relacionados con los factores psicosociales como riesgos psicológicos y emocionales de los empleados y sus consecuencias en la salud y en el bienestar laboral.

En la presente investigación, se pretende la obtención de más información sobre las condiciones particulares y aspectos relevantes de los diferentes factores psicosociales analizados en los profesionales en enfermería en Yucatán, a partir de sus propias percepciones y experiencias y su relación con la calidad de vida laboral. Es por esto que los factores elegidos para el presente estudio pueden ser relacionados con los procesos internos de los individuos y la manera en que afrontan las exigencias de su trabajo, permitiendo una mejor comprensión de la manera individualizada, de estos profesionales en reaccionar a las exigencias laborales.

Como ya se ha mencionado, la elección de dichos factores psicosociales se efectuó con base en tres modelos ya existentes y, probados tanto en el contexto mexicano como en otras partes del mundo, además de que los factores que componen dichos modelos ya habían sido relacionados con la enfermería, de manera individual, en estudios previos. Con esto fue posible realizar comparaciones y contrastes entre los trabajos ya existentes sobre los mismos y los resultados obtenidos en esta investigación. Esto permitió comprender más a fondo la situación actual de la enfermería en Yucatán en comparación con el resto de México y otros países e hipotetizar sobre los motivos de las diferencias y similitudes encontradas.

En cuanto a sus aplicaciones prácticas, el estudio de los factores psicosociales y sus afectaciones en la calidad de vida laboral proporciona una retroalimentación acerca de los procesos que determinan el comportamiento de los profesionales en enfermería, permitiendo introducir cambios planificados tanto en las actitudes y conductas de los mismos, como en la estructura organizacional en la que se encuentran. Es decir que, mediante los resultados obtenidos, se podrán detectar áreas de mejora de las condiciones laborales y la disminución de las afectaciones psicosociales en los trabajadores.

Por otra parte, es importante recalcar que la finalidad de implementar estrategias orientadas a favorecer los niveles de calidad de vida laboral, con consecuencias positivas en el fortalecimiento de esta profesión, se encuentra también alineada al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND, 2013) y a la Agenda para el Desarrollo Sostenible de la Organización de las Naciones Unidas al 2030 (ONU, 2015), en sus objetivos referentes a la salud y a la equidad de género. Cabe hacer mención que este proyecto contó con la participación activa de México mediante la presentación de propuestas para incorporar los principios de igualdad, inclusión social y económica y la instalación de grupos de trabajo para el cumplimiento de la misma en México, por lo que contar con más y mejor información sobre estas temáticas, resultaría enriquecedor para el logro de sus objetivos.

Capítulo II

Marco conceptual

La enfermería

Recorrido histórico.

Como afirma Gracia, la profesión es una creación humana e histórica que surge frente a los hechos naturales, por lo que la única manera de conocerla es a través de la historia misma (Gracia, 1992). Es por esto que el realizar un análisis histórico de la enfermería como una profesión, es imprescindible para poder comprender los motivos que la han llevado a ser lo que es hoy en día y tener conciencia del rol que juega dentro de la sociedad actual.

En sociología, el concepto de profesión suele definirse utilizando como referencia el requerimiento que la sociedad hace de un grupo ocupacional que cubra una necesidad concreta, por lo que la sociedad y no el profesional en sí, determina qué y cómo debe ser un profesional. A este respecto, Max Weber (Alexander, 1992) describe las ocupaciones según dos tipos: las negativamente privilegiadas y las positivamente privilegiadas, ligándose las primeras con las artes serviles y el trabajo manual y mecánico y las segundas con las artes liberales relacionadas con el carácter intelectual del ejercicio profesional. Por el tipo de actividades que se realizan dentro del campo de la enfermería, se le ha encasillado de forma tradicional dentro de las artes serviles, al considerarse que sus intervenciones son mecánicas y sin el requerimiento de un proceso intelectual más profundo, sino más bien, obediencia y disciplina para seguir instrucciones y para la aplicación de sus conocimientos técnicos.

La comprensión de los factores que han dado lugar a la percepción social y laboral de la enfermería a lo largo de la historia, ha sido un tema que ha despertado el interés de numerosos autores (Molina, 1961; Sánchez, 2002; Castrillón, 1997; Collière 1982; Eseverri, 1984 y Siles, 1999, entre otros).

Este interés se hace más notable a partir de los años 60, cuando los cambios científicos, sociales y culturales dieron lugar a que se acrecentara la necesidad de contar, por un lado, con profesionales de la salud mejor preparados y por otro, con un

entorno social y laboral que permitiera la inclusión equitativa de las mujeres en cualquier campo.

De igual manera, en México se han realizado diversas investigaciones referentes al recorrido histórico de la enfermería en este país, denotando no solamente la evolución del ejercicio y de la profesión como un cuerpo de conocimientos, sino entendiendo el contexto social y los diversos acontecimientos que la han marcado. Algunos ejemplos de estos trabajos son los de Frank y Elizondo (1961); Martínez, Latapí, Hernández y Rodríguez (1985); Ávila (1986); Braudel (1991) y González, Rubio y Solórzano (2012).

Para efectos de la presente investigación, siguiendo una perspectiva que resalte los hechos que dieron lugar a la profesionalización de la enfermería como ciencia y a la vez, la han encauzado a ser una profesión feminizada, se analizará su historia mediante las etapas de profesionalización de Wilensky (1964), destacándose el proceso que se ha dado lugar en México y de manera específica en Yucatán.

Primera etapa: Surgimiento de la necesidad social.

La esencia original de la enfermería es el cuidado, actividad que ha existido a lo largo de la historia de la humanidad, al haber existido siempre personas con deficiencias para valerse por sí mismas y por tanto, personas que cuidan de ellas, especialmente en momentos de la historia que denotan una mayor necesidad social debido a fenómenos como epidemias, pestes y guerras, tal como sucedió en el Medievo, periodo en el que la Iglesia sale de los monasterios para cristianizar Europa, incorporando laicos que apoyaron, entre otras cosas, en la atención de enfermos en sus propios domicilios, otorgándoles una figura de “expertos”, según se afirmó en *officiis ordinis praedicatorum*, en donde se define al enfermero y su campo de acción, así como las cualidades que debe poseer y los conocimientos sobre los remedios terapéuticos especializados para la atención de los enfermos (Frank & Elizondo, 1961).

Debido a este hecho, en esta etapa, el cristianismo tuvo importantes repercusiones en la cultura sanitaria y la formación de la enfermería, al promover reflexiones sobre el sentimiento de ayuda al enfermo como un deber religioso, la igualdad y no distinción entre los pacientes, la incorporación del consuelo, la asistencia

gratuita y la paciencia y valoración moral para sobrellevar el dolor. Esto además llevó a que las personas que se dedicaran al cuidado de los enfermos fueran principalmente las vírgenes, las matronas, las viudas y la comunidad cristiana, todos con un sentido de vocación que les impulsaba a cuidar (Siles, 2004).

Bajo tales condiciones, en esta etapa surgieron los primeros reglamentos de hospitales, que, aunque describían todo lo que un enfermero debía realizar en su labor dentro del hospital, variaban dependiendo de su tipo y su mercado, es decir, que en los hospitales de mayor nivel económico era en los que los enfermeros podían desarrollarse de forma más independiente, teniendo autorización para realizar un mayor número de tareas sin necesidad de recibir las instrucciones de un médico. Sin embargo, a finales del siglo XVIII, la asistencia de los enfermeros en general fue restringida a seguir instrucciones y apoyar a los médicos. Posteriormente en los siglos XIX y XX se reflexionó acerca del rol que la enfermería debiera ocupar, dejándoles a los médicos la conservación de la vida y enfocándose más a la calidad de la misma, para lo cual se entrelazaron conocimientos de la medicina, la psicología y la sociología, configurando con esto la ciencia enfermera ya enfocada al máximo bienestar de los individuos (Arratia, 2005).

En esta época sobresale la labor de Nightingale (1990), cuyo trabajo fue pionero y determinante para el desarrollo de esta profesión, considerándola como “una vocación que requiere sujetos aptos e inteligentes a los cuales hay que remunerar por la calidad de su servicio” (Comelles, 1992, pág. 35), situación que dio lugar a que se publicara el primer modelo conceptual de enfermería en 1952 y que esta comenzara a estructurar su propia identidad (Marriner, 1994) .

Segunda etapa: Creación de escuelas para el adiestramiento.

De acuerdo con García y Hernández (1993) entre los siglos XV y XVII, la asistencia prestada en los hospitales tuvo un significativo avance debido a que la monarquía comenzó a otorgar una mayor atención a la salud de los individuos, lo que llevó a un incremento en el número de hospitales y a la regulación interna de los mismos. Esta situación dio origen a que, en España, en 1617 se publicara el primer manual sobre la labor de enfermería, estableciéndose con esto las bases para su

desarrollo en dicho país, ya que consideraba, no solamente los conocimientos propios de la profesión, sino también la relación con las demás profesiones con las que interactuaba, como la medicina.

Posteriormente, esta formación y conjunto de reglamentaciones y conocimientos, fueron traídos a México tras la colonización. Su atención y vigilancia estuvo a cargo del Tribunal de Protomedicato, establecida por los Reyes de España. En el año de 1831 se publicó “La Ley de cesación del tribunal del Protomedicato y la creación de la Facultad Médica del Distrito Federal” con funciones suficientemente amplias para tratar de regular a los profesionales de la salud y otorgar los títulos correspondientes (García & Hernández, 1993).

En ese entonces, las parteras tenían un lugar social distinguido, por ser de las escasas profesiones en las que la mujer recibía una instrucción formal y por ser una práctica no enfocada al lucro, ubicándolas dentro del personal “científico” o del “administrativo” con un salario tres veces mayor al de las enfermeras, al ser ubicadas estas últimas, en la mayoría de las ordenanzas, dentro de la categoría de “sirvientas”. Sin embargo, aunque la partera tenía una situación social superior a la de la enfermera, se encontraba en condiciones desfavorables en relación al médico y a los requerimientos de la sociedad, ya que sus funciones se limitaban a la atención de mujeres en periodo de gestación y, al desaparecer las órdenes de religiosas que se encargaban del cuidado de los enfermos, se generó la necesidad de formar profesionales que cubrieran esta deficiencia (Torres & Zambrano, 2010).

Esta necesidad de contar con personal con conocimientos profesionales sobre el cuidado de la salud, llevó a una reestructura del modelo de enfermería, iniciándose en 1896 la capacitación de algunas mujeres en el Hospital de San Andrés, con ayuda de enfermeras alemanas que fueron traídas a México como capacitadoras y, posteriormente, en el Hospital General de México en 1905 se inició con la preparación formal y técnica de las primeras enfermeras, dando lugar a que en 1907 se inaugurara la primera escuela formal de enfermería (González, Rubio, & Solórzano, 2012). En 1911 esta escuela se trasladó a la Universidad Nacional de México como parte de la escuela de medicina. En 1945 se independizó de la escuela de medicina dando origen

a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, en donde se establecieron los requisitos para el estudio de la carrera, teniendo un reconocimiento moral educativo y de validez técnica (Amaro, 2004).

En esa época se detectaron diversas necesidades que no estaban siendo cubiertas, como las de administración en las instituciones de enseñanza; de adiestramiento del personal; ampliación de los servicios de salud pública y de atención en los hospitales de especialización. Esto propició que se iniciaran los primeros cursos de especialización, siendo el primero el de pediatría en el año de 1941, posteriormente el curso de anestesiología en 1945, enfermería sanitaria en 1949, psiquiatría, educación y hematología en 1952, administración para jefes de servicio en 1953 y enfermería quirúrgica en 1956. Estos cursos de especialidad generaron una nueva imagen profesional de la enfermería en México, despertando el interés por crear más centros escolares para su profesionalización y estandarización (Torres & Zambrano, 2010).

Tercera etapa: Construcción de la asociación profesional.

En México, existen diversas asociaciones de profesionales en enfermería, siendo la principal El Colegio Nacional de Enfermeras de México, que es un organismo civil, con personalidad jurídica y moral, que agrupa a estos profesionales a nivel nacional y representa a esta comunidad en el ámbito internacional. Desde 1961, es miembro del Consejo Internacional de Enfermería con sede en Ginebra, Suiza, el cual está integrado por 125 países. En 1993, se integró como miembro de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería de la fundación Iberoamericana de Enfermería FEPPEN-FIDE conformado por 20 asociaciones de países latinoamericanos. También es miembro del Foro Nacional de Colegios de Profesionistas Federación General.

De igual manera, existen otras asociaciones de profesionales en enfermería segmentadas por especialización, como es el caso de la Asociación Mexicana de Enfermeras Especializadas en Medicina Crítica y Terapia Intensiva, A.C. (AMEEMCTI) o la Asociación Mexicana de Enfermería en Urgencias, A.C. (AMEU) y el Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería, A.C. (COMCE) que es un organismo auxiliar de la Secretaría de Educación Pública y que desde 2006 ha sido

responsable de certificar los conocimientos, experiencia y desempeño ético de los profesionales de enfermería en México.

Mediante estas acciones, los profesionales en enfermería han buscado defender sus derechos y promover su bienestar profesional, formalizando los extensos vínculos naturales existentes entre los que realizan el mismo trabajo y una importancia social innegable, en cuanto servicio a la comunidad, que tiene como consecuencia generalmente el reconocimiento de carácter público.

Cuarta etapa: Reglamentación, institucionalización y reconocimiento de la profesión.

Toda profesión pretende tener responsabilidad única sobre algún aspecto del bien público por lo que es esencial que se defina el "territorio profesional" en el que su campo de acción tendrá lugar. El desarrollo de una profesión debe basarse en dicho reconocimiento público, ya que ella está determinada por los requerimientos de la sociedad. Este reconocimiento social debe complementarse con legislaciones que permitan delimitar sus competencias y responsabilidades, así como una regulación del ejercicio profesional mediante legislaciones laborales específicas (Elliot, 1975)

En México, fueron diversos los hechos que dieron lugar a la individualización, institucionalización y reconocimiento de la enfermería como profesión, siendo algunos de los más destacables los siguientes:

- La reapertura de la Universidad Nacional de México en 1910, cuando Justo Sierra promovió la Reforma Integral de la Educación Mexicana, favoreciendo la ampliación de la enseñanza y la investigación científica para contribuir al desarrollo nacional.
- La integración en 1911 de la enseñanza de la enfermería a la Escuela de Medicina en las propias instalaciones de ésta.
- La fundación de la Escuela para Enfermeras del Ejército, durante el mandato del presidente Lázaro Cárdenas. Esta les daba la oportunidad de que al concluir sus estudios las alumnas recibieran título de enfermera y grado de subteniente del Ejército Mexicano.

- El proceso de integración de programas de servicio social en las universidades que incluía el internado de estudiantes de enfermería de 24 horas del día en el hospital, que posteriormente en 1942 se redujo a 12 horas.

Otros hechos sobresalientes fueron la creación, en 1935, del nivel técnico de la enfermería con duración de tres años de estudios, que también fue requisito para cursar la carrera de partera y la independización en 1948 de la Escuela de Enfermería de la de Medicina, cuando se determinó que la enfermera debía tener título y cédula profesional para ejercer. Esto dio inicio a un movimiento de crecimiento a partir de que sus directores tuvieron la responsabilidad y las atribuciones que les confiere la legislación universitaria para promover su desarrollo (Amaro, 2004).

Aunque éstos fueron logros impulsados por la Escuela Nacional de Medicina y con base en las necesidades del grupo médico, al asumir el Estado la responsabilidad de la atención de la salud, se definieron políticas que modificaron el modelo de la práctica médica y por ende la educación en enfermería, contribuyendo a perfilar la profesión hacia su despegue a un alto nivel, haciendo posible que las enfermeras asumieran, en algunas escuelas, la dirección y organización del propio modelo educativo.

El paso efectivo hacia la institucionalización de la enfermería conllevó no sólo el reconocimiento legal con la aprobación de los planes de estudio, sino también con el despliegue de la misma a nivel práctico. Este reconocimiento social y legal de la enfermería, pudo finalmente verse consolidado en dos hechos, en 1947 cuando se fundó la Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en 1963 cuando se creó el Centro Médico Nacional. Este centro fue concebido como el mejor hospital del país, en donde se inició la contratación del personal de enfermería procedente de diversas instituciones, aportando a la enfermería de aquella época los conocimientos de una variedad de instituciones que surtieron el efecto de una transformación de la imagen que entonces existía de la enfermera institucional (Amaro, 2004; Torres & Zambrano, 2010).

La regulación legal de la enfermería se ha contemplado de manera implícita, desde ese entonces, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que

es el cuerpo normativo de más alto rango, en su artículo cuarto, que establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. De este artículo se deriva la Ley General de Salud, que es el ordenamiento jurídico donde se consagra el derecho a la salud. Esta ley establece los mecanismos, condiciones, modalidades en que se realizarán y desempeñarán los servicios de salud y como cualquier otra, cuenta con reglamentos para operarla, y en ellos queda incluida la prestación de los servicios de enfermería. Sin embargo, la práctica de enfermería, en el sentido amplio de la palabra, tiene que ver con todo el resto de las materias legales, como son el aspecto penal, educativo, laboral, y administrativo cuya regulación está considerada en el resto de la legislación aplicable (Secretaría de Salud, 2007).

Quinta etapa: Adopción del código de ética.

La elaboración de un código de ética es una de las características más importantes de una profesión y constituye en sí mismo un mecanismo de autocontrol profesional, al mismo tiempo indica la aceptación por parte de la profesión de la responsabilidad y la confianza que en ella ha depositado la sociedad. En este sentido el profesional de enfermería tiene una sólida formación basada en fundamentos técnicos científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional, identificándolos con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad y justicia e igualdad.

Es por esto que, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), al que la Asociación Mexicana de Enfermería ha pertenecido desde 1961, adoptó por primera vez un código internacional de ética para enfermeras en 1953; buscando despertar la conciencia del profesionista para que el ejercicio profesional de enfermería se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones (CONAMED, 2002).

En este código se le confiere a la enfermería cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento,

siendo inherentes el respeto de los derechos humanos, incluido el derecho a la vida, a la dignidad y a ser tratado con respeto. De igual manera este código está basado en la confianza que el profesional en enfermería merece al público, confiriéndole a ésta un mayor reconocimiento, autoridad y credibilidad (CONAMED, 2002).

Este análisis permite apreciar que, aunque en sus inicios la formación académica de la enfermería fue incierta y empírica, sin sustento teórico sólido y con un aprendizaje basado en las necesidades del grupo médico, en la actualidad es una profesión consolidada, con todo un cuerpo de conocimientos establecidos y validados que la respaldan. Estos conocimientos están sustentados en su propia evolución histórica, y responden a los cambios sociales, económicos y epidemiológicos acordes a las innovaciones tecnológicas y a los procesos de globalización y universalidad del conocimiento científico.

De igual manera, en este análisis y revisión de la literatura, es posible observar la existencia de diversas características vinculadas al ser mujer que han influenciado socioculturalmente en la identidad y el desarrollo de la enfermería como profesión y por tanto en las cualidades exigidas a quienes la ejercen. Esta situación pudiera ser tanto positiva como negativa en el desarrollo de esta profesión, ya que se ha visto restringida por el género, afectando en la toma de decisiones, el ingreso recibido, la valoración social y la autonomía, pero a la vez, el conocimiento de estos estereotipos permite a la profesión facilitar el posicionamiento y las herramientas necesarias para enfrentarse a ellos; con lo cual la enfermera ha conseguido empoderarse gradualmente de espacios en los que se desempeña, destacándose por su preparación y luchando por su autonomía.

Características y funciones principales.

La enfermería moderna abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias, comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal (OMS, 2015). Sus funciones esenciales son la defensa, el fomento de un entorno

seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación (CIE, 2015).

El desarrollo de las teorías en enfermería ha dado lugar a que sus funciones y condiciones fueran modificadas sustancialmente, tanto en la definición de sus competencias, como en su cuerpo de conocimientos. Cambios que han acentuado la relevancia e implicaciones de su trabajo, no solamente en los pacientes, sino también en las instituciones de salud, en la misma profesión y en los sujetos que la ejercen. Por citar algunos ejemplos, en los pacientes, se puede minimizar la estancia hospitalaria y evitar que se incurra en gastos innecesarios; para la organización reeditúa en el incremento de la satisfacción del cliente, en el fortalecimiento de la imagen institucional, en el aumento de la productividad, eficiencia y eficacia de la organización en general, en la disminución del riesgo de ser demandados y en el control de costos por la prevención de errores; para los profesionales en enfermería el cuidado adecuado potencia la capacidad de decisión y autocontrol sobre el trabajo, aumenta el compromiso y una proyección positiva y fortalece el sentido de identidad y de satisfacción profesional (García, 1998).

El Consejo Internacional de Enfermería como la más antigua organización profesional internacional, ha clasificado las funciones fundamentales de la enfermería en cuatro áreas: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, restauración de la salud y alivio del sufrimiento. De este modo, las intervenciones de enfermería se pueden clasificar principalmente en cuatro categorías, considerando las necesidades del paciente: cuidado, competencia, servicios de información y asistencia jurídica y, por último, conexión (Kelly & Joel, 1999).

El objetivo del cuidado debe ser promover el proceso de aprendizaje que permita al paciente ser activo en su rehabilitación o promoción de su propia salud, mediante cambios en sus hábitos o transformando las condiciones ambientales que le afectan. Esto implica la participación activa en la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, mediante medidas preventivas para evitar la aparición de la enfermedad, su progresión o prevención de secuelas asegurando la continuidad del cuidado. Estos profesionales, deben estar abiertos a las percepciones y preocupaciones

del paciente y su familia, ser moralmente responsable, estar dedicado como profesional y permanecer dispuesto para escuchar, dialogar y responder en situaciones holísticas complejas. Además, su labor debe estar basada siempre en la evidencia empírica existente (Zabalegui, 2003).

Para poder ser capaces de lograr esto, los profesionales en enfermería deben ser técnicamente competentes, científicamente conocedores, prácticamente responsables y emocionalmente capaces de afrontar las situaciones de crisis en el cuidado de la salud; así mismo deben ser competentes en habilidades de comunicación y tener la capacidad de explicar la fundamentación empírica y filosófica de sus acciones en relación con el cuidado del paciente, ser capaces de controlar las situaciones del paciente, con actividades y con el manejo de sus propias emociones, conocer qué es lo mejor para el paciente, responder a las necesidades del mismo y enfatizar y apoyar la contribución del paciente y la familia al cuidado y a la adaptación (Zabalegui, 2003).

Características del hospital participante y de las unidades laborales en las que se encuentra dividido el departamento de enfermería

El hospital en el que se llevó a cabo la presente investigación es una institución privada situada en la ciudad de Mérida, Yucatán. A lo largo de casi cuatro décadas de servicio, ha sido reconocido en la península yucateca como un centro hospitalario de excelencia, con instalaciones y equipos de diagnóstico de primer nivel, así como con profesionales de la salud competentes para atender las necesidades de los pacientes.

En la actualidad, el departamento de enfermería se encuentra dividido en las siguientes unidades médicas:

Unidad de hospitalización: Su función principal es dar atención de manera integral a los pacientes durante el periodo que permanezcan internados. El equipo de atención está conformado por enfermería, médicos especialistas, camilleros, intendencia y mantenimiento.

Unidad de cuidados intensivos para pacientes adultos: Es el área del hospital, donde se concentran la tecnología y el personal especializado en la atención del paciente en estado crítico, se entiende como "crítico" al riesgo que tiene para la vida, debido a la descompensación o descontrol de algún padecimiento crónico o agudizado,

o el inicio de alguna patología con característica de ser reversible, es decir, que existan posibilidades de recuperación y no se trate de la etapa final de una enfermedad. Los pacientes en esta unidad requieren de vigilancia continua de signos vitales a través de monitor electrocardiográfico con mediciones de constantes vitales invasivos y no invasivos, y constantemente de respirador volumétrico y previsión para traslado a otras áreas del hospital, bombas de infusión, sistema de calentamiento para prevención de hipotermia y sistema de compresión venosa intermitente.

Unidad de cuidados intensivos para pacientes pediátricos: Esta área brinda atención a los niños desde 30 días hasta los 15 años de edad. Ingresan a esta unidad aquellos pacientes que requieren de cuidados especiales continuos, que cursan con inestabilidad de uno o más órganos o bien aquellos que requieran vigilancia por alguna enfermedad que potencialmente tengan el riesgo de evolucionar hacia alguna complicación. El equipo médico está integrado por especialistas en medicina crítica, infectología, nutrición, gastroenterología y personal de enfermería.

Unidades de urgencias pediátricas y de urgencias adultos: Estas unidades se especializan en la asistencia multidisciplinaria para atender a la urgencia y la emergencia de los pacientes pediátricos y adultos, es decir problemas de salud de causa diversa y gravedad variable de aparición fortuita (imprevista o inesperada) y que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano. En estas unidades se presta atención médica inmediata las 24 horas del día.

Neonatología: Es la unidad especializada en la atención de los recién nacidos tanto sanos como enfermos, desde el momento en que nacen hasta los 30 días de vida. Diseñado con 3 áreas destinadas a la atención del recién nacido que son cunero fisiológico (área en la cual se ubican los niños sanos), cuidados intensivos (con recién nacidos que presentan un estado crítico, con patologías potencialmente reversibles y que ponen en riesgo su vida) y cuidados intermedios (donde se ubican a los recién nacidos que han salido de una situación crítica pero que aún requieren una estrecha vigilancia).

Cámara hiperbárica: Esta unidad se especializa en aquellos pacientes que requieren respirar oxígeno al 100% en forma continua o intermitente por mascarilla o

un tubo endotraqueal. Los principales padecimientos que la requieren son infecciones severas, problemas de cicatrización (pie diabético, problemas post-radiación), trauma agudo (incluyendo quemaduras) y diversas patologías que tienen en común una hipoxia aguda o crónica (lesiones neurológicas o problemas por intoxicaciones). En promedio las sesiones son de 90 y 120 minutos.

Quirúrgica: Unidad diseñada para prestar servicios a diferentes especialidades, cuenta con equipo electro médico y personal que provee servicios y atención en los diferentes departamentos. Está integrada por cinco departamentos que son: programación quirúrgica, recuperación (para la atención pre y pos-operatoria para el monitoreo continuo del paciente), quirófano o salas, central de equipos y esterilización y labor.

Es importante señalar que la administración del hospital estudiado, aclaró que el personal de enfermería que labora en las unidades de cuidados intensivos para pacientes pediátricos y de urgencias pediátricas es el mismo; de igual manera, comparten al mismo grupo de profesionales en enfermería las unidades de intensivos para pacientes adultos y de urgencias para adultos.

En todas las unidades, por la naturaleza de profesión, se comparte la condición del trabajo por turnos, la cual se presupone como un factor de estrés y, a menudo, como el origen de trastorno del sueño y de sus consecuencias. Sin embargo, como puede observarse, la labor que se realiza en cada unidad es diversa, ya que en algunas por el tipo de actividades se tiene más o menos flexibilidad para ordenar temporalmente los procesos o las tareas que pueden hacer y administrar las pautas, por lo que puede aprovechar estas circunstancias y distribuir y ordenar sus tareas de la manera que le sea más ventajosa o más fácil realizarlas.

Así mismo, dependiendo de la unidad puede haber una demanda excesiva, hablando en términos de cantidad de trabajo o de una demanda relacionada con la calidad del mismo, cuando éste es dificultoso o de mucha responsabilidad. A este respecto, es importante considerar que la carga cuantitativa de trabajo es equiparable al estrés cotidiano del que se quejan muchas personas y equivale a estar fatigado de trabajo y que la sobrecarga cualitativa es más subjetiva de evaluar y si no está

reglamentada, implica juicios de valor acerca de lo que alguien está capacitado o no para asumir las exigencias del trabajo.

Aunado a esto, en las unidades es variable el nivel de criticidad y urgencia en los pacientes, de tiempos o momentos en los que se requiere de la atención fija por parte del profesional en enfermería, de la aplicación y uso de técnicas especializadas, de adaptación al uso de nuevas tecnologías y cambios en los procedimientos, de contacto con los familiares (dolor, sufrimiento o alegría), entre otras situaciones por las que se podría esperar que los niveles de prevalencia de los factores psicosociales sean desiguales entre dichas unidades.

Teoría de la conservación de los recursos

La teoría de la conservación de los recursos (Hobfoll, 1998), inició como una propuesta para tratar de explicar las reacciones de afrontamiento del estrés. Esta formulación está centrada en los factores cognitivos y ambientales asociados con los recursos y definiéndolos como “aquellos objetos, características personales, condiciones o energías que son valoradas por los individuos en sí mismos o que sirven para conseguir o mantener los objetos, características personales o energías que el trabajador valora” (p. 339), es por esto que tiende un puente entre las teorías estrictamente cognitivas y las perspectivas ambientalistas, y proporciona una explicación sobre qué es lo que realmente siente amenazado el individuo en situaciones de estrés, de modo que la reacción sería conceptualizada estrictamente como la pérdida neta de recursos, la amenaza de pérdida inminente de recursos o el fracaso en la inversión de recursos para obtener un objetivo prefijado.

Hobfoll (2001) presenta una clasificación de los recursos que pueden verse implicados en el proceso, y presenta al individuo como un gestor de sus propios recursos, entendiendo que algunas reacciones de estrés que llevan al sujeto a la ansiedad o a la depresión son consecuencia de un ineficaz manejo del arsenal disponible. Según esta teoría, los recursos pueden ser potencialmente motivadores en sí mismos mediante la creación, el mantenimiento y la acumulación de recursos, aseverando que las personas intentan retener, proteger y construir recursos, y lo que resulta amenazante para ellos es la pérdida potencial o real de tales recursos o el fracaso

en la inversión de recursos para obtener un objetivo prefijado. Además, desde esta perspectiva se asume que la presencia de recursos puede generar lo que se denominan “espirales de ganancias” de recursos (Hobfoll, 2001) que se han encontrado en estudios previos (Llorens, Schaufeli, Bakker, & Salanova, 2004; Salanova, 2003; Salanova, Bresó, & Schaufeli, 2004).

El hecho de ganar recursos hace probablemente más fácil que se creen más recursos en un futuro, y se resguarden otros recursos que se consideran valiosos, con lo cual puede verse incrementada la motivación para crear más recursos, y al mismo tiempo el bienestar de los trabajadores (Hobfoll, 2001). De acuerdo con esto, aquellas personas que ganan recursos son más vulnerables a ganar más recursos, y por tanto, generar espirales positivas de recursos.

Hobfoll (2001, p. 337) propuso el principio básico de que “los individuos se esfuerzan para obtener, mantener, proteger y fomentar las cosas que valoran”. De este modo, afirma que las consecuencias negativas como el estrés y el agotamiento pueden ser resultado de una amenaza para esos recursos (por ejemplo, la percepción de la pérdida potencial de los medios financieros de uno) o la pérdida real de los recursos (por ejemplo, la pérdida de su casa), o la imposibilidad de obtener recursos significativos después de una inversión importante de recursos (por ejemplo, la pérdida de valor de la vivienda debido a la caída de los precios de las casas) (Halbesleben, 2006).

Hobfoll (2001) afirma que el aumento de los recursos o su sostenimiento pueden conducir a resultados positivos mentales, aunque esta relación puede no ser tan directa y mucho más compleja. Por ejemplo, las ganancias menores después de pérdidas sustanciales (por ejemplo, el desastre de un huracán) pueden tener un impacto mayor de lo que sería en ausencia de la pérdida.

El concepto de pérdida es central en esta teoría y desafía supuestos de modelos anteriores según los cuales, los cambios suponen una fuente intrínseca de estrés; esta teoría estima que determinados cambios pueden producir estrés en la medida en que suponen determinadas pérdidas significativas, pero no otros cambios cuyas dimensiones negativas (pérdidas) no son mayores que las positivas (ganancias). Por

ejemplo, la pérdida de un trabajo puede ser estresante, pero no es un hecho intrínsecamente estresante: lo será en la medida en que suponga pérdidas (seguridad, ingreso económico, logros profesionales) pero no lo será si no produce pérdidas o supone ganancias. Los cambios, las transiciones y los desafíos no son intrínsecamente estresantes o negativos. En el modelo situacional, se atribuía la capacidad de generar estrés a los acontecimientos según la dimensión de “indeseabilidad” que estimaban los sujetos: sin embargo, no quedaba claro qué se ocultaba tras ese concepto, Hobfoll (1998) postuló que la valoración positiva o negativa de un acontecimiento tenía que ver con la evaluación personal de las adquisiciones o pérdidas que tal acontecimiento proporcionaría al individuo que realizaba la valoración. Sólo las valoraciones negativas desencadenan factores negativos como estrés en la medida en que amenazan recursos apreciados.

Esta teoría también sugiere que, aunque la pérdida de recursos origine factores negativos, las personas utilizan otros recursos para compensar las pérdidas como mecanismo más adecuado y directo. Cuando el reemplazo directo no es posible, el reemplazo simbólico o a través de mecanismos indirectos puede ser posible: ante un decremento de la autoestima. Utilizar estrategias de afrontamiento es un mecanismo estresante en sí mismo ya que frente a una circunstancia estresante los individuos derrochan energía, los apoyos son utilizados y la autoestima está en riesgo. Si los recursos gastados en el afrontamiento son mayores que las ganancias obtenidas, la consecuencia del afrontamiento es probablemente negativa.

Las estrategias de afrontamiento pueden ser observadas desde la perspectiva de procesos de reemplazo, sustitución o inversión. El afrontamiento supone un procedimiento de reasignación de recursos que el individuo realiza para amortiguar una situación estresante. Tal procedimiento se realiza a través de mecanismos cuya racionalidad, eficiencia y efectividad son objeto de interés para la investigación.

Los individuos están motivados para ganar recursos, y esta motivación lleva a los sujetos a invertir sus recursos actuales con el objeto de enriquecer su capital total, tanto para protegerse de futuras pérdidas como para fortalecer su estatus actual. La teoría predice que cuando las inversiones no procuran buenos resultados, los individuos

los experimentan como pérdidas (o pérdida de las ganancias esperadas). La capacidad de inversión de recursos para la ganancia neta de nuevos recursos no está al alcance de todas las personas: aquellas cuyo arsenal de recursos se sustenta en la precariedad son especialmente vulnerables a pérdidas adicionales, de modo que una pérdida puede degenerar en una espiral de pérdidas, siendo incapaz el sujeto de movilizar recursos, de los que carece, para compensar tales pérdidas. Incluso su reasignación de los escasos recursos puede afectar negativamente.

A pesar de la complejidad en la interacción de los recursos que generan ganancia (positivos), los de mantenimiento y los que generan pérdida (negativos), esta teoría resulta un marco útil para categorizar los factores psicosociales y el impacto que se espera tengan en la calidad de vida laboral de los individuos.

Perspectiva de género

Durante las últimas décadas, las políticas mundiales sociales, de salud y otras, se han orientado en el logro de la equidad de género, en todos los ámbitos de la sociedad actual, incluyendo las oportunidades de educación, de acceso a la salud y de oportunidades en la esfera laboral. Esto obedece a que el problema de inequidad de género y exclusión de las mujeres, ha sido un obstáculo para el desarrollo de la nación, llevando al gobierno a verse obligado a asumir el compromiso de promover y desarrollar acciones orientadas a disminuir las brechas de género para alcanzar la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres a partir de la institucionalización de la perspectiva de género. Para dicho fin se necesita robustecer las profesiones que tengan una mayor participación de mujeres, disminuyendo estereotipos y abriendo nuevas oportunidades para una verdadera inclusión de las mismas en el campo laboral.

Un ejemplo de los esfuerzos que realiza el gobierno en México, es el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, el cual tiene como estrategia general elevar la productividad para llevar a México a su máximo potencial, promoviendo transversalmente, en todas las políticas públicas, tres estrategias entre las que está incluida la incorporación de la perspectiva de género (PND, 2013).

En Yucatán, como sucede en otros estados de la República, la desigualdad entre mujeres y hombres se encuentra en todas las esferas de la vida social y puede

observarse en diversos indicadores como los niveles de analfabetismo, de ocupación en empleos vulnerables y precarios, de intervención en espacios de toma de decisiones, y de acceso a la propiedad y la riqueza, y otras condiciones que se dan como consecuencia de las atribuciones socioculturales otorgadas a cada género.

En los datos del reporte global de brecha de género (PNUD, 2010), México se ubica en el lugar 91 de los 134 países en los que se llevó a cabo el estudio de la desigualdad entre hombres y mujeres, y con respecto a Latinoamérica ocupó el lugar 23 de 26. Aunque en la mayoría de las entidades que conforman este país, se aprecia un avance hacia la reducción de la desigualdad de género, en entidades como Yucatán, persiste un incremento si se analizan las variaciones entre los resultados de 2008 y 2012, en donde ocupa el lugar 29 de 32 (PNUD México, 2014).

Esta desigualdad tiene un alto costo social y económico, pues mientras las mujeres continúen en situaciones de inequidad en cuanto a oportunidades y recursos, no podrá haber un adecuado desarrollo para toda la población. Es por esto que el país y de manera transversal el estado, se han visto obligados a promover políticas activas que fortalezcan las capacidades técnicas y sustantivas de la administración pública que implementen las políticas de igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres en el marco de los derechos humanos.

La promoción de la perspectiva de género en las políticas e investigaciones permite despertar un punto de vista crítico y realizar una relectura del conocimiento disponible con el fin de identificar, analizar y documentar las formas de desigualdad por el hecho de poseer un determinado sexo. Con esto es posible reducir la ausencia y/o infrarrepresentación de las mujeres en las políticas e investigaciones del campo laboral, mediante la incorporación suficiente de variables y categorías de análisis relacionadas con el género (García, Jiménez, & Martínez, 2010). Esta perspectiva, se basa en la teoría de género, mediante la cual se trata de explicar las características, relaciones y comportamientos sociales de hombres y mujeres en sociedad, su origen y su evolución, destacando la existencia real del género femenino y masculino, sin dominio de uno sobre el otro, sin jerarquías y sin desigualdades, por lo que abre la

posibilidad de realizar un análisis con base en consideraciones que impactan tanto a hombres como a mujeres pero con resultados diferenciados (Camargo, 1999).

Siguiendo esto y considerando que las mujeres suelen estar en una posición de desventaja frente a la de los hombres en el campo laboral, el estudio de esta área se ha vuelto prioritario. En este sentido, es importante hacer énfasis en las necesidades y las perspectivas de las mujeres en los diversos contextos, denotando las diferencias psicosociales que pudieran existir y afectar de manera directa e indirecta en su productividad. Esta información pudiera, además, ser determinante al momento de diseñar estrategias de prevención e intervención, tanto en los profesionistas laboralmente activos como en los que se encuentran en proceso de formación, proporcionándoles más y mejores herramientas para afrontar las tareas propias de sus puestos y, por otra parte, promoviendo estrategias focalizadas en la construcción de un entorno laboral óptimo.

La perspectiva de género en enfermería.

El papel que desempeña la mujer socialmente se ha determinado de manera histórica por las tradiciones socioculturales, a través de las cuales se le ha impuesto un rol de subordinación y obediencia, limitándola a servir a otros en los distintos contextos. Esta situación puede observarse desde la infancia temprana con la tipificación genérica de los juegos, en donde el papel de las niñas se enfoca al cuidado de la familia y de sí mismas, así como en la educación, en donde se marcan patrones que garantizarán la continuidad de comportamientos esperados. La educación de la mujer va de acuerdo con sus supuestas características biológicas, dando énfasis a la estética, el cuidado y la obediencia y no tanto la racionalidad, situación que, aunada a la inferioridad anatómica ante el hombre, la ha sometido a una dependencia que gira en torno a la maternidad.

Lo anterior puede ilustrarse en un sentido amplio, si se analiza la profesión de enfermería y el papel que ha jugado dentro de las instituciones hospitalarias y en general, la manera como es percibida dentro de la sociedad. Si bien la enfermería es una ciencia humanista y social, que como tal requiere de metodología, estudio y conocimiento científico, ha sido una labor que tradicionalmente se ha conferido a las

mujeres por ser, de cierta manera una continuación de los trabajos que realizan en el hogar, no solamente en lo que se refiere a los aspectos instrumentales o técnicos requeridos para un adecuado cuidado de las personas y para procurar su bienestar y buen estado de salud, sino también en las actitudes afectivas y empáticas que caracterizan a esta profesión (Bello, 2006).

Aunque en la actualidad el área de enfermería en los hospitales se ha individualizado y ha tenido distinción y relevancia por sí misma, sigue teniendo en gran medida las características de la obediencia principalmente hacia los médicos, que han sido tradicionalmente hombres en su gran mayoría. Si se considera además, que en México los puestos administrativos altos se encuentran también ocupados mayoritariamente por hombres, en donde las mujeres solamente tienen una participación, en consejos de administración, menor al 7 por ciento de todos los puestos registrados, entonces dichas características que pudieran agruparse como de obediencia, se vuelven aún más necesarias y evidentes en este tipo de profesiones (Deloitte Touche Tohmatsu Limited, 2015).

En la literatura existente, se encontraron artículos sobre investigaciones llevadas a cabo en México, en los que se diserta la relación entre género, enfermería y diversas temáticas, algunos ejemplos de ellos son el de Cárdenas, Velasco y Fabela (2012), cuyo objetivo fue identificar el desempeño profesional del personal de enfermería de Toluca, a partir de su condición de género femenino; este se realizó mediante un abordaje cualitativo y sus resultados denotaron una relación entre el género y la falta de reconocimiento laboral y estatus profesional.

Por su parte, Barragán, Hernández y Peralta (2013), realizaron un análisis literario acerca del género en enfermería, enfocado en el análisis del carácter feminizado de la misma dentro de una sociedad androcéntrica dominante; sus conclusiones denotaron que las características de género han vuelto a la enfermería una profesión indispensable dentro del sistema de salud, pero a la vez ha obstaculizado su avance. Alatorre (2007), aborda la limitada participación de las mujeres en la actividad científica, destacando la importancia del enfoque de género en las investigaciones realizadas por los profesionales en enfermería y propone el impulso de políticas de

diferenciación en las universidades y centros de investigación. Cano-Caballero (2004) reconoce, mediante un análisis histórico, que la enfermería como profesión aún no ha sido bien definida, afectando en la percepción social de la misma.

Calidad de vida laboral

Los cambios económicos, políticos y tecnológicos, especialmente en los últimos 30 años, han repercutido de manera directa sobre los procesos laborales y el diseño del trabajo, originando factores psicosociales que deterioran la salud de los trabajadores y afectan su desempeño, su salud y de manera conjunta, su calidad de vida laboral. Es por esto que los estudios e investigaciones sobre este tema, han adquirido mayor importancia buscando legitimar el derecho a la protección del trabajo, particularmente sus efectos en un mejoramiento cualitativo de las condiciones psicosociales relacionadas con los aspectos laborales del personal empleado en la producción y los servicios. El propósito principal de estudiar la calidad de vida es detectar áreas de mejora de las condiciones laborales tales como el diseño de puestos, mayor seguridad en el entorno laboral, incrementar la eficiencia, mayor conocimiento y satisfacción de las necesidades y demandas de sus miembros, así como disminuir las afectaciones psicosociales en los trabajadores (Segurado & Agulló, 2002).

La calidad de vida laboral puede definirse como “El sentimiento de bienestar que se deriva del equilibrio que el individuo percibe entre las demandas o cargas de la profesión y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) de que dispone para afrontar estas demandas” (Clúa & Aguilar, 1998, p.36). Así como, la percepción que tienen los empleados de las condiciones de trabajo, del ambiente laboral, y de la concordancia entre la vida laboral, familiar y personal (Espinoza & Morris, 2002).

La calidad de vida laboral depende de diversos factores personales como la edad, el sexo e incluso la personalidad y familiares como el estado civil y el apoyo familiar y aspectos estrictamente laborales como la retribución y la carrera profesional e incluso los tipos de gestión (Cabezas, 2000; Garrido, et.al, 2010).

Según Cabezas (1998), la calidad de vida laboral se relaciona con el balance entre las demandas del trabajo y la capacidad percibida para afrontarlas, de manera que a lo largo de la vida se consiga un desarrollo óptimo en las esferas profesional, familiar

y personal. En definitiva, los aspectos asociados con la calidad de vida laboral agrupan los diferentes factores capaces de generar fuentes adecuadas de gratificación y satisfacción en el quehacer profesional. Ahora bien, en las organizaciones sanitarias, la calidad de vida laboral es un objetivo en sí mismo y, a su vez, un elemento imprescindible para la consecución de objetivos institucionales y personales (Miñarro, Verdú, Larraínzar, & Molinos, 2002; Newman & Taylor, 2002).

Respecto de las dimensiones de la calidad de vida laboral, no todos los autores coinciden, sin embargo, la mayoría concuerda en organizar sus indicadores en tres grandes grupos: cargas o demandas en el trabajo que se refiere a la percepción que el trabajador tiene de las demandas del puesto de trabajo, motivación intrínseca que es aquella que se da por factores internos, y apoyo directivo refiriéndose al soporte emocional que brindan los directivos a las personas que trabajan con él (Fernández, Santa, & Casado, 2007).

El modelo de Stamm (2010), elegido para el presente trabajo, fue diseñado esencialmente para medir la calidad de vida laboral en individuos que desempeñan trabajos en los que se brinda apoyo y auxilio a otros, como es el caso de la enfermería. Por este motivo, en el modelo se incorporan dos aspectos centrales, que de acuerdo con su teoría, son generalizables en este tipo de labor: el positivo que es la satisfacción por compasión y el negativo que es la fatiga por compasión. A su vez, la fatiga por compasión se subdivide en dos partes, la primera es el síndrome de quemado con sus características típicas como frustración, ira y agotamiento y el estrés por trauma secundario que es un sentimiento que deriva del miedo y del trauma indirecto relacionado con el trabajo. Con base en esto, la calidad de vida laboral puede ser descrita a partir de dichos factores psicosociales, sobre los cuales se profundiza a continuación:

Satisfacción por compasión.

Este componente, se define como el placer que deriva de la capacidad de realizar el trabajo de forma adecuada. Este sentimiento positivo acerca de los colegas y/o de su propia capacidad para contribuir con los demás, puede llevar a realizar

acciones que mejoren su puesto laboral e incluso realizar acciones que promuevan el bienestar social.

Los índices altos de este factor se relacionan con la eficacia y la efectividad en la realización de funciones, además de favorecer la calidad de vida laboral y el compromiso con el trabajo realizado y con la institución en la que se labora. Por el contrario, los índices bajos se relacionan con la depresión y con una disminución en la capacidad de resolución de problemas y de sobrellevar situaciones estresantes (Stamm, 2010).

Así mismo, para entender mejor la satisfacción por compasión, es importante considerar su estrecha relación con la empatía, y, a la vez, la relación entre esta última y el género. Hoffman (1977) afirmó que de acuerdo con el estereotipo cultural, la empatía, definida como la respuesta afectiva vicaria a los sentimientos de otra persona, es más relevante en las mujeres que en los varones, de igual manera sugiere que las mujeres tienen una tendencia mayor a imaginarse en el lugar del otro individuo, mientras que los varones tienden más a acciones instrumentales, es por esto que considera que la empatía en las mujeres puede estar relacionada con una orientación afectiva prosocial que incluye la tendencia a experimentar culpa por el daño a otros.

Si bien, no se encontraron estudios que relacionen directamente la satisfacción por compasión con el género, podría esperarse que sea parte de la orientación afectiva prosocial con la que se relaciona la empatía, motivo por el cual se espera que la primera sea también más notable en el género femenino.

Estrés por trauma secundario.

Se ha reconocido ampliamente que la exposición indirecta a situaciones traumáticas involucra un riesgo inherente de cambios conductuales, emocionales, cognitivos en los profesionales de la salud. A este fenómeno se le conoce como traumatización vicaria, estrés traumático secundario, fatiga compasional o estrés por trauma secundario y se reconoce como un riesgo de trabajo en enfermería en países desarrollados (Adams, Frigley, & Boscarino, 2008).

Desde los años noventa, McCann y Pearlman (1990) referían que la traumatización vicaria era la transformación de los esquemas cognitivos y sistemas de

creencias resultado del involucramiento empático con pacientes que sufrían experiencias traumáticas que podía resultar en disrupciones significantes en el sentido de conexión, identidad y punto de vista así como la tolerancia, necesidades psicológicas y creencias acerca de uno mismo y otros, relaciones interpersonales y memoria sensorial (Pearlman & Saakvitne, 1995). También Figley (1995) lo definió como “el comportamiento natural y consecuente y emociones resultantes de conocer un evento traumatizante sufrido por otro, el estrés resultante de ayudar a una persona traumatizada y sufriendo” (pág. 7).

Figley, afirma que el estrés por trauma secundario, además de tener efectos negativos en la satisfacción y la calidad de vida de los profesionales en enfermería, los inhabilitan a ayudar eficientemente a los individuos que requieren de sus servicios, por lo que el estrés por trauma secundario incrementa el riesgo de tomar decisiones erróneas tal como un diagnóstico equivocado, mala planeación del tratamiento o abuso de pacientes (Rudolph, Stamm, & Stamm, 1997).

De acuerdo con Portnoy (2011), el estrés por trauma secundario puede ser identificado por diferentes síntomas de índole emocional (ansiedad, tristeza, susceptibilidad), cognitivo (apatía, baja concentración), interpersonal (aislamiento, retraimiento), conductual (evitación, hipervigilancia, abuso de sustancias), somático (dolores de cabeza, molestias estomacales) y de afectación del rendimiento laboral (absentismo, baja motivación).

Síndrome de quemado.

El síndrome de quemado, se define como un padecimiento que surge en la presencia de una respuesta prolongada de estrés en el organismo ante factores emocionales e interpersonales estresantes que se presentan en el trabajo, dando como resultado fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido (Montero y García, 2010). En enfermería y otras profesiones, en las que existe un contacto permanente y directo con los clientes y en este caso en particular, con los pacientes, prevalece este factor, conocido también como síndrome de desgaste profesional, síndrome de desgaste ocupacional, síndrome de quemarse por el trabajo, síndrome de la cabeza quemada (Campbell, Prochazka, & Gopal, 2011).

El término *staff burnout* fue utilizado por primera vez por Bradley en 1969 haciendo referencia de un fenómeno presente en oficiales de policía de libertad condicional, posteriormente fue acuñado por Freudenberger en 1974 y conceptualizado y definido como un síndrome por Maslach y Jackson en 1982 (Gold & Roth, 1993), sus principales características son el agotamiento emocional, referido al vaciado de recursos personales junto con la sensación de que uno ya no tiene nada que ofrecer psicológicamente a los demás, despersonalización como desarrollo de una actitud negativa e insensible hacia las personas con quienes se trabaja y disminución del sentido de realización personal o percepción de que los logros profesionales quedan por debajo de las expectativas personales.

El síndrome de quemado es un trastorno adaptativo crónico, que daña la calidad de vida del profesional y la calidad asistencial, generando aumento de costos económicos y sociales, y teniendo como elementos de referencia más característicos el agotamiento emocional, los sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el trabajo y sobrecarga emocional por los requerimientos emocionales que le imponen los otros (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996). En las personas que lo padecen se presentan actitudes cínicas y negativas hacia el paciente y hacia sí mismos y una constante sensación de fatiga, especialmente antes de irse al trabajo, además de dificultad para el descanso. Los trabajadores, al inicio, se sienten emocionalmente exhaustos como resultado del desequilibrio entre sus capacidades y las demandas del trabajo (Astrom, Nilsson, Norberg, & Winblad, 1990).

Este es uno de los factores que más han sido relacionados con la enfermería en México, esto puede explicarse por estudios como el de Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga (2009), en el que analizaron la incidencia del síndrome de quemado en 11,530 profesionales de la salud de habla hispana (51% varones, edad media de 41.7 años) y cuyos resultados reflejaron que en México, la prevalencia del síndrome de quemado en los profesionales fue entre 2.5% y 5.9%, teniendo los profesionales en medicina una prevalencia del 12.1%, enfermería del 7.2%, y odontología, psicología y nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%.

De igual manera, otros estudios (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996; Mira, Vitaller, Buil, Aranaz, & Rodríguez-Marín, 1994) reportan que las mujeres son más vulnerables a sufrir de este síndrome debido a la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar, así como la elección de la carrera que prolongarían el rol de mujer, sin embargo en estudios como el de Martínez y López (2005) los enfermeros mostraron mayor prevalencia de puntajes altos de síndrome de quemado en la escala global.

La calidad de vida laboral en enfermería.

De manera particular, los trabajadores de centros hospitalarios y en especial el personal de enfermería se encuentran expuestos a una serie de riesgos laborales ya identificados que afectan su calidad de vida laboral, y siendo el paciente su objeto central de atención, el contacto continuo con la enfermedad y sufrimiento, así como con la muerte, constituyen una carga mental para este grupo de trabajadores. A esta carga psíquica se añaden las dificultades cotidianas ligadas a la organización del trabajo, los factores de riesgo y estilos de vida. Todo ello en conjunto, configura perfiles de desgaste físico y emocional, incapacidades e insatisfacción específicos del personal de enfermería (Fernández, Santa, & Casado, 2007).

Al analizar el nivel general de los factores que influyen en la calidad de vida laboral del personal de enfermería, se estará en mejores posibilidades de determinar y proponer estrategias que impulsen el crecimiento de la misma, considerando no solamente al personal mismo, sino a las autoridades del centro hospitalario, ya que las propuestas encaminadas a la mejora organizacional y de dirección de los servicios de enfermería que promuevan la motivación, satisfacción e identificación de su personal, repercuten positivamente en la salud del mismo y por ende en la atención brindada a los usuarios (Sosa, Cheverría, & Rodríguez, 2010).

En Latinoamérica y en España, se han publicado algunos estudios sobre la calidad de vida laboral o la calidad de vida profesional que, de acuerdo con las definiciones y descripciones de los mismos, pudieran considerarse equivalentes, (Sosa, Cheverría, & Rodríguez, 2010; Hanzeliková, García, Pomares, Pardo, & Del Monte, 2011; Cabezas, 2000; Juárez-García & Ramírez, 2005; Mireles, Pando, & Aranda,

2002; Arita, 1998). En todos se reconoce que la calidad de vida laboral está directamente relacionada con la calidad de los servicios prestados y que las características propias de la labor de enfermería, dan lugar a respuestas psicosociales que afectan a la misma.

Otro común denominador de estos estudios, es su enfoque en los factores que afectan negativamente la calidad de vida laboral, esto se debe a que la sociología y la psicología se han interesado en los aspectos negativos y patológicos del ser humano, dejando de lado a menudo el estudio de aspectos positivos y los efectos que estos pudieran tener para contrarrestar los negativos, este es otro motivo por el que la teoría de conservación de los recursos pudiera ser de utilidad en el estudio de la calidad de vida laboral en los profesionales de enfermería (Krueger & Funder, 2004).

Factores psicosociales

Este concepto se refiere a la percepción que tienen los empleados de las condiciones de trabajo, del ambiente laboral, y de la concordancia entre la vida laboral, familiar y personal (Espinoza & Morris, 2002). En 1984 el Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud recalcaron que los factores psicosociales en el trabajo representan el conjunto de las percepciones y experiencias del empleado y abarcan diversos aspectos, definiéndolos como:

“Interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el empleo y las condiciones de su organización, por una parte; y por la otra, las capacidades del empleado, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo; todo lo cual a través de percepciones y experiencias influyen en la salud y el rendimiento” (Comité Mixto OIT-OMS, 1984, p. 3).

En dicha publicación, se habla de la complejidad del tema y de su dificultad para ser estudiado, al abarcar diversos aspectos relacionados con las percepciones y experiencias del trabajador, y aunque en el ámbito internacional han surgido algunos modelos que han tratado de definir de manera clara y específica la estructura de estos factores psicosociales y su influencia en los individuos, ha sido tarea complicada

debido al sesgo sociocultural que no permite su validez universal (Caplan & Harrison, 1993; Karasek & Theorell, 1990).

Los factores psicosociales, pueden ser definidos también como las características percibidas del ambiente laboral y que tienen connotaciones emocionales para los trabajadores y sus gestores dentro de la empresa, influyendo sobre la salud y la efectividad de la profesión (Carayon & Haims, 2006). Existen diversas definiciones como las de Cox y Griffiths (2005); Daza y Bilbao (1997); Roozeboom, Houtman y Van den Bossche, (2008), que coinciden con las ya citadas en que son condiciones que se presentan en el trabajo y que dependiendo de las percepciones de los empleados pueden afectar de manera positiva o negativa, su salud, la efectividad en sus labores y su calidad de vida laboral.

Considerando lo anterior y con base en la revisión documental ya mencionada, los factores psicosociales existentes en el contexto laboral, pueden analizarse desde cuatro dimensiones: la primera se refiere al carácter externo, físico y psicosocial que implica exigencias tensionantes; la segunda que está relacionada con los procesos internos de los individuos y la manera en que afrontan las exigencias de su trabajo; la tercera se refiere a los efectos sobre la salud de los individuos; y la cuarta se refiere a los aspectos extra laborales que pueden repercutir en la relación al ambiente psicosocial-laboral-salud (Juárez-García, 2007b).

Para efectos de la presente investigación, se realizó un análisis a partir de la segunda dimensión, es decir, de los factores psicosociales de afrontamiento. Esto en correspondencia a las consideraciones de la teoría de la conservación de los recursos previamente expuesta, en cuanto a la existencia de “drenadores” que surgen de manera cotidiana en el trabajo y los recursos positivos que el individuo desarrolla para afrontarlos y proteger su calidad de vida laboral. Así mismo, fueron considerados cuatro modelos que permitieron el análisis y medición de dichos factores. Estos modelos serán brevemente descritos a continuación y se explicarán de manera más extensa en la definición de cada uno de los factores psicosociales.

El primer modelo es el de Stamm (2010) que propone la medición del nivel de afectación que sufren los profesionales en enfermería expuestos a eventos

traumatizantes en su entorno laboral y se compone de tres dimensiones para medir la calidad de vida, estos son: satisfacción por compasión, estrés por trauma secundario y síndrome de quemado; el segundo es el modelo dualista de pasión por el trabajo desarrollado por Vallerand (2010), que describe que existen dos tipos de pasión, la obsesiva y la armoniosa; el tercer modelo es el de resiliencia propuesto por Connor y Davidson (2003) que sugiere que cada individuo tiene la elección de cómo responder ante las situaciones estresantes y; el cuarto modelo es el DASS propuesto por Henry y Crawford (2005) y Lovibond y Lovibond (2004) que mide y explica la interrelación entre la depresión, la ansiedad y el estrés.

Los mencionados modelos fueron elegidos debido a que consideran factores psicosociales que, como se explica más adelante, pudieran relacionarse con la calidad de vida profesional y que, por las características propias de la enfermería pudieran estar presentes de manera frecuente en el personal, además de que para todos ellos existen instrumentos ya validados en el idioma español, por lo que sería posible utilizarlos para la obtención de los datos en la presente investigación.

Factores psicosociales en la enfermería.

En el caso de los profesionales en enfermería, el trabajo se desarrolla entre la vida y la muerte, generalmente laboran bajo presión, en confinamiento, teniendo un contacto directo con el usuario y sus padecimientos, circunstancias que aumentan el riesgo de padecer algún trastorno de sus estados afectivos emocionales o psicosociales, esto como consecuencia al involucramiento de sus sentimientos en las enfermedades de otros, lo cual constituye un proceso desgastante que, en algunas ocasiones, puede presentar alteraciones principalmente del humor donde se manifiesta como depresión o irritabilidad y ansiedad (García-Rivera, Maldonado-Radillo, & Ramírez, 2014).

A este respecto se encontraron algunas investigaciones que relacionan diversos factores psicosociales con la enfermería como son las de Ceballos, Valenzuela y Paravic, (2014) cuyo trabajo tuvo como objetivo reflexionar sobre los aspectos teóricos relacionados con los riesgos psicosociales a nivel laboral, analizar con enfoque de género las desigualdades en relación con los riesgos y vincular la enfermería con los riesgos psicosociales. Peinador (2015) explica que ante una determinada condición

psicosocial adversa no todos los trabajadores desarrollarán las mismas reacciones, por lo que ciertas características propias de cada trabajador determinarán la magnitud y la naturaleza tanto de sus reacciones como de las consecuencias que sufrirá.

Juárez-García (2007a) en su investigación sobre indicadores cardiovasculares y factores psicosociales en enfermería, logra confirmar la relación existente entre estos, denotando, que los efectos de los factores psicosociales, pueden tener consecuencias físicas en los profesionales en enfermería. Juárez-García (2007b) en un segundo trabajo, analiza la relación del estrés laboral y otros factores psicosociales con la enfermería buscando aportar medidas preventivas y estrategias enfocadas en mejorar las condiciones de estos profesionistas.

A continuación, se abordarán dichos factores psicosociales, y se ahondará en su relación y posibles consecuencias, tanto positivas como negativas, en los profesionales en enfermería:

Estrés.

El estrés es un factor considerado tradicionalmente de los más notables por posibles efectos negativos en la salud y en la eficacia de los trabajadores, este puede ser definido como la tendencia a reaccionar a ciertos acontecimientos con síntomas tales como tensión, irritabilidad y activación persistente, con un bajo umbral para ser perturbado o frustrado (Lovibond & Lovibond, 1995). Según McGrath se define como “un desequilibrio sustancial entre la demanda y la capacidad de respuesta bajo condiciones en la que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias” (McGrath & Altman, 1970, p. 21). Además, el estrés puede deteriorar el rendimiento y la productividad, el aumento de prácticas laborales poco seguras y de las tasas de accidentes y deterioro de la imagen institucional tanto entre sus empleados como de cara al exterior (Karasek & Theorell, 1990).

Este factor psicosocial, es difícil de determinar porque es muy común y puede tener múltiples causas. Cierta grado de estrés en la vida es normal y necesario, pero si se prolonga o es repetido y continuo, el organismo se agota y pueden surgir enfermedades. Autores como Lazarus & Folkman (1986), afirman que no siempre constituye un proceso negativo en la vida, ya que dependerá de la valoración que cada

sujeto hace del proceso y de su capacidad para controlar la situación y afrontar las consecuencias del estrés.

El estrés es un proceso dinámico en el que intervienen variables tanto del entorno como individuales, y aparece cuando la persona evalúa una situación como amenaza. El estrés en el entorno laboral es un problema creciente con un costo personal, social y económico notable, con causas diversas que pueden relacionarse con los directivos y la propia organización (en la medida en la que lo causa, lo facilita, o que no lo detecta a tiempo o no lo remedia). Sin embargo, hay también una responsabilidad ineludible en el propio empleado que es quien debe salir de esa situación, buscar asesoramiento, tomar decisiones difíciles y emprender cambios importantes en algunos aspectos de su vida.

El estrés en el trabajo aparece cuando las exigencias del entorno laboral superan la capacidad de las personas para hacerles frente o mantenerlas bajo control (Cano, 2002). Es una respuesta adaptativa por parte del individuo, que en un primer momento ayuda a responder más rápida y eficazmente a situaciones que lo requieren, procesar más información sobre el problema y actuar de forma rápida y decidida. El problema es que si es constante y prolongado aparece el agotamiento.

Hay muchas condiciones de trabajo que se han estudiado en relación al estrés laboral, entre ellas se puede destacar el trabajo repetitivo, el trabajo en cadena, la vigilancia o supervisión de monitores, las horas extras involuntarias, los horarios inflexibles o la falta de habilidad para realizar el trabajo. Así mismo, la distribución temporal del trabajo y la velocidad a la que se completa son factores muy importantes, la exigencia continua de completar tareas en un tiempo limitado o escaso es un importante factor de estrés, especialmente en enfermería, en donde estas tareas pudieran ser la diferencia entre la vida y la muerte del paciente.

Otra fuente de estrés deriva del ámbito genérico que se denomina nivel ocupacional y de las tareas que desempeña el trabajador, relacionados con las demandas o exigencias de rol, de cuál es su papel, de lo que tienen o de lo que no tienen que hacer, o de donde termina el ámbito de su responsabilidad. Están relacionados estos aspectos, también, con características intrínsecas a las relaciones interpersonales

culturales ya establecidas, con cuestiones del rol de género ya presupuestas y que deben cumplirse para no generar una fuente de estrés adicional.

Los primeros síntomas de una reacción de estrés-distrés crónico pueden ser inespecíficos: indecisión, falta de apetito, pérdida de peso, funcionamiento irregular de los intestinos, dolor de cabeza, dolor de espalda, alergias de la piel, insomnio, nerviosismo, temblores, mala memoria e irritabilidad. (Hüther, 2012). El estrés es un fenómeno con dimensiones fisiológicas y psicosociales. Algunos autores hacen distinción entre estrés fisiológico o biológico y el estrés psíquico. Sin embargo, es importante la consideración de que existe una correlación notable entre ambos ámbitos (Cooper & Payne, 1987).

En la Unión Europea, el estrés relacionado con el trabajo es el segundo problema más común de salud, después del dolor de espalda, afectando al 28% de los trabajadores. Representa más de la cuarta parte de las bajas laborales de dos o más semanas de todos los problemas de salud relacionados con el trabajo. Puede afectar a cualquier persona en cualquier sector y en una organización de cualquier tamaño (Black, Floyd, & Brookman, 1992).

Los niveles de estrés varían en las diferentes profesiones en salud. Sin embargo, los estudios encuentran que las principales fuentes de estrés son compartidas y señalan la sobrecarga de trabajo como la principal (Estry, y otros, 1990). Cuando se consulta a los profesionales en salud sobre cuál área de su vida consideran que les causa más tensión, indican el trabajo, a diferencia de otros trabajadores como los obreros, que lo atribuyen a diversas áreas de su vida (Cooper & Baglioni Jr, 1988).

Los principales estresores que se identifican en enfermería son los conflictos interprofesionales, cargas de trabajo, la pérdida de seguridad laboral, los bajos salarios y falta de participación en la toma de decisiones, además de las características propias de esta profesión como la confrontación con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte (McAlister & McKinnon, 2009; Kornhaber & Wilson, 2011; Elliot, 1975). Estos estudios han descrito una alta prevalencia de estrés entre los profesionales de enfermería, reflejando efectos negativos en la calidad de vida laboral, lo cual se refleja en la calidad de servicios a los usuarios.

Ansiedad.

La ansiedad puede definirse como el estrés que continúa después de que el factor estresante ha desaparecido y puede describirse en torno a los síntomas físicos de excitación, ataques de pánico, tensión muscular y miedo (temblor o desmayo), destacando los vínculos entre un estado prolongado de ansiedad y una respuesta aguda de miedo; ansiedad situacional (Lovibond & Lovibond, 1995) entendida como uno de los componentes afectivos del proceso de estrés que en conjunto con otras emociones, como la rabia y el miedo, pueden surgir cuando el individuo no consigue dar respuesta a los estímulos dados (Chaves & Cade, 2004).

De acuerdo con el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención primaria (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008), se define como una anticipación involuntaria de un daño o desgracia futuros, que se acompaña de un sentimiento desagradable o de síntomas somáticos de tensión. Se trata de una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

Aunque la ansiedad es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes, cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando un malestar significativo, con síntomas físicos, psicológicos y conductuales, la mayoría de las veces muy inespecíficos, pero que en la mayoría de las ocasiones se acompañan por sensación de miedo, amenaza o inseguridad y activación fisiológica como sudor, palpitaciones, taquicardia y náuseas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

Spielberger (1972) postula que debe considerarse este constructo como el de un proceso psico-biológico complejo, distinguiendo a su vez la ansiedad como un estado transitorio, o como un rasgo que permanece relativamente estable en determinadas personas. En un estudio de estrés laboral en los profesionales de enfermería, se concluyó que las causas principales del estrés y ansiedad estaban relacionadas con la presión laboral (cargas de trabajo) y con los aspectos relativos a la muerte y al proceso

de morir, lo que hace previsible la aparición de ansiedad en el personal asistencial (Wessells, et al, 2013).

Por otro lado, y en cuanto a situaciones más específicas de los profesionales de enfermería con actividad gestora, se encontró que es frecuente la aparición de situaciones complejas, como la falta de recursos humanos y materiales, disfunciones organizativas y toma de decisiones difíciles que afectaban al grupo que se dirigía, todo ello supone enfrentarse a situaciones de un alto nivel de estrés de forma cotidiana (Ayuso & Grande, 2006).

De manera general, en la enfermería, los factores como el contenido del trabajo, el grado de responsabilidad, el contacto con pacientes, la carga de trabajo, los horarios irregulares, la violencia hacia el profesional sanitario, el ambiente físico en el que se realiza el trabajo, la estructura organizacional y la falta de reconocimiento, se consideran como los principales causantes de la alta prevalencia de ansiedad y estos a su vez, como en el caso del estrés, puede tener repercusiones negativas en la calidad de vida laboral (González, Quezada, Díaz, & Cano, 2014).

Depresión.

Lovibond y Lovibond (1995) conceptualizaron la depresión como un trastorno compuesto por síntomas típicamente asociados con estado de ánimo disfórico (como tristeza, desesperanza, autodepreciación e inutilidad). Descriptivamente, este síndrome es caracterizado principalmente por una pérdida de la autoestima y el incentivo, asociada a una baja probabilidad de lograr las metas vitales significativas para la persona, entre otros.

De acuerdo con la Asociación de Ansiedad y Depresión de América (Anxiety and Depression Association of America, 2016), muchos de los síntomas asociados con la depresión son vagos, como sentirse agotado, sentirse vacío, sentirse distraído, sentirse malhumorado o tener dificultades para dormir, por lo que fácilmente podrían ser confundidos o atribuidos a las características de la enfermería, sin que se le dé la atención que requeriría y convirtiéndola en problema más serio.

Otro elemento significativo de la depresión, es que se da en las mujeres con una frecuencia de casi el doble que en los hombres, por lo que podría esperarse que en

enfermería su incidencia sea elevada, tanto por las características de la profesión como por el porcentaje que ocupa el género femenino (Blehar & Oren, 1997). Este dato fue confirmado en la Encuesta Nacional de Hogares 2015 (INEGI, 2016) en la que se indica que entre los hombres, la sensación de “muchacha depresión” afectó a 2.10 millones, mientras que la misma intensidad entre las mujeres afectó a un total de 4.95 millones. Asimismo, del total de personas que toman antidepresivos, alrededor de 414 mil son hombres, mientras que 1.22 millones son mujeres.

Es importante considerar también los rangos de edad en los resultados de dicha encuesta (INEGI, 2016), ya que en el grupo de 7 a 14 años se ven afectados el 24.41% de los individuos; en el grupo de 15 a 29 años el 48.75%; en el segmento de los 30 a los 49 años, se estima que afecta a 66.83% del total; en el de 60 a 65 al 69.34% del total; mientras que para el grupo de 65 años y más, afecta al 67% del total. Tomando en consideración que la edad promedio de profesionales en enfermería es de 36.8 años (INEGI, 2015), pudiera pensarse que es el segundo grupo de edad (30-49 años) más vulnerable con respecto a este padecimiento.

La Asociación Americana de Ansiedad y Depresión (Anxiety and Depression Association of America, 2016) afirma que el profesional del área de la salud es afectado directamente por convivir y trabajar con enfermedades y los sentimientos en ellas envueltos, que se constituyen en un proceso desgastante y estresante, apareciendo la necesidad de utilizar mecanismos de defensa conscientes o no, para que la enfermedad y el sufrimiento del otro no interfieran en la salud psíquica y física del trabajador. Sin embargo, no siempre, esos mecanismos son eficientes para el enfrentamiento de esas situaciones y el trabajador puede presentar algunas alteraciones principalmente del humor el cual se puede manifestar como depresión o irritabilidad (Missel, 1998).

En una investigación realizada con 130 trabajadores de enfermería de un hospital general en Brasil, se encontró que el 27% de esa muestra llenaron criterios para depresión (Costa, Morita, & Martinez, 2000). Otra investigación realizada también en Brasil, para evaluar la calidad de vida laboral con 211 trabajadores de enfermería de centros quirúrgicos, evidenció que más del 24% de los trabajadores entrevistados presentaban síntomas de depresión (Schmidt, 2009). En México, los

estudios consultados (García-Rivera, Maldonado-Radillo, & Ramírez, 2014) (Lerma, Rosales, & Gallegos, 2009) coincidieron en que aproximadamente el 21% del personal de enfermería estudiado presentaba cierto grado de depresión.

A pesar de esto, en la revisión de la literatura se encontraron pocos trabajos abordando la depresión en enfermería, aun cuando es un factor que pudiera ser determinante, tanto en la calidad de vida laboral como personal, lo que demuestran la necesidad de realizar más estudios que provean de información útil sobre esta problemática.

Resiliencia.

La palabra resiliencia tiene su origen en el término latín *resilio* que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar (Kotliarenco, Cáceres, & Fontecilla, 1997). Tomando esto como base, a lo largo de la historia, este concepto ha tenido varias definiciones como la de Cyrulnik (Melillo, 2005), que la define como "la capacidad de los seres humanos sometidos a los efectos de una adversidad, de superarla e incluso salir fortalecidos de la situación" (P.1). Walsh (2004) la menciona como la capacidad de una persona para recobrase fortalecida de una adversidad, a través de un proceso activo de resistencia, autocorrección y crecimiento como respuesta a las crisis y desafíos de la vida.

Así mismo Masten (2007) la define como un constructo dinámico y multidimensional que hace referencia a la capacidad que tienen los sistemas personales de afrontar o recuperarse con éxito de las situaciones adversas y que se asocia con el crecimiento positivo y a la superación de los desafíos. Esta definición distingue tres componentes esenciales que deben estar presentes en el concepto de resiliencia, la noción de adversidad, trauma, riesgo, o amenaza al desarrollo humano; la adaptación positiva o superación de la adversidad; y el proceso que considera la dinámica entre mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales que influyen sobre el desarrollo humano.

Adicional a esto, Grotberg (2001) afirma que existen ocho características personales denominados pilares de la resiliencia, los cuales son: la independencia, como la capacidad de establecer límites entre uno mismo y los ambientes adversos; la

introspección, que es la capacidad de detectar y reconocer las propias emociones; la capacidad de interacción, que es la habilidad para establecer vínculos; la iniciativa, como el placer de exigirse y ponerse a prueba; la número cinco es el humor, refiriéndose a la capacidad de encontrar lo cómico en la tragedia; la creatividad, que es la capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden; la moralidad, que se refiere a la capacidad de discriminar entre lo bueno y lo malo; y por último la autoestima consistente, que es el amor propio y funciona como la base de los demás pilares.

Con este concepto se trata de clarificar las características que identifican a las personas capaces de salir adelante ante las adversidades, por lo que se define como el conjunto de cualidades, recursos o fortalezas que favorecen a que los individuos progresen afrontando con éxito la adversidad (Connor & Davidson, 2003).

Siguiendo en esta línea y como afirman Newman y Taylor (2002) una persona con patrón resiliente es aquella que ha activado respuestas de adaptación positiva frente a la tragedia, el trauma y la adversidad y progresa significativamente frente a los estresores durante el curso de la vida. De este modo la resiliencia funcionaría como un mecanismo autorregulador, que podría proteger a los sistemas personales de las consecuencias negativas en etapas difíciles de la vida (Masten, 2007).

En los artículos en los que se relacionan la enfermería y la resiliencia como los de Arrogante (2013), Termes (2013) y Kornhaber & Wilson (2011), se revela que la resiliencia puede mediar, por un lado, las relaciones entre el agotamiento emocional y la despersonalización con la salud mental, y por otro lado, las relaciones entre la falta de realización personal con la salud mental, por lo que a mayor resiliencia menor prevalencia de estrés postraumático, síntomas de ansiedad, depresión, y síndrome de *burnout*. A través de la evidencia científica presente en dicha literatura se ha determinado que la resiliencia ha sido identificada como una característica esencial para el personal de enfermería en su entorno laboral.

La resiliencia no solamente es relevante para mejorar la salud mental del personal de enfermería, sino también para amortiguar y minimizar las consecuencias negativas del estrés laboral al que está expuesto en su trabajo, por lo que el

entrenamiento de la resiliencia debería ser promovido para mejorar la práctica clínica de la enfermería. Conocer esta capacidad de resiliencia en el personal de enfermería puede ayudar a reorientar las acciones en el quehacer de la profesión, por lo que el interés por este factor no se limita a las variables que la definen, sino que incluye las que contribuyen a su desarrollo y potenciación que ya no hacen sólo referencia a contextos o eventos extremos.

Si bien aún no se reconocen por completo los motivos que dan lugar a una elevada resiliencia, algunos autores como Melillo, Suarez y Rodríguez (2006) concluyen que determinados factores, como la adquisición de responsabilidades, el altruismo hacia el prójimo, sentirse amado, la fe y búsqueda de filosofía, otorgan sentido a la existencia y permiten al individuo encontrarle cierto sentido a su sufrimiento y un medio efectivo de reparación personal.

Pasión por el trabajo.

La pasión por el trabajo, se define como un atributo o estado de ánimo positivo que tienen los individuos, hacia las labores que realizan, y que los impulsa a hacerlas mejor y por lo tanto, a mejorar su rendimiento laboral, es por esto que en el área de psicología de las organizaciones y en administración, se le ha dado gran relevancia a su estudio, con el fin de encontrar patrones que pudieran fomentarlo en los empleados (Vallerand & Houliort, 2003).

Vallerand y Miquelon (2007) la definen como una fuerte inclinación que dirige las acciones que un individuo encuentra importantes y en las que será capaz de invertir su tiempo y energía. Vallerand, Rousseau, Grouzet, Dumais Grenier y Blanchard (2006); y Vallerand y Hobfort (2003), han ofrecido adicionalmente un análisis conceptual de los efectos que la pasión por el trabajo tiene sobre las actividades de los individuos (Mageau, Carpentier, & Vallerand, 2011; Philippe, Vallerand, Houliort, Lavigne, & Donahue, 2010). Como otra característica importante, mencionan que esas actividades sobre las que se siente pasión, se encuentran internalizadas en la identidad de los individuos, lo que hace que se comprometan de forma libre con dicha actividad, esta internalización puede estar regulada por procesos autónomos o procesos controlados (Deci & Ryan, 1985).

Según la psicología positiva, la pasión hacia el trabajo debe ser comprendida como un esfuerzo por satisfacer necesidades intrínsecas de autonomía (Vallerand & Houliort, 2003), que promueven el bienestar y la eficacia de los individuos sin embargo, conforme al modelo dualístico de pasión, existen ocasiones en las que ésta pudiera resultar desfavorable, por lo que es importante distinguir sus dos dimensiones: armoniosa y obsesiva. Vallerand y Houliort (2003) afirman que tanto la pasión armoniosa como la obsesiva afectan el desempeño en el trabajo, sosteniendo que la pasión armoniosa se relaciona positivamente con su enfoque en las tareas y sentimientos y afectos positivos, mientras la pasión obsesiva se relaciona con el enfoque negativo. En cuanto a su relación con la enfermería, en el estudio consultado se confirma la hipótesis propuesta por Vallerand (Cazares, García, & Hemsworth, 2014).

Pasión armoniosa.

Es aquella que conduce a la gente a elegir dedicarse a la actividad que ama. Se tiene la hipótesis que conduce a resultados adaptativos y está caracterizada por la persistencia autónoma y flexible. En este tipo de pasión, la gente realiza las actividades porque quieren, no porque quieran agradar a alguien o quieran eclipsar a alguien o evitar ser eclipsados, existe la motivación voluntaria de los individuos en participar en las actividades y tienen control sobre el tiempo y esfuerzo que le dedican. Este tipo de pasión se ajusta, dejando tiempo para otras actividades diferentes dentro de la vida de cada persona. Vallerand (2010) encontró que la gente que tiene pasión armoniosa tiende a ser agradable con su entorno, probablemente porque experimenta más emociones positivas derivadas de su pasión. También son flexibles en relación con el grado de implicación que tienen con sus pasiones, y esto permite ajustar el comportamiento a las necesidades del momento, incluyendo las de otras personas.

Pasión obsesiva.

Por el contrario de la pasión armoniosa, la pasión obsesiva crea una presión interna para dedicarse a la actividad deseada. Está conectada con motivaciones extrínsecas relacionadas con querer agradar a otras personas o mantener cierto estatus que es importante para la autoestima. Este tipo de pasión puede convertirse en algo

inmanejable, que controla la vida de la persona, llegando a cubrirla por completo. Con la pasión obsesiva, cuando no se es capaz de terminar la actividad, quizás porque estás lesionado o tienes otras obligaciones, puede provocar ansiedad, sentimientos de culpabilidad y pérdida de autoestima (Vallerand, 2010).

Existen estudios como el de Thorgren, Wincent y Sirén (2013) que analiza la influencia de la pasión en la satisfacción laboral, partiendo de la base teórica de Vallerand (2010). Para ello, se realizó un análisis cuantitativo sobre más de 700 directivos de empresas suecas en búsqueda de diferencias notables entre uno y otro tipo de pasión. Entre las conclusiones obtenidas, se encontró que, aquéllos que mostraban una pasión más obsesiva por su trabajo se encontraban más insatisfechos con su trabajo que los que mostraban una pasión más armoniosa. Así mismo en aquéllos con altos niveles de pasión armoniosa había una relación significativa con la satisfacción laboral.

Uno de los aspectos que reflejaba dicha insatisfacción eran los pensamientos en torno al trabajo que se daban fuera del mismo, y que resultaban más invasivos entre los que desarrollaban una pasión más obsesiva. En cambio, aquéllos con una pasión armoniosa no solían tener pensamientos intrusivos fuera del trabajo.

Si bien son muy escasos los estudios que relacionan la pasión por el trabajo con la enfermería (Cazares, García, & Hemsworth, 2014), es importante recalcar que la pasión obsesiva por el trabajo conlleva un riesgo más latente de que un profesional en enfermería llegue, en algún momento, a entrar en conflicto con el hospital o con los pacientes, ya sea por problemas psicológicos que puedan derivar de no saciar su pasión, de la prolongación a lo largo del tiempo de esa insatisfacción con la actividad que realiza, o por otras razones similares. Es por esto que su estudio es relevante para comprender los efectos tanto positivos como negativos, de la pasión por el trabajo en la calidad de vida laboral.

Capítulo III

Marco metodológico

A lo largo de este capítulo, se expondrán los criterios metodológicos establecidos para la realización de la presente investigación, incluyendo las técnicas utilizadas, la descripción y validación de los instrumentos aplicados y finalmente, la explicación del procesamiento y análisis de los datos obtenidos.

Método y tipo de investigación

La presente investigación es de enfoque cuantitativo y se realizó bajo un diseño no experimental descriptivo-correlacional, caracterizado por describir las variables y determinar las posibles relaciones entre ellas (Ávila, 2006). Este diseño se consideró apropiado para esta investigación porque describe las características de los factores psicosociales en los profesionales en enfermería participantes, y a su vez establece la relación entre dichas variables y la calidad de vida laboral.

Para la obtención de datos se utilizó una encuesta conformada primeramente por una serie de 11 preguntas para obtener datos socio demográficos y una segunda sección conformada por cuatro instrumentos ya estandarizados y validados en la lengua española, que son ProQOL V (Stamm, 2010), PFW (Vallerand & Houliort, 2003), DASS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995) y CD-RISC (Connor & Davidson, 2003), mediante los cuales se midieron los niveles existentes de calidad de vida laboral, a través de sus tres componentes que son satisfacción por compasión, síndrome de quemado y estrés por trauma secundario, así como de los factores psicosociales, estrés, ansiedad, depresión, pasión obsesiva, pasión armoniosa y resiliencia.

Para efectos de esta investigación, tomando como unidad el hospital estudiado, se consideró como población al total de los profesionales en enfermería que al momento eran 209 y aplicando la fórmula de tamaño de la muestra correspondiente ($n=N*X/(X+N-1)$) con un margen de error del 5% e intervalo de confianza al 95%, se obtuvo un tamaño mínimo de muestra de 136 participantes. Sin embargo, gracias al apoyo y organización del hospital, fue posible la aplicación del instrumento a la totalidad del departamento de enfermería al momento de la recolección.

Variables de investigación

Dependiente.

Calidad de vida laboral.

La calidad de vida laboral se define como “El sentimiento de bienestar que se deriva del equilibrio que el individuo percibe entre las demandas o cargas de la profesión y los recursos de que dispone para afrontar estas demandas (Clúa & Aguilar, 1998, p. 22).

En el sector salud, la calidad de vida laboral se ha vinculado con la motivación y la satisfacción de los profesionales en enfermería, por las afectaciones que se presentan ante los eventos y vivencias diarias por la convivencia con pacientes en estado crítico (Hanzeliková, García, Pomares, Pardo, & Del Monte, 2011, p. 146).

Stamm (2010) afirma que la calidad de vida laboral puede ser descrita a partir de dos aspectos centrales, el positivo que es la satisfacción por compasión y el negativo que es la fatiga por compasión, el cual a su vez se subdivide en dos partes, el síndrome de quemado y el estrés por trauma secundario.

Satisfacción por compasión.

Este componente de la calidad de vida laboral, se define como el placer que deriva de la capacidad de realizar el trabajo de forma adecuada y que genera un sentimiento positivo acerca de los colegas y/o de su propia capacidad para contribuir con los demás. Sus altos índices, se relacionan con la eficacia y la efectividad en la realización de funciones, además de favorecer la calidad de vida laboral y el compromiso con el trabajo realizado y con la institución en la que se labora. Por el contrario, los índices bajos, se relacionan con la depresión y con una disminución en la capacidad de resolución de problemas y de sobrellevar situaciones estresantes (Stamm, 2010).

Estrés por trauma secundario.

Este constructo, es referido por McCann y Pearlman (1990) como la “transformación de los esquemas cognitivos y sistemas de creencias resultado del involucramiento empático con pacientes que sufrían experiencias traumáticas y que podía resultar en disrupciones significantes en el sentido de conexión, identidad y punto

de vista así como la tolerancia, necesidades psicológicas y creencias acerca de uno mismo y otros, relaciones interpersonales y memoria sensorial” (Pearlman & Saakvitne, 1995, p. 141).

Síndrome de quemado.

El síndrome de quemado, se define como un padecimiento que surge en la presencia de una respuesta prolongada de estrés en el organismo ante factores emocionales e interpersonales estresantes que se presentan en el trabajo, dando como resultado fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido (Montero & García, 2010). En enfermería y otras profesiones, en las que existe un contacto permanente y directo con los clientes y en este caso en particular, con los pacientes, prevalece este factor, conocido también como síndrome de desgaste profesional, síndrome de desgaste ocupacional, síndrome de quemarse por el trabajo, síndrome de la cabeza quemada (Campbell, Prochazka, & Gopal, 2011).

Independientes.

Estrés.

El estrés es un factor considerado tradicionalmente de los más notables por sus severos efectos negativos en la salud y en la eficacia de los trabajadores. Se define como la tendencia a reaccionar a ciertos acontecimientos con síntomas tales como tensión, irritabilidad y activación persistente, con un bajo umbral para ser perturbado o frustrado (Lovibond & Lovibond, 1995) y según McGrath se define como “un desequilibrio sustancial entre la demanda y la capacidad de respuesta bajo condiciones en la que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias” (McGrath, Altman, & United States. Air Force. Office of Scientific Research, 1970, p. 11).

Ansiedad.

La ansiedad surge como una respuesta al contacto continuo con el estrés, puede describirse en torno a los síntomas físicos de excitación, ataques de pánico, tensión muscular y miedo (temblor o desmayo), destacando los vínculos entre un estado prolongado de ansiedad y una respuesta aguda de miedo; ansiedad situacional entendida como uno de los componentes afectivos del proceso de estrés que en conjunto con otras emociones, como la rabia y el miedo, pueden surgir cuando el

individuo no consigue dar respuesta a los estímulos dados (Lovibond & Lovibond, 1995) (Chaves & Cade, 2004).

Depresión.

Lovibond y Lovibond (1995), conceptualizaron la depresión como un trastorno compuesto por síntomas típicamente asociados con estado de ánimo disfórico (como la tristeza, desesperanza, autodepreciación e inutilidad). Descriptivamente, este síndrome es caracterizado principalmente por una pérdida de la autoestima y el incentivo, asociada a una baja probabilidad de lograr las metas vitales significativas para la persona, entre otros.

Resiliencia.

La resiliencia es un constructo dinámico y multidimensional que hace referencia a la capacidad que tienen los sistemas personales de afrontar o recuperarse con éxito de las situaciones adversas; se asocia a crecimiento positivo y a superación de los desafíos (Masten, 2007). Con este concepto se trata de clarificar las características que identifican a las personas capaces de salir adelante ante las adversidades, por lo que se define como el conjunto de cualidades, recursos o fortalezas que favorecen a que los individuos progresen afrontando con éxito la adversidad (Connor & Davidson, 2003).

Pasión por el trabajo.

La pasión por el trabajo, se define como un atributo o estado de ánimo positivo que tienen los individuos, hacia las labores que realizan, y que los impulsa a hacerlas mejor y por lo tanto, a mejorar su rendimiento laboral, es por esto que en el área de psicología de las organizaciones y en administración, se le ha dado gran relevancia a su estudio, con el fin de encontrar patrones que pudieran fomentarlo en los empleados (Vallerand & Houliort, 2003). Conforme al modelo dualístico de pasión (Vallerand, 2010), pueden distinguirse dos dimensiones: pasión armoniosa y pasión obsesiva.

Pasión armoniosa.

Es aquella que conduce a la gente a elegir dedicarse a la actividad que ama. Se presupone que conduce a resultados adaptativos y está caracterizada por la persistencia autónoma y flexible. En este tipo de pasión, la gente realiza las actividades porque

quiere, existiendo la motivación voluntaria de los individuos en participar en las actividades. Este tipo de pasión se ajusta, dejando tiempo para otras actividades diferentes dentro de la vida de cada persona (Vallerand, 2010).

Pasión obsesiva.

Este tipo de pasión crea una presión interna para dedicarse a la actividad deseada. Está conectada con motivaciones extrínsecas relacionadas con querer agradar a otras personas o mantener cierto estatus que es importante para la autoestima. Puede convertirse en algo inmanejable, que controla la vida de la persona, llegando a cubrirla por completo. Cuando no se es capaz de terminar la actividad, quizás porque esté lesionada o tenga otras obligaciones, puede provocar ansiedad, sentimientos de culpabilidad y pérdida de autoestima (Vallerand, 2010).

Hipótesis de investigación

En la Figura 1 se muestran las asociaciones que se hipotetiza se presentarán entre los seis factores psicosociales y los tres componentes de la calidad de vida laboral, representándose con flechas azules las asociaciones positivas y con rojas las negativas. Esto es que los factores considerados como “positivos” presentarán asociaciones positivas con la satisfacción por compasión y negativas con el síndrome de quemado y el estrés por trauma secundario. De manera inversa, se espera que se presenten asociaciones negativas entre los factores psicosociales “negativos” y la satisfacción por compasión y positivas con el síndrome de quemado y el estrés por trauma secundario.

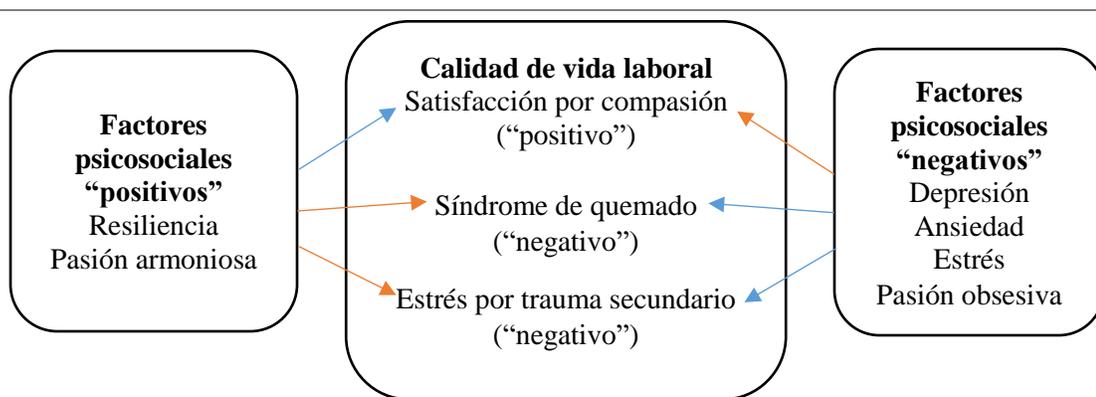


Figura 1. Modelo teórico entre los componentes de la calidad de vida laboral y los factores psicosociales “positivos” y “negativos”. Fuente: Elaboración propia.

Para responder a la pregunta general de investigación, se planteó la siguiente hipótesis principal:

H₁ Es posible predecir la calidad de vida laboral a partir de los factores psicosociales depresión, ansiedad, estrés, resiliencia, pasión obsesiva y pasión armoniosa.

Para conocer de manera más detallada la actuación de cada uno de los factores sobre la calidad de vida laboral, se presentan las siguientes hipótesis:

H_{1a}: Los factores psicosociales depresión, ansiedad, estrés, resiliencia, pasión obsesiva y pasión armoniosa afectan la satisfacción por compasión.

H_{1b}: Los factores psicosociales depresión, ansiedad, estrés, resiliencia, pasión obsesiva y pasión armoniosa afectan al síndrome de quemado.

H_{1c}: Los factores psicosociales depresión, ansiedad, estrés, resiliencia, pasión obsesiva y pasión armoniosa afectan al estrés por trauma secundario.

Participantes

El objeto de estudio de la presente investigación fue el personal de enfermería de un hospital privado, localizado en la ciudad de Mérida, Yucatán. Dicha institución hospitalaria, fue elegida por tres motivos principales:

1. La oportunidad de estudiar la profesión de enfermería en un hospital privado, tomando en consideración la escasez de investigaciones que se han realizado sobre el tema en instituciones particulares.
2. La apertura e interés demostrados por el hospital desde el primer acercamiento.
3. La posibilidad de participación de la totalidad del personal de enfermería que ahí labora.

Procedimiento y consideraciones éticas

Los instrumentos se aplicaron con la autorización de la Dirección del Hospital, con la coordinación y atención del Departamento de Recursos Humanos, quienes demostraron en todo momento una buena disposición e interés en que el estudio fuera realizado en dicha institución.

El periodo de aplicación de los cuestionarios fue de cinco semanas, en las que se realizaron entre 2 y 3 sesiones de aproximadamente 90 minutos, con una participación de entre 10 y 15 profesionales en enfermería en cada una, hasta cubrir la totalidad de la plantilla, conformada por 209 empleados.

Para la aplicación de los instrumentos, los jefes de cada unidad de enfermería informaron a su personal sobre la investigación, explicándoles los motivos y fines de la misma, así como las fechas y horarios en los que participarían. Así mismo al inicio de cada una de las sesiones se dio una breve explicación de la investigación y de lo indispensable y valiosa que sería su participación libre y voluntaria. Así mismo, se les informó que se conservaría el anonimato, por lo que se les solicitaba que sus respuestas fueran lo más apegadas a la realidad y a sus percepciones recientes, sin temor alguno de sufrir represalias por parte del hospital.

Los profesionales en enfermería demostraron en todo momento una buena disposición y apertura, lo cual permitió recabar la información necesaria para esta investigación. Al finalizar cada uno de los participantes, se realizó una breve revisión del instrumento para asegurar que éste haya sido llenado por completo y de acuerdo a las indicaciones.

Técnicas de recolección de información

Cuestionario.

La primera sección del cuestionario consistió en 11 preguntas para recolección de datos sociodemográficos, elegidas con base en los hallazgos encontrados en la literatura (Craig & Sprang, 2010; Thompson, Amatea, & Thompson, 2014): sexo, edad, estado civil, puesto, unidad laboral, escolaridad, antigüedad en la profesión, antigüedad en el hospital, antigüedad en el puesto de trabajo, tipo de área en la que labora y años que espera seguir laborando. La segunda sección estuvo integrada por las 118 preguntas que conforman las siguientes escalas:

ProQOL V: Escala de calidad de vida.

A partir de la importancia que fue cobrando la calidad de vida, Stamm (2005) propuso un modelo para medir el nivel de afectación que sufren los profesionales en enfermería expuestos a eventos traumatizantes en su entorno laboral. Este concepto

tridimensional se compone de satisfacción por compasión (SC), síndrome de quemado (SQ) y estrés por trauma secundario (ETS). Para su medición, la escala está conformado por 30 reactivos, correspondiendo 10 reactivos a cada una de las subescalas, con medición de tipo Likert de 5 puntos siendo: 1 = Nunca, 2 = Rara vez, 3 = Alguna vez, 4 = A menudo y 5 = Frecuentemente.

El modelo se conoce como ProQOL y fue una revisión de la prueba auto administrada que desarrolló Figley (1995) para medir la fatiga por empatía. De acuerdo con el manual de este instrumento (Stamm, 2010), los puntajes más altos representan mayores niveles en cada uno de los componentes o subescalas. Estas subescalas se obtienen a través de la suma de las puntuaciones obtenidas por cada participante en los ítems correspondientes, permitiendo obtener un puntaje por cada variable o subescala, siendo la puntuación mínima de 1 y la máxima de 50. Así mismo, en el manual se indica que, para su análisis e interpretación global se establecieron rangos de referencia, siendo estos: bajo de 1 a 22, medio de 23 a 41 y alto más de 42. A partir de los mismos, se hace posible catalogar la calidad de vida laboral en cinco niveles:

- C1) Alta SC, moderado a bajo SQ y ETS (Reforzado positivamente).
- C2) Alto SQ, moderado a bajo SC y ETS (Riesgo bajo).
- C3) Alto ETS con bajo SQ y baja SC (Riesgo medio).
- C4) Alto ETS y alto SC con bajo SQ (Riesgo alto).
- C5) Alto ETS y alto SQ con bajo SC (En peligro).

Su validación se realizó tomando en cuenta el constructo a partir del análisis factorial confirmatorio y los modelos de ecuaciones estructurales; así como también, los niveles de confiabilidad empleando el alfa de Cronbach en el contexto mexicano a un grupo de 238 profesionales en enfermería de tres instituciones de salud públicas de Baja California México (Mendoza, García, & Serna, 2014). En este estudio se obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach normal de 0.75, afirmando que el instrumento ProQOL V en población mexicana cumple con criterios de validez de constructo y fiabilidad.

PFW. Escala de Pasión.

Mide pasión armoniosa y pasión obsesiva. La escala de pasión de Vallerand y Houliort (2003) se conforma por 14 reactivos distribuidos en dos subescalas: pasión armoniosa (reactivos 1-7) y pasión obsesiva (reactivos 8-14). Las respuestas son tipo Likert del 1 al 7, donde 1 significa que está “totalmente en desacuerdo” y 7 “totalmente de acuerdo”. El rango de puntuación para cada una de las escalas es de 1 a 7, a mayor puntaje se percibe una mayor pasión.

Para su validación se realizó un análisis factorial exploratorio sobre una muestra de 432 trabajadores españoles. Los resultados confirmaron la estructura bifactorial de la escala de pasión en el trabajo: pasión obsesiva y pasión armoniosa. Se observó una fuerte relación entre pasión armoniosa y satisfacción en el trabajo, lo que puede considerarse un indicador de la naturaleza positiva de la pasión (Orgambidez, Borrego, & Gonçalves, 2014).

En dicho estudio, se obtuvo invariancia casi completa o parcial en función del sexo, el tipo de actividad y la edad. Las relaciones entre ambas dimensiones armoniosa y obsesiva y las variables externas consideradas (edad, sexo e ítems criterio) replicaron razonablemente los resultados de estudios previos. Ambas puntuaciones mostraron una consistencia interna adecuada ($\alpha = .81$).

DASS- 21: Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés.

La escala DASS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995) cuenta con 21 reactivos, con cuatro alternativas de respuesta en formato Likert, las cuales van desde 0 (“No describe nada de lo que me pasó o sentí en la semana”) hasta 3 (“Sí, esto me pasó mucho, o casi siempre”). Para responder, la consigna establece indicar en qué medida la frase describe lo que le pasó o sintió la persona durante la última semana. Este instrumento tiene la ventaja de ser una escala de auto reporte, breve, fácil de administrar y responder, siendo su interpretación sencilla. Además, ha presentado adecuadas propiedades psicométricas en estudios anteriores de validación (Antony, Bieling, Cox, Enns, & Swinson, 1998; Antúnez & Vinet, 2012).

Para su validación en español, se realizaron 200 aplicaciones individuales a población no clínica del Valle de Toluca para determinar la estructura factorial y la

consistencia interna de la escala mediante el análisis factorial exploratorio, estableciendo el porcentaje de varianza explicada y el coeficiente alfa de Cronbach (Gurrola, Balcázar, Muñoz, & Virseda, 2006).

El cálculo de la fiabilidad de este instrumento en la población mexicana, resultó en $\alpha = 0.81$ para la subescala de depresión, $\alpha = 0.79$ para la de estrés, $\alpha = 0.76$ para la de ansiedad y de $\alpha = 0.86$ para toda la escala, siendo las puntuaciones alfa obtenidas, similares a los obtenidos en los estudios originales.

De acuerdo con el instructivo para el análisis y puntuación del DASS-21, el puntaje total se calcula sumando los reactivos correspondientes a cada variable (Depresión: 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21; ansiedad: 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20; y estrés: 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18), y multiplicándolo por dos. El rango de puntuación por variable es de 0 a 42. Así mismo, en la Tabla 1, se muestran los rangos de severidad que se establecen en la escala para cada una de las **variables**:

Tabla 1.

Rangos de severidad del DASS-21.

Variable	Normal	Medio	Moderado	Severo	Muy severo
Depresión	0-9	10-12	13-20	21-27	28-42
Ansiedad	0-6	7-9	13-20	15-19	20-42
Estrés	0-10	11-18	19-26	27-34	35-42

Nota. Recuperado de Lovibond S., Lovibond P. (2004) Manual for the Depression Anxiety & Stress Scales.

CD-RISC. Escala de resiliencia de Connor/Davison.

La escala CD-RISC de Connor y Davidson, (2003), en su versión reducida consta de 10 ítems; la persona ha de indicar hasta qué punto cada una de las afirmaciones ha sido verdadera en su caso durante el último mes en una escala de 0-4, donde 0= “no ha sido verdadera en absoluto” y 4= “verdadera casi siempre”. Las puntuaciones totales oscilan entre 0 y 40; a mayores puntuaciones, mayor resiliencia. La versión original posee buenas propiedades, con un alfa de Cronbach de 0.89-0.90 (población general) y una fiabilidad test-retest de 0.87.

La traducción al español fue realizada por un equipo de investigación y supervisada por una persona bilingüe con formación en Psicología corroborando la estructura unifactorial de la escala (Notario, Solera, Serrano, Bartolome, & Garcia, 2011).

Al calcular la fiabilidad de la escala se mostró una elevada fiabilidad ($\alpha= 0.90$). El análisis factorial exploratorio arrojó cuatro factores (55.31% varianza explicada): afrontamiento y persistencia ante situaciones de estrés; capacidad de superación y logro de objetivos; valoración positiva y confianza. Los tres primeros factores mostraron una adecuada fiabilidad ($\alpha= 0.75-0.86$); no así el cuarto, compuesto sólo por dos ítems. Respecto a la validez convergente y divergente, las puntuaciones globales del CD-RISC mostraron correlaciones directas y significativas con medidas de autoestima y de percepción de autoeficacia del cuidador e inversas y significativas con depresión, ansiedad y carga del cuidador. Por lo que se concluye que esta versión de CD-RISC posee una fiabilidad y validez que permite su utilización en profesionales dedicados al cuidado de la salud.

Esta variante reducida (CD-RISC 10), a diferencia de la escala regular de 25 ítems que se compone de cinco factores (persistencia-tenacidad-autoeficacia; control bajo presión; adaptabilidad y redes de apoyo; control y propósito; y espiritualidad) mide la resiliencia de forma global y solamente contiene los ítems: 1, 4, 6, 7, 8, 11, 14, 16, 17 y 19. De igual forma se interpreta que la sumatoria de los ítems brinda la medida global de resiliencia, la cual se incrementa en proporción directa con las puntuaciones (Connor & Davidson, 2003).

Procesamiento y análisis de la información

Con los cuestionarios ya completados, se procedió a la captura de la información y la extracción de los datos para su análisis. Los cálculos estadísticos se trabajaron con el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 24, con el que se realizaron el análisis descriptivo, el análisis de correlaciones, el análisis de varianza de un factor (ANOVA) y el análisis de regresiones lineales simples y múltiples, para conocer cómo explican las variables independientes a la dependiente e identificar sus importancias relativas en las ecuaciones de regresión.

Capítulo IV

Resultados

En este capítulo, se presentan los resultados del procesamiento de la información obtenida mediante la aplicación de las encuestas a los profesionales en enfermería. Inicialmente se incluye un análisis descriptivo de los datos sociodemográficos y de las variables de investigación, esto, con la intención de tener una perspectiva global de la situación que guardan las variables en el campo de estudio y como antecedente para su análisis y conclusiones.

Posteriormente se presentan los análisis de las correlaciones entre las variables y análisis de regresiones lineales múltiples, con el objeto de determinar de qué manera las variables independientes afectan a la dependiente y proceder al contraste de las hipótesis formuladas. Asimismo, se presenta un resumen de las hipótesis de investigación planteadas y sus respectivos resultados (aceptación o rechazo) después de haber contrastado con los resultados de las pruebas estadísticas.

Análisis descriptivo

En este apartado se presenta un análisis de los datos sociodemográficos obtenidos, del comportamiento de la variable calidad de vida laboral y de los componentes de la misma: satisfacción por compasión, síndrome de quemado y estrés por trauma secundario; así como de los factores psicosociales: depresión, ansiedad, estrés, pasión armoniosa, pasión obsesiva y resiliencia, esto con el fin de proporcionar una perspectiva global de la situación que guardan dichas variables en la muestra estudiada.

Análisis descriptivo de los datos sociodemográficos.

Sexo.

De los 209 profesionales, 168 fueron mujeres y 41 hombres, lo que supone un 80.38% de mujeres, frente a un 19.62% de hombres. Estos datos corroboran la presencia dominante del sexo femenino, como es característico de la profesión hasta la fecha, sin embargo, se encontró ligeramente por debajo del porcentaje nacional de mujeres enfermeras que es de 85.0% (INEGI, 2018).

Edad.

Puede observarse que la mayor parte de los profesionales son jóvenes, al encontrarse en el rango de 20 a 29 años, mientras que poco más del 12% de la muestra tenía 40 o más años (Fig.2). La media de edad fue de 31.20 años, es decir, 5.6 años más jóvenes que la edad media de estos profesionales en México (INEGI, 2018).

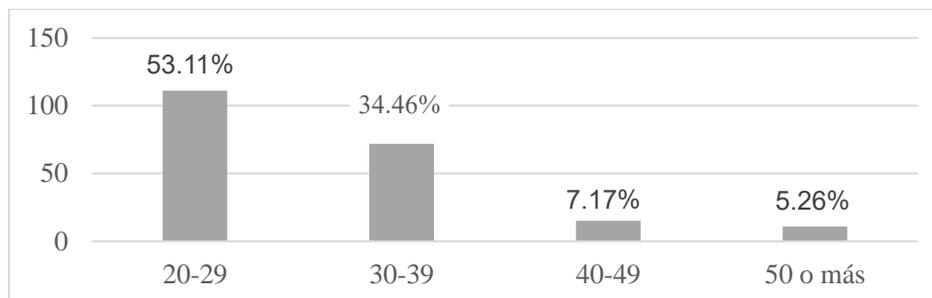


Figura 2. Distribución de la muestra según la edad.

Estado civil.

La mayor parte de los sujetos estaban casados o viviendo en unión libre, representando el 61.24%, mientras que los solteros, divorciados y viudos representaron el 38.76% de la muestra.

Unidad laboral.

Como puede observarse en la Figura 3, la mayor concentración de profesionales en enfermería, se encuentra en el área de hospitalización o piso, siendo la de menor afluencia la unidad hiperbárica. Esta distribución, según afirmaciones del Departamento de Recursos Humanos del hospital y en concordancia con Meza-Galván (2009), se realiza considerando la carga de trabajo y distribución de pacientes, según la clasificación por categorías de la dirección del hospital, junto con las funciones de planificación y previsión, que a su vez contemplan la prestación, producción y recursos financieros de los recursos humanos.

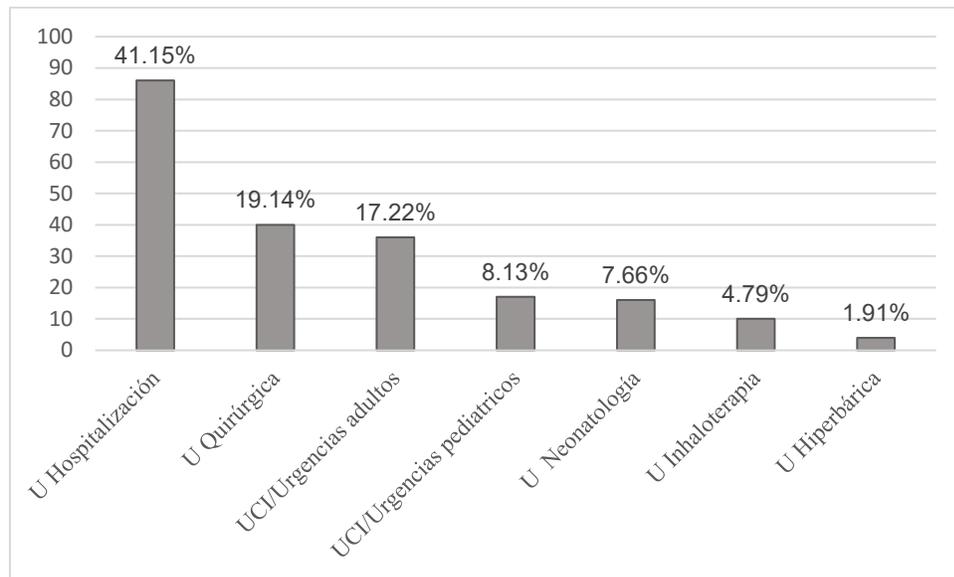


Figura 3. Distribución de la muestra según la unidad laboral.

Grado máximo de estudios.

Puede observarse que, por mucho, el porcentaje más elevado corresponde a la carrera técnica en enfermería, seguido por la licenciatura en enfermería representado por aproximadamente la cuarta parte de la muestra y en un porcentaje muy inferior el grado de maestría y diplomado. Ninguno de los participantes declaró haber obtenido el grado de doctorado (Fig.4).

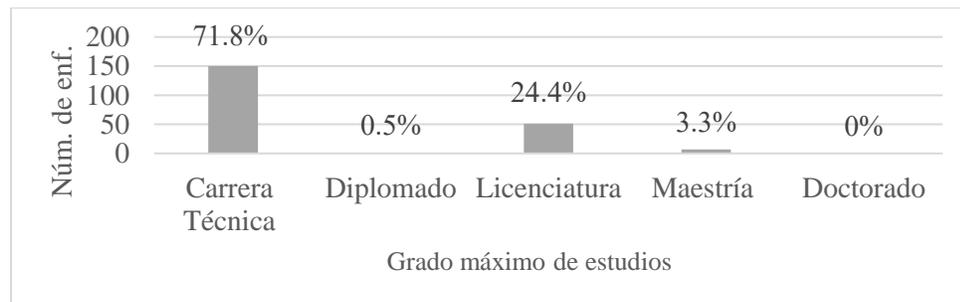


Figura 4. Distribución de la muestra según su grado máximo de estudios.

Años laborando en enfermería.

El rango de antigüedad laborando como profesional en enfermería fue de 0 a 35 años, ubicándose cerca de la mitad de los sujetos en el primer intervalo que es el de 0 a 6 años (Fig. 5).

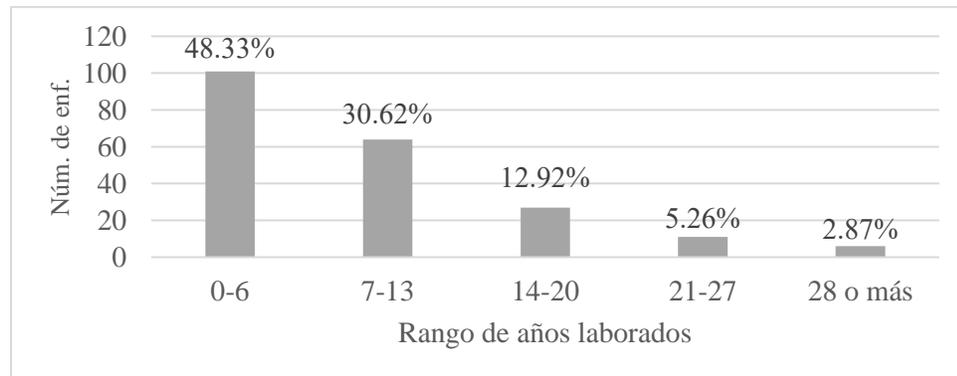


Figura 5. Distribución de la muestra según los años laborados en enfermería.

Años que espera continuar laborando en enfermería.

De acuerdo con los resultados obtenidos, el 40% de la muestra, espera continuar laborando como profesionales en enfermería, entre 21 y 30 años más (Fig. 6).

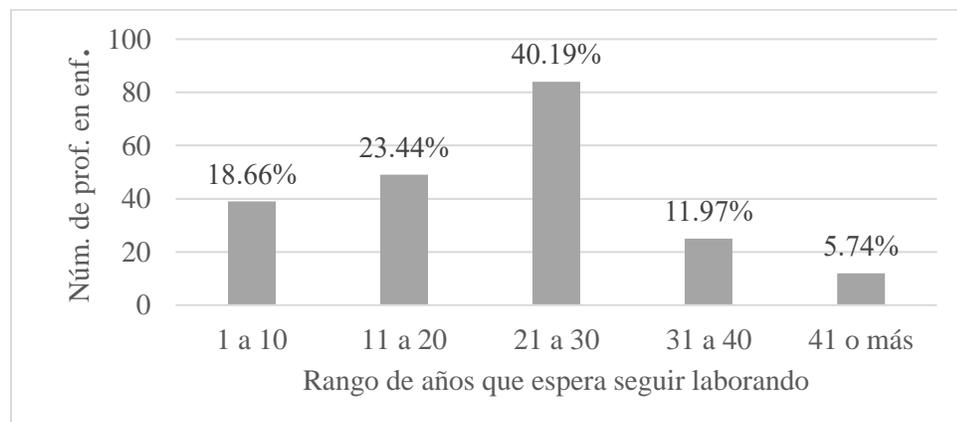


Figura 6. Distribución de la muestra según los años que espera seguir laborando en enfermería.

Análisis descriptivo de la calidad de vida laboral.

A partir de las sumas de las respuestas de los ítems que conforma cada uno de los componentes de la calidad de vida laboral, se elaboraron índices con la finalidad de determinar sus niveles en las unidades en las que se divide el departamento de enfermería del hospital, de igual manera se presentan dichos índices considerando la variable sociodemográfica sexo. Así mismo se presentan las categorías de calidad de vida laboral en la que se encuentran los profesionales en enfermería.

En la Tabla 2 se pueden observar las medidas de tendencia central y dispersión de cada uno de los componentes de la calidad de vida laboral. Puede observarse de los resultados que esto lleva a una primera conclusión de que la calidad de vida laboral es buena en este hospital.

Tabla 2

Medidas de tendencia central y dispersión de los componentes de calidad de vida laboral.

Componentes CVL	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>
Satisfacción por compasión	43.16	5.14
Síndrome de quemado	20.96	4.69
Estrés por trauma secundario	20.26	6.71

Fuente: Elaboración propia.

Análisis descriptivo de la satisfacción por compasión.

La satisfacción por compasión fue el componente de la calidad de vida laboral que obtuvo la calificación más elevada ($\bar{x}=43.16$, $s=5.14$). Tomando en consideración las respuestas de algunos ítems en particular del instrumento, puede observarse que el 64.6% de los participantes manifestó que casi siempre sienten satisfacción; el 69.4% orgullo; el 73.7% que disfrutan ayudar y el 78.0% que están felices por la profesión elegida. Sin embargo, en cuanto al ítem relacionado con la sensación de poder cambiar las cosas a través de su trabajo, un 34.0% de la muestra indicó que sólo “algunas veces” es posible.

Como puede observarse en la Figura 7, el 68.90% de la muestra se ubicó en el rango más alto de satisfacción por compasión. Así mismo, se observa que no hay proporcionalidad entre hombres y mujeres en diferentes niveles, lo cual pudiera ser un indicador de la existencia de diferencias significativas entre los mismos, situación que se corroborará mediante las pruebas de hipótesis correspondientes de las variables.

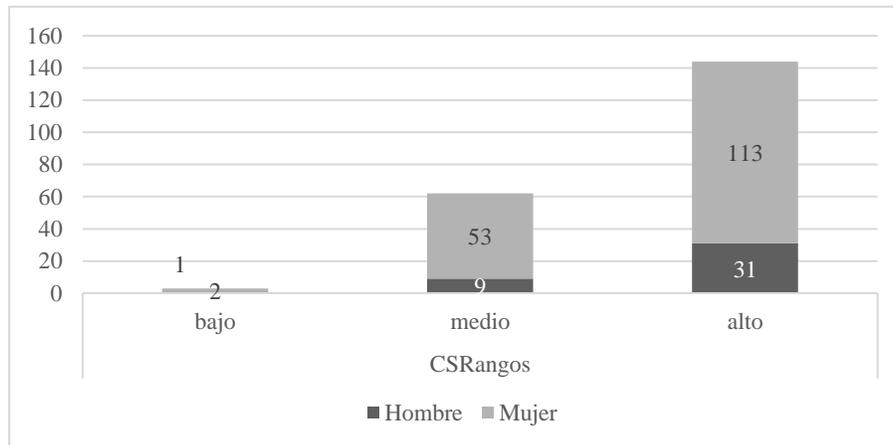


Figura 7. Distribución de la muestra según los niveles de satisfacción por compasión y sexo.

En la Figura 8 puede observarse que, en todas las unidades del departamento de enfermería del hospital, se registró una media de satisfacción por compasión elevada, siendo las unidades hiperbárica ($\bar{x}=44.25$) y quirúrgica ($\bar{x}=44.00$), las que obtuvieron los puntajes más elevados, mientras que las unidades de cuidados intensivos y urgencias tanto pediátricas ($\bar{x}=42.77$) como para adultos ($\bar{x}=42.19$), obtuvieron las más bajas.

Estos resultados pudieran ser un indicador de que algunas características propias de las unidades de urgencias, incluyendo el horario, la carga de trabajo o el contacto con la muerte, pudieran estar influyendo de manera negativa, tal como se señala en investigaciones como la de Sacco, Ciurzynski, Harvey e Ingersoll (2015).

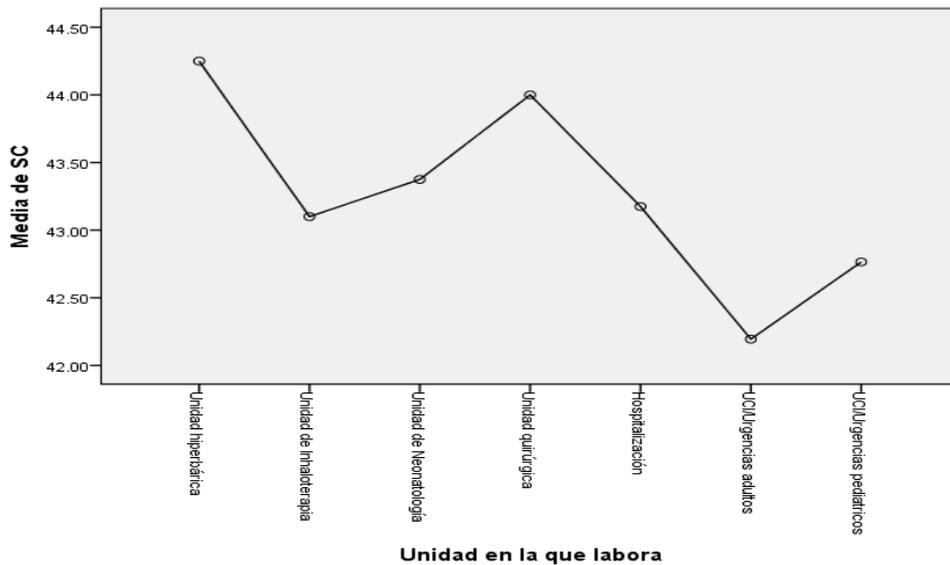


Figura 8. Distribución de la muestra según los niveles de satisfacción por compasión y la unidad laboral.

Análisis descriptivo del síndrome de quemado.

El síndrome de quemado se presentó, en la mayoría de los participantes, en niveles bajos ($\bar{x}=20.96$, $s=4.69$). Es de resaltar que un alto porcentaje de los participantes manifestó que casi siempre o muy a menudo son felices (92.3%), se sienten vinculados a otras personas debido a su trabajo (67.5%) y que sus creencias religiosas o espirituales le apoyan (65.1%), de igual modo la mayoría afirmó que algunas veces o a menudo se percibe como demasiado sensibles (43.1%) y que su trabajo les hace sentir agotados (59.8%).

De acuerdo al sexo, se observa una proporcionalidad entre hombres y mujeres en los diferentes niveles, lo cual pudiera ser un indicador de que las diferencias no son significativas (Fig. 9).

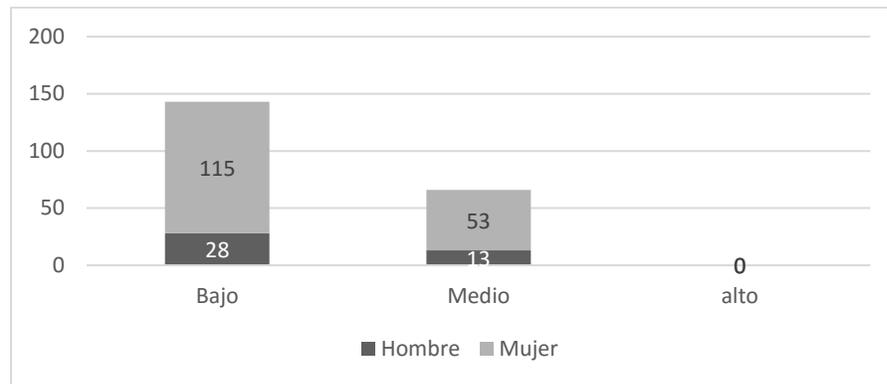


Figura 9. Distribución de la muestra según los niveles de síndrome de quemado y sexo.

Como puede observarse en la Figura 10, las unidades que presentaron los niveles de síndrome de quemado más altos, fueron las unidades de cuidados intensivos y urgencias, tanto pediátricas ($\bar{x}=22.94$) como de adultos ($\bar{x}=22.08$) y; las más bajas las de neonatología ($\bar{x}=19.25$) e inhaloterapia ($\bar{x}=19.40$).

Estos resultados, al igual que los arrojados en la satisfacción por compasión, pudieran ser un indicador de que el trabajo que se realiza en las unidades de urgencias afecta negativamente a los profesionales en enfermería que en ellas laboran, incrementando los niveles de síndrome de quemado.

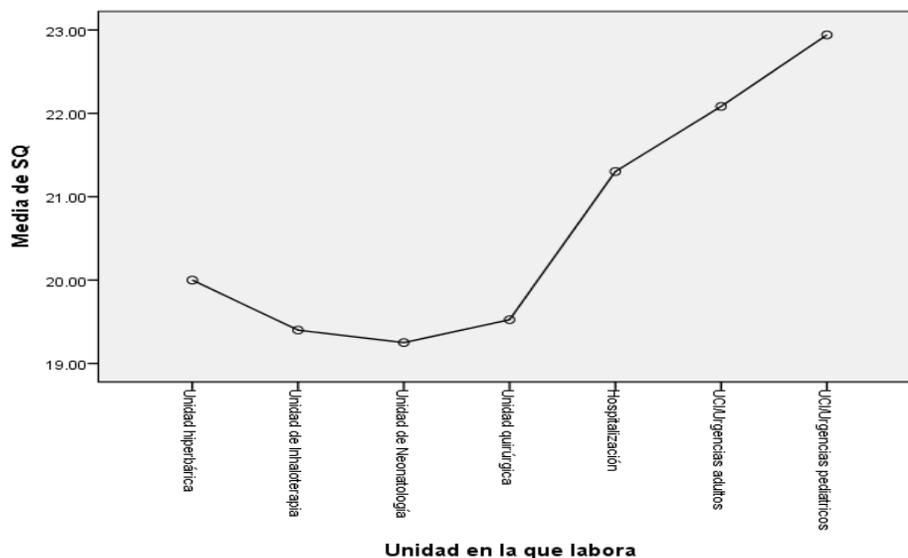


Figura 10. Distribución de la muestra de acuerdo al síndrome de quemado y la unidad laboral

Análisis descriptivo del estrés por trauma secundario.

El estrés por trauma secundario fue el componente de la calidad de vida laboral con la media más baja ($\bar{x}=20.26$, $s=6.71$). Cabe hacer mención que la mayoría de los participantes afirmaron que a menudo o en algunas situaciones se sienten preocupados por una o más de las personas que han ayudado (64.6%), así mismo, mencionó la mayoría que nunca o rara vez han considerado haber sido afectados negativamente (91.9%), haberse sentido deprimidos por las experiencias traumáticas de los pacientes (84.7%) o han evitado actividades o situaciones que les recuerdan dichas experiencias traumáticas (83.3%).

En la Figura 11, se observa una proporcionalidad entre hombres y mujeres en los diferentes niveles, lo cual pudiera ser un indicador de diferencias significativas entre los mismos.

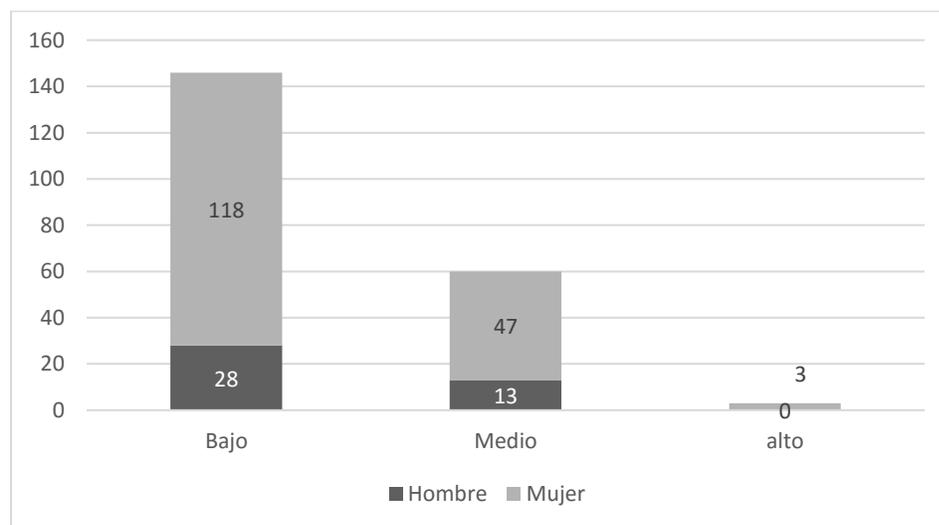


Figura 11. Distribución de la muestra de acuerdo al estrés por trauma secundario y el sexo.

En la Figura 12, se observa que, en todas las unidades del departamento de enfermería, los profesionales se ubicaron en un nivel bajo de estrés por trauma secundario, siendo las unidades en las que se registraron las incidencias más elevadas las de cuidados intensivos y urgencias adultos ($\bar{x}=22.36$) y neonatología ($\bar{x}=20.18$) y en la que se registraron las puntuaciones más bajas fue inhaloterapia ($\bar{x}=17.00$).

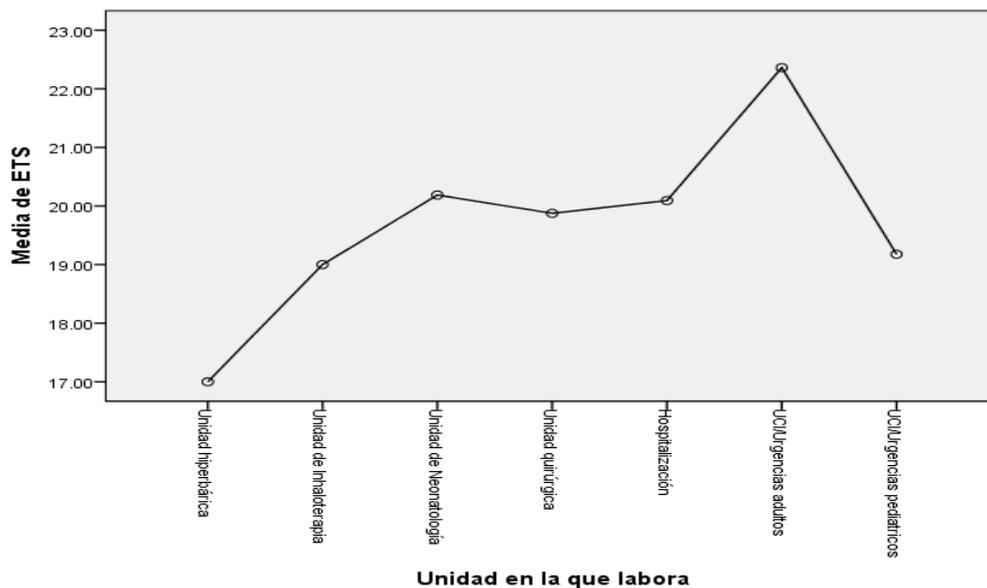


Figura 12. Distribución de la muestra de acuerdo al estrés por trauma secundario y la unidad laboral.

En la Tabla 3 se presenta la distribución de la muestra en cada una de las categorías de calidad de vida laboral establecidas en el ProQOL (Stamm, 2010), distribuidos también de acuerdo al sexo. Puede observarse que más de la mitad de la muestra se encuentra en la categoría más alta y positiva. Esto significa que la mayor parte del personal se siente reforzado positivamente en su trabajo sin una gran preocupación de ineficacia, ya sea como individuos o dentro de su organización. No sufren ningún temor notable como resultado de su trabajo y por lo general pueden beneficiarse del compromiso, oportunidades de educación continua y otras oportunidades para crecer en su posición. Es probable que sean buenas influencias para sus colegas y su organización (Stamm, 2010).

Es importante considerar, que si bien, esta categorización resulta útil para ubicar en los diferentes niveles de calidad de vida laboral a los participantes, los puntajes obtenidos por cerca de la mitad de la muestra (46.41%), no cumplieron con las combinaciones establecidas, sin embargo, el hecho de que el 53.59% de los participantes se ubicara en la categoría más alta, así como los elevados puntajes de

satisfacción por compasión y bajos de síndrome de quemado y estrés por trauma secundario, son indicadores de una buena calidad de vida laboral entre los participantes.

Tabla 3

Distribución de la muestra de acuerdo a las categorías de calidad de vida laboral y al sexo.

Categorías de CVL	Mujeres	Hombres	Total
C1. Alta SC + moderado a bajo SQ y ETS (Reforzado positivamente)	87 (51.79%)	24 (58.54%)	111(53.11%)
C2. Alto SQ + moderado a bajo SC y ETS (Riesgo bajo)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
C3. Alto ETS + bajo SQ y bajo SC (Riesgo medio)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
C4. Alto ETS y alto SC con bajo SQ (Riesgo alto)	1 (0.60%)	0 (0%)	1 (0.48%)
C5. Alto ETS y alto SQ con bajo SC (En peligro)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Ninguno de los perfiles	80 (47.61%)	17 (41.46%)	97 (46.41%)

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la unidad laboral, neonatología e inhaloterapia, fueron las unidades en las que se presentaron mayores porcentajes de profesionales en enfermería en la categoría C1 de calidad de vida laboral, representando el 51.79% y el 58.54% del personal; así mismo las unidades de cuidados intensivos y urgencias, tanto pediátricas como de adultos, fueron las que presentaron los niveles más bajos con el 41.18% y el 47.22% respectivamente.

Análisis descriptivo de la depresión.

La incidencia de la depresión entre los profesionales en enfermería participantes, se ubicó en el rango más bajo ($\bar{x}=5.44$, $s=6.64$), con una distribución asimétrica positiva. Cabe resaltar que más del 80% de los participantes señalaron no haber tenido o haber tenido poco, durante la semana anterior a su participación, los indicadores de depresión establecidos por el instrumento, como son: ausencia de pensamientos positivos, falta de iniciativa, falta de sentido en su vida, tristeza, falta de entusiasmo, o desvalorización de su persona.

De acuerdo al sexo, la media obtenida fue muy similar entre hombres y mujeres, con puntuaciones de $\bar{x}=5.95$ y $\bar{x}=5.32$ respectivamente.

Por otra parte, la distribución por unidad laboral señala que las unidades de cuidados intensivo y urgencias para adultos y pediátricas, fueron las que obtuvieron las puntuaciones más elevadas, con medias de 8.16 y 7.88 respectivamente; las unidades con las puntuaciones más bajas fueron hiperbárica y hospitalización, con medias de 3.00 y 4.91.

Análisis descriptivo de la ansiedad.

La incidencia de la ansiedad entre los participantes, al igual que en la depresión, se ubicó en promedio en el rango más bajo ($\bar{x}=6.66$, $s=7.33$). Así mismo, fue más del 80% de los encuestados quienes negaron haber experimentado los criterios de ansiedad que se indican en la escala respectiva.

En cuanto a la categorización por sexo la distribución fue menos equitativa, al presentar las mujeres una puntuación media de 6.42, comparada con la de los hombres de 7.66, cayendo las primeras en el rango normal y los hombres en el moderado.

Con respecto a la unidad laboral, los resultados difieren de los de la depresión, al ser la unidad de inhaloterapia la que obtuvo las puntuaciones más elevadas ($\bar{x}=9.20$) y en segundo lugar, pero con una puntuación bastante más baja, cuidados intensivos y urgencias pediátricas ($\bar{x}=7.65$); al igual que con la depresión, las unidades con las puntuaciones más bajas fueron hiperbárica ($\bar{x}=4.00$) y hospitalización ($\bar{x}=5.98$)

Estos resultados indican una elevada probabilidad de que existan diferencias significativas entre hombres y mujeres; así como por unidad laboral, dada la amplitud del rango de puntuaciones entre las mismas.

Análisis descriptivo del estrés.

La incidencia de estrés que presentaron los participantes se ubica también en el rango más bajo ($\bar{x}=9.75$, $s=8.12$). Los participantes afirmaron que no habían experimentado en la semana previa a su participación la mayor parte de los indicadores que señala el instrumento, como son: nervios, dificultad para relajarse, agitación, falta de tolerancia e irritabilidad; sin embargo, el 24.9% señaló haber experimentado

constantemente una dificultad para relajarse y el 14.4% haber reaccionado exageradamente en ciertas situaciones.

La distribución del estrés según el sexo fue inversa a la de la ansiedad, al presentar las mujeres una puntuación media de 9.94, superior a la de los hombres quienes obtuvieron 8.94. Estos puntajes ubican a ambos en el rango más bajo de estrés.

De manera consistente con los resultados obtenidos en la depresión y la ansiedad, la unidad que presentó los puntajes más elevados fue cuidados intensivos y urgencias para adultos con una media de 12.39 y en segundo lugar inhaloterapia con una media de 11.60. Así mismo las unidades con los niveles más bajos fueron hiperbárica (\bar{x} =8.50) y quirúrgica (\bar{x} =8.55).

Análisis descriptivo de la pasión armoniosa.

La incidencia de pasión armoniosa que presentaron los participantes fue de 6.133, con una desviación estándar de 1.054, si se considera que la puntuación máxima posible de 7.00, puede afirmarse que el nivel de pasión armoniosa entre los participantes es elevado, aunque no se establezcan rangos o niveles en el manual correspondiente.

Más del 80% de los participantes afirmaron estar de acuerdo con la mayoría de los criterios señalados en el instrumento como son: que su trabajo les permite vivir una gran variedad de experiencias, que el aprendizaje cotidiano hace más valioso su trabajo, que su trabajo refleja sus cualidades y les permite vivir experiencias memorables y que se sienten completamente involucrados con él; sin embargo, el 24.9% de los mismos considera que su trabajo no está totalmente en armonía con otras actividades de su vida.

En cuanto a la categorización por sexo, la distribución es similar entre hombres y mujeres, al obtener los primeros una puntuación media de 6.29 y de las mujeres de 6.10. Ambos se encuentran en un nivel alto y es poco probable que la diferencia sea significativa.

La puntuación media obtenida en esta variable fue similar en todas las unidades del hospital, siendo las unidades de neonatología e inhaloterapia las que obtuvo las puntuaciones más altas (\bar{x} =6.46 y \bar{x} =6.39) y las unidades hiperbárica y cuidados intensivos y urgencias pediátricas, las más bajas (\bar{x} =5.64 y \bar{x} = 6.08).

Análisis descriptivo de la pasión obsesiva.

La incidencia de la presente variable se encuentra dentro de un nivel medio-bajo ($\bar{x}=2.997$, $s=1.689$), considerando el rango de puntuación posible que va de 1 a 7. El 37.4% de los participantes afirmaron estar de acuerdo en que no pueden vivir sin este trabajo y el 33.6% que sería difícil concebir dedicarse a otra profesión, el 21% afirmó que su estado de ánimo depende de su capacidad para realizar su trabajo y el 20.0% que siente dependencia emocional hacia su trabajo. Así mismo, más del 80% de los participantes afirmaron no haber experimentado otros de los criterios establecidos, como son los sentimientos obsesivos, y la necesidad incontrolable de realizar su trabajo.

En cuanto a su categorización por sexo, se obtuvo nuevamente una distribución similar, al obtener las mujeres una puntuación media de 3.01 y los hombres de 2.96.

Con respecto a la unidad laboral en la que se encuentran, se puede observar que los niveles más elevados de este factor se encuentran en las unidades de neonatología y de cuidados intensivos y urgencias adultos ($\bar{x}=3.54$ y $\bar{x}=3.39$) y en las que se presentaron los niveles más bajos fueron inhaloterapia y cuidados intensivos y urgencias pediátricas ($\bar{x}=2.06$ y $\bar{x}=2.30$).

Considerando conjuntamente los resultados obtenidos en la pasión armoniosa, puede observarse que en la unidad de inhaloterapia se presentaron niveles altos de pasión armoniosa y bajos de pasión obsesiva; así mismo, que la unidad de neonatología obtuvo las puntuaciones más elevadas en ambas pasiones y la de cuidados intensivos y urgencias pediátricas fue de las que obtuvieron las puntuaciones más bajas en los dos tipos de pasión.

Análisis descriptivo de la resiliencia.

La puntuación media que obtuvieron los profesionales en enfermería participantes fue de 32.67, con una desviación estándar de 4.52. Considerando que el rango de puntuación es de 0 a 40, puede afirmarse que los niveles son altos.

Cabe resaltar que más del 80.0% de los participantes afirmaron sentir siempre o muy a menudo que pueden adaptarse a los cambios, enfrentar las situaciones que se les interpongan y alcanzar sus metas aun cuando se presentan obstáculos, así mismo

entre el 25.0% y el 35.0% de los participantes afirmaron que pocas veces tratan de verle el lado gracioso a los problemas y a recuperarse rápido de las enfermedades o dificultades, que algunas veces perciben que la presión y el estrés pueden afectar la claridad de sus pensamientos y que los sentimientos desagradables y dolorosos son difíciles de manejar.

Con respecto al sexo, los hombres presentaron puntuaciones ligeramente superiores que las mujeres ($\bar{x}=35.08$ y $\bar{x}=32.08$).

Así mismo, las unidades laborales en las que se presentaron los índices más elevados de resiliencia fueron inhaloterapia ($\bar{x}=35.68$) y quirúrgica ($\bar{x}=34.82$) y, en las que se presentaron los niveles más bajos fue en las unidades de hospitalización ($\bar{x}=31.76$) e hiperbárica ($\bar{x}=32.00$).

Análisis Inferencial

El análisis de la varianza permite contrastar la hipótesis nula de que las medidas de K poblaciones ($K>2$) son iguales, frente a la hipótesis alternativa de que por lo menos una de las poblaciones difiere de las demás en cuanto a su valor esperado. Este contraste es fundamental en el análisis de las variables, ya que permite determinar si existen diferencias significativas entre las unidades en las que se encuentra dividido el departamento de enfermería del hospital.

En la Tabla 4, se concentran los resultados de las pruebas t para diferencia de medias y puede observarse que la única variable que presentó diferencias significativas por sexo, fue la ansiedad siendo los hombres quienes obtuvieron puntuaciones más elevadas.

Tabla 4

Diferencias significativas de las variables por sexo.

Factores	Sexo	Media	Desv. estándar	Media de e. estándar	t	Sig.
Satisfacción por compasión	Hombre	43.8049	5.80181	0.90609	0.891	0.701
	Mujer	43.0060	4.97599	0.38391		
Síndrome de quemado	Hombre	20.6341	4.61929	0.72141	-0.491	0.719

	Mujer	21.0357	4.71447	0.36373		
Estrés por trauma secundario	Hombre	19.3171	5.98514	0.93472		
	Mujer	20.4940	6.87441	0.53037	-1.007	0.935
Depresión	Hombre	5.9512	7.99359	1.24839		
	Mujer	5.3214	6.28973	0.48526	0.543	0.145
Ansiedad	Hombre	7.6585	9.85802	1.53956		
	Mujer	6.4167	6.58015	0.50767	0.766	*0.002
Estrés	Hombre	8.9756	9.94105	1.55253		
	Mujer	9.9405	7.96527	0.61453	-0.661	0.103
Pasión armoniosa	Hombre	6.2892	0.89242	0.13937		
	Mujer	6.0952	1.08928	0.08404	1.056	0.182
Pasión obsesiva	Hombre	2.9582	1.62073	0.25312		
	Mujer	3.0077	1.71038	0.13196	-0.168	0.532
Resiliencia	Hombre	35.0829	3.68591	0.57564		
	Mujer	32.0762	4.51212	0.34812	3.955	0.296

Nota: * $p < .05$ (Sig. 2-colas). Fuente: Elaboración propia.

Para identificar si existían diferencias significativas respecto a los factores psicosociales y los componentes de la calidad de vida laboral, considerando la unidad como criterio de agrupamiento, se aplicó la prueba de ANOVA y se confirmó la existencia de diferencias estadísticamente significativas en el síndrome de quemado y en la resiliencia (Tabla 5).

Tabla 5

Diferencias significativas de las variables por unidad laboral.

Variables	F	Sig.
Satisfacción por compasión	0.434	0.856
Síndrome de quemado	2.192	*0.045
Estrés por trauma secundario	0.906	0.491
Depresión	1.294	0.262
Ansiedad	0.548	0.771
Estrés	0.917	0.484
Pasión Obsesiva	0.517	0.795
Pasión armoniosa	1.852	0.091
Resiliencia	3.195	*0.005

Nota: * $p < .05$ (Sig. 2-colas). Fuente: Elaboración propia.

Una vez determinada la existencia de diferencias entre las medias, se realizaron las pruebas de rango post hoc para determinar qué medias difieren. Para su análisis y comprensión es importante considerar que las pruebas de rango identifican subconjuntos homogéneos de medias que no se diferencian entre sí y las comparaciones múltiples por parejas contrastan la diferencia entre cada pareja de medias.

En la Tabla 6, se presentan los resultados de la comparación de medias de las diferentes unidades, con respecto al síndrome de quemado, a través de la prueba post hoc DMS (diferencias menos significativas). Es importante considerar que este test utiliza pruebas t para realizar todas las comparaciones por pares entre las medias de los grupos y, que la tasa de error no se corrige para realizar múltiples comparaciones.

Tabla 6

Comparaciones múltiples del síndrome de quemado entre las unidades laborales.

Unidad en la que labora		Diferencia de medias	Error estándar	Sig.	IC al 95%	
					L inferior	L superior
Unidad hiperbárica	Inhaloterapia	0.60000	2.72677	0.826	-4.7766	5.9766
	Neonatología	0.75000	2.57655	0.771	-4.3304	5.8304
	Quirúrgica	0.47500	2.41702	0.844	-4.2908	5.2408
	Hospitalización	-1.30233	2.35752	0.581	-5.9508	3.3462
	UCI/Urgencias adultos	-2.08333	2.42920	0.392	-6.8732	2.7065
Unidad de Inhaloterapia	UCI/Urgencias pediátricos	-2.94118	2.56135	0.252	-7.9916	2.1092
	Hiperbárica	-0.60000	2.72677	0.826	-5.9766	4.7766
	Neonatología	0.15000	1.85798	0.936	-3.5135	3.8135
	Quirúrgica	-0.12500	1.62955	0.939	-3.3381	3.0881
	Hospitalización	-1.90233	1.53993	0.218	-4.9387	1.1341
Unidad de Neonatología	UCI/Urgencias adultos	-2.68333	1.64756	0.105	-5.9320	0.5653
	UCI/Urgencias pediátricos	-3.54118	1.83684	0.055	-7.1630	0.0807
	Hiperbárica	-0.75000	2.57655	0.771	-5.8304	4.3304
	Inhaloterapia	-0.15000	1.85798	0.936	-3.8135	3.5135
	Quirúrgica	-0.27500	1.36338	0.840	-2.9633	2.4133
Unidad quirúrgica	Hospitalización	-2.05233	1.25489	0.104	-4.5267	0.4220
	UCI/Urgencias adultos	-2.83333*	1.38486	0.042	-5.5640	-0.1027
	UCI/Urgencias pediátricos	-3.69118*	1.60541	0.023	-6.8567	-0.5257
	Hiperbárica	-0.47500	2.41702	0.844	-5.2408	4.2908
	Inhaloterapia	0.12500	1.62955	0.939	-3.0881	3.3381
Unidad de Hospitalización	Neonatología	0.27500	1.36338	0.840	-2.4133	2.9633
	Hospitalización	-1.77733*	0.88210	0.045	-3.5166	-0.0380
	UCI/Urgencias adultos	-2.55833*	1.05886	0.017	-4.6462	-0.4705
	UCI/Urgencias pediátricos	-3.41618*	1.33443	0.011	-6.0474	-0.7850
	Hiperbárica	1.30233	2.35752	0.581	-3.3462	5.9508
Unidad de Hospitalización	Inhaloterapia	1.90233	1.53993	0.218	-1.1341	4.9387
	Neonatología	2.05233	1.25489	0.104	-0.4220	4.5267
	Quirúrgica	1.77733*	0.88210	0.045	0.0380	3.5166

	UCI/Urgencias adultos	-0.78101	0.91494	0.394	-2.5851	1.0231
	UCI/Urgencias pediátricos	-1.63885	1.22337	0.182	-4.0511	0.7734
UCI/Urgencias adultos	Hiperbárica	2.08333	2.42920	0.392	-2.7065	6.8732
	Inhaloterapia	2.68333	1.64756	0.105	-0.5653	5.9320
	Neonatología	2.83333*	1.38486	0.042	0.1027	5.5640
	Quirúrgica	2.55833*	1.05886	0.017	0.4705	4.6462
	Hospitalización	0.78101	0.91494	0.394	-1.0231	2.5851
	UCI/Urgencias pediátricos	-0.85784	1.35636	0.528	-3.5323	1.8166
UCI/Urgencias pediátricos	Hiperbárica	2.94118	2.56135	0.252	-2.1092	7.9916
	Inhaloterapia	3.54118	1.83684	0.055	-0.0807	7.1630
	Neonatología	3.69118*	1.60541	0.023	0.5257	6.8567
	Quirúrgica	3.41618*	1.33443	0.011	0.7850	6.0474
	Hospitalización	1.63885	1.22337	0.182	-0.7734	4.0511
	UCI/Urgencias adultos	0.85784	1.35636	0.528	-1.8166	3.5323

Nota: *La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 7, se presentan los resultados de la prueba *Scheffé* mediante la cual se determinaron las diferencias de medias de la resiliencia. Esta prueba fue la idónea debido al desequilibrio en el número de individuos en las diferentes unidades y porque esta prueba realiza todas las comparaciones múltiples conjuntas por parejas para todas las parejas de combinaciones de las medias posibles y, puede utilizarse para examinar todas las combinaciones lineales de grupos de medias posibles, no sólo las comparaciones por parejas.

Tabla 7

Comparaciones múltiples de la resiliencia entre las unidades laborales.

Unidad en la que labora		Diferencia de medias	Error estándar	Sig.	IC al 95%	
					L inferior	L superior
Unidad hiperbárica	Inhaloterapia	-3.6800	2.5907	0.9172	-12.9713	5.6113
	Neonatología	-0.2000	2.4480	1.0000	-8.9795	8.5795
	Quirúrgica	-2.8200	2.2964	0.9583	-11.0559	5.4159
	Hospitalización	0.2419	2.2399	1.0000	-7.7913	8.2750
	UCI/Urgencias adultos	-0.1778	2.3080	1.0000	-8.4551	8.0996
Unidad de Inhaloterapia	UCI/Urgencias pediátricos	-0.0471	2.4336	1.0000	-8.7747	8.6806
	Hiperbárica	3.6800	2.5907	0.9172	-5.6113	12.9713
	Neonatología	3.4800	1.7653	0.6919	-2.8510	9.8110
	Quirúrgica	0.8600	1.5483	0.9994	-4.6926	6.4126
	Hospitalización	3.9219	1.4631	0.3090	-1.3254	9.1691
Unidad de Neonatología	UCI/Urgencias adultos	3.5022	1.5654	0.5447	-2.1118	9.1162
	UCI/Urgencias pediátricos	3.6329	1.7452	0.6321	-2.6260	9.8919
	Hiperbárica	0.2000	2.4480	1.0000	-8.5795	8.9795
	Inhaloterapia	-3.4800	1.7653	0.6919	-9.8110	2.8510
	Quirúrgica	-2.6200	1.2954	0.6645	-7.2657	2.0257
	Hospitalización	0.4419	1.1923	0.9999	-3.8341	4.7178
	UCI/Urgencias adultos	0.0222	1.3158	1.0000	-4.6966	4.7410

Unidad quirúrgica	UCI/Urgencias pediátricos	0.1529	1.5253	1.0000	-5.3174	5.6233
	Hiperbárica	2.8200	2.2964	0.9583	-5.4159	11.0559
	Inhaloterapia	-0.8600	1.5483	0.9994	-6.4126	4.6926
	Neonatología	2.6200	1.2954	0.6645	-2.0257	7.2657
	Hospitalización	3.06186*	0.8381	0.0422	0.0561	6.0676
Unidad de Hospitalización	UCI/Urgencias adultos	2.6422	1.0060	0.3350	-0.9658	6.2502
	UCI/Urgencias pediátricos	2.7729	1.2679	0.5731	-1.7741	7.3200
	Hiperbárica	-0.2419	2.2399	1.0000	-8.2750	7.7913
	Inhaloterapia	-3.9219	1.4631	0.3090	-9.1691	1.3254
	Neonatología	-0.4419	1.1923	0.9999	-4.7178	3.8341
UCI/Urgencias adultos	Quirúrgica	-3.06186*	0.8381	0.0422	-6.0676	-0.0561
	UCI/Urgencias adultos	-0.4196	0.8693	0.9998	-3.5373	2.6980
	UCI/Urgencias pediátricos	-0.2889	1.1623	1.0000	-4.4575	3.8797
	Hiperbárica	0.1778	2.3080	1.0000	-8.0996	8.4551
	Inhaloterapia	-3.5022	1.5654	0.5447	-9.1162	2.1118
UCI/Urgencias pediátricos	Neonatología	-0.0222	1.3158	1.0000	-4.7410	4.6966
	Quirúrgica	-2.6422	1.0060	0.3350	-6.2502	0.9658
	Hospitalización	0.4196	0.8693	0.9998	-2.6980	3.5373
	UCI/Urgencias pediátricos	0.1307	1.2887	1.0000	-4.4910	4.7525
	Hiperbárica	0.0471	2.4336	1.0000	-8.6806	8.7747
UCI/Urgencias adultos	Inhaloterapia	-3.6329	1.7452	0.6321	-9.8919	2.6260
	Neonatología	-0.1529	1.5253	1.0000	-5.6233	5.3174
	Quirúrgica	-2.7729	1.2679	0.5731	-7.3200	1.7741
	Hospitalización	0.2889	1.1623	1.0000	-3.8797	4.4575
	UCI/Urgencias adultos	-0.1307	1.2887	1.0000	-4.7525	4.4910

Nota: *La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05. Fuente: Elaboración propia.

Análisis correlacional

Se calcularon las correlaciones lineales entre las variables, mediante el coeficiente de Pearson. Para su interpretación numérica se tomaron como referencia rangos previamente establecidos (James, Hastie, Tibshirani, & Witten, 2017), en los que se consideran como “muy altas” las puntuaciones de 0.80 o mayores, como “altas” de 0.79 a 0.60, “moderadas” de 0.59 a 0.40, “bajas” de 0.39 a 0.20 y como “muy bajas” las menores de 0.20.

Como se aprecia en la Tabla 8, en la satisfacción por compasión se presentaron asociaciones negativas bajas con la depresión, la ansiedad y el estrés, y positiva muy baja con la pasión obsesiva. En cuanto a la satisfacción por compasión, la pasión armoniosa y la resiliencia, las relaciones fueron positivas moderadas. No se mostró relación significativa con el síndrome de quemado y el estrés por trauma secundario.

El estrés por trauma secundario se encuentra asociado positivamente de forma moderada con la depresión, la ansiedad, el estrés y altamente con el síndrome de quemado, así mismo presentó asociaciones moderadas de forma positiva con la pasión obsesiva y negativa con la resiliencia y negativa muy baja con la pasión armoniosa.

El síndrome de quemado presentó asociaciones positivas bajas con la depresión y la ansiedad y moderada con el estrés, así mismo presentó asociaciones negativas baja y muy baja con la pasión armoniosa y la resiliencia, respectivamente. No presentó correlaciones significativas con la satisfacción por compasión ni con la pasión obsesiva.

Con respecto a las variables independientes, se presentaron asociaciones positivas altas entre la depresión, la ansiedad y el estrés, así mismo, las tres variables presentaron asociaciones negativas moderadas con la resiliencia y bajas con la pasión armoniosa y, solamente la ansiedad presentó asociaciones significativas con la pasión obsesiva, siendo esta positiva muy baja. La pasión armoniosa presentó asociaciones positivas bajas con la resiliencia y la pasión obsesiva.

Es importante resaltar que todas las asociaciones entre los factores psicosociales “positivos” fueron positivas, al igual que entre los “negativos”; y de manera inversa, se presentaron asociaciones negativas entre los factores “positivos” y los “negativos”, esto a excepción de la pasión obsesiva con la satisfacción por compasión y con la pasión armoniosa entre las que se presentaron asociaciones positivas muy baja y baja, respectivamente.

Así mismo, es recalable la existencia de asociaciones en diversos grados entre la mayor parte de las variables estudiadas, a excepción de las asociaciones presentadas entre la pasión obsesiva con la depresión, la ansiedad, el estrés y la resiliencia.

Tabla 8

Coefficientes de correlación Pearson entre las variables analizadas

		Dep.	Ans.	Estrés	SC	SQ	ETS	PasAr	PasOb	Resil
Depresión	Correlación de Pearson	1	.740**	.694**	-.252**	.264**	.447**	-.239**	0.103	-.397**
	Sig. (bilateral)		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.136	0.000
Ansiedad	Correlación de Pearson		1	.777**	-.218**	.372**	.527**	-.191**	.141*	-.301**
	Sig. (bilateral)			0.000	0.001	0.000	0.000	0.006	0.042	0.000
Estrés	Correlación de Pearson			1	-.326**	.453**	.529**	-.333**	0.069	-.409**

	Sig. (bilateral)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.322	0.000
Satis por Comp	Correlación de Pearson	1	0.041	-0.122	.490**	.138*	.486**
	Sig. (bilateral)		0.559	0.078	0.000	0.047	0.000
Síndrome Quem	Correlación de Pearson		1	.620**	-.209**	0.097	-.144*
	Sig. (bilateral)			0.000	0.002	0.162	0.037
EstTrau Secund	Correlación de Pearson			1	-.188**	.261**	-.258**
	Sig. (bilateral)				0.006	0.000	0.000
PasArm	Correlación de Pearson				1	.258**	.365**
	Sig. (bilateral)					0.000	0.000
PasObs	Correlación de Pearson					1	0.033
	Sig. (bilateral)						0.638
Resilien	Correlación de Pearson						1

Nota: $p < .05$, $**p < .01$ (Sig. 2-colas) Fuente: Elaboración propia.

Análisis de las regresiones lineales múltiples

En este apartado se presenta el análisis de las regresiones lineales múltiples, identificando aquellas variables independientes que afectan a la calidad de vida laboral. El análisis de regresión lineal es una técnica estadística utilizada para estudiar la relación entre variables cuantitativas. Tanto en el caso de dos variables (regresión simple) como en el de más de dos variables (regresión múltiple), el análisis de regresión lineal puede utilizarse para explorar y cuantificar la relación entre una variable llamada dependiente o criterio (Y) y una o más variables llamadas independientes o predictoras (X_1, X_2, \dots, X_p), así como para desarrollar una ecuación lineal con fines predictivos.

Calidad de vida laboral en función de los factores psicosociales.

En la Tabla 9, es posible observar el parámetro R, llamado coeficiente de correlación múltiple, realizado mediante el método por pasos (*stepwise*), que muestra la correlación existente entre la variable dependiente, por cada una de sus componentes (satisfacción por compasión, síndrome de quemado y estrés por trauma secundario) y

las seis variables independientes (depresión, ansiedad, estrés, pasión obsesiva, resiliencia y pasión armoniosa).

El parámetro R cuadrada, llamado coeficiente de determinación múltiple, indica el porcentaje de variación de la variable dependiente que puede ser explicada a través de las variables independientes, mientras que la R cuadrada corregida es una corrección a la baja de R cuadrada que se basa en el número de casos y variables independientes, y constituye el verdadero coeficiente de correlación poblacional (Martinez, 2005).

Se hizo la prueba de los tres componentes de la calidad de vida laboral, con todas las variables independientes. El resultado del modelo de regresión lineal explica un 35.0% de la variabilidad de la satisfacción por compasión, a través de las variables independientes resiliencia y pasión armoniosa; así mismo explica un 20.5% del síndrome de quemado a través de la variable independiente estrés; y finalmente explica un 35.4% del estrés por trauma secundario, a través de las variables estrés, pasión obsesiva y ansiedad.

Una vez conocidos los coeficientes de correlación y determinación múltiples, debe determinarse si alguna(s) de la(s) variable(s) independiente(s) contribuye(n) con información significativa para la explicación de la variable dependiente.

La Tabla 9 muestra también, el análisis detallado para cada variable independiente participante en el modelo. Lo primero que hay que señalar son los valores B, que indican los coeficientes para cada variable independiente en una ecuación de predicción, la cual puede ser definida como la línea de mejor ajuste que minimiza la suma de los cuadrados de las desviaciones entre los valores observados y los pronosticados. Todos los valores de B en esta tabla son diferentes a cero, por lo que se puede decir que cada variable explica, en alguna medida, la calidad de vida laboral. Por tanto, las ecuaciones de predicción se definen de la siguiente manera:

- Satisfacción por compasión= $1.915 + 0.176$ pasión armoniosa + 0.324 resiliencia.
- Síndrome de quemado= $35.675 + (- 1.331)$ pasión armoniosa + 0.149 estrés + $(-.245)$ Resiliencia.

- Estrés por trauma secundario= $13.805 + 0.258 \text{ estrés} + 0.810 \text{ pasión obsesiva} + 0.228 \text{ ansiedad}$.

Otro parámetro a considerar es el coeficiente estandarizado Beta (coeficientes tipificados), los cuales permiten valorar la importancia relativa de cada variable independiente dentro de la ecuación. En general, una variable tiene más peso (importancia) en la ecuación de regresión cuanto mayor (en valor absoluto) es este coeficiente.

De acuerdo con los datos de las Tablas 9, 10, 11 y 12, puede observarse que todas las variables consideradas en los tres modelos, los cuales se presentan de manera independiente por cada uno de los componentes de la calidad de vida laboral, tienen relevancia, al haber obtenido en todos los casos, valor de significancia (sig) de 0.000.

Tabla 9

Sumario del modelo de calidad de vida laboral en función de los factores psicosociales.

Componente de la calidad de vida laboral	R	R ²	R ² ajustado	Error est.	Sig.
Satisfacción por compasión	0.592	0.350	0.344	0.41668	.000
Síndrome de quemado	0.453	0.205	0.201	0.41041	.000
Estrés por trauma secundario	0.595	0.354	0.345	0.54335	.000

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos.

Tabla 10

Modelo de satisfacción por compasión en función de los factores psicosociales.

Modelo		Coeficiente no estandarizado B	Error estándar	Coeficiente estandarizado Beta	t	Sig.
1	(Constante)	2.850	0.184		15.497	.000
	Pasión armon.	0.239	0.030	0.490	8.091	.000

2	(Constante)	1.915	0.233		8.224	.000
	Pasión armon.	0.176	0.029	0.360	5.967	.000
	Resiliencia	0.324	0.055	0.356	5.897	.000

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos.

Tabla 11

Modelo de síndrome de quemado en función de los factores psicosociales.

Modelo		Coeficiente no estandarizado		Coeficiente estandarizado	t	Sig.
		B	Error estándar	Beta		
1	(Constante)	33.883	1.693		20.013	.000
	Pas armoniosa	-2.108	.272	-.474	-7.746	.000
2	(Constante)	28.915	1.809		15.985	.000
	Pas armoniosa	-1.601	.269	-.360	-5.947	.000
	Estrés	.191	.034	.341	5.638	.000
3	(Constante)	35.675	2.515		14.186	.000
	Pas armoniosa	-1.331	.271	-.299	-4.912	.000
	Estrés	.149	.035	.265	4.271	.000
	Resiliencia	-.245	.065	-.236	-3.751	.000

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos.

Tabla 12

Modelo de estrés por trauma secundario en función de los factores psicosociales.

Modelo		Coeficiente no estandarizado		Coeficiente estandarizado	t	Sig.
		B	Error estándar	Beta		
1	(Constante)	16.131	.607		26.561	.000
	Estrés	.424	.047	.529	8.958	.000
2	(Constante)	13.563	.876		15.486	.000

Estrés	.411	.046	.513	8.975	.000
Pas obsesiva	.897	.227	.226	3.950	.000
3 (Constante)	13.805	.867		15.932	.000
Estrés	.258	.072	.321	3.596	.000
Pas obsesiva	.810	.226	.204	3.590	.000
Ansiedad	.228	.082	.249	2.762	.006

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos.

Finalmente, en la Tabla 13 se presenta un resumen de las hipótesis de investigación planteadas y su respectivo resultado (aceptación o rechazo) después de haber contrastado con los resultados estadísticos. Es importante considerar que el hecho de que el coeficiente de determinación ajustado sea diferente de cero, indica que las predicciones sí son posibles en todos los casos, por lo que en la columna de resultados se indica la calidad de esta predicción y los factores que contribuyen en la misma.

Tabla 13

Resumen de las hipótesis.

	Hipótesis	R² ajustada	Resultado
H₁	Es posible predecir la calidad de vida laboral a partir de los factores psicosociales depresión, ansiedad, estrés, resiliencia, pasión obsesiva y pasión armoniosa.	.491	Aceptada: La depresión no contribuye significativamente.
H_{1a}	Los factores psicosociales depresión, ansiedad, estrés, resiliencia, pasión obsesiva y pasión armoniosa afectan la satisfacción por compasión.	.344	Aceptada. Solamente la resiliencia y la pasión armoniosa contribuyen significativamente.

H _{1b}	Los factores psicosociales depresión, ansiedad, estrés, resiliencia, pasión obsesiva y pasión armoniosa afectan al síndrome de quemado.	.362	Aceptada. Solamente la resiliencia la pasión armoniosa y el estrés contribuyen significativamente.
H _{1c}	Los factores psicosociales depresión, ansiedad, estrés, resiliencia, pasión obsesiva y pasión armoniosa afectan al estrés por trauma secundario.	.345	Aceptada. Solamente el estrés, la pasión obsesiva y la ansiedad contribuye significativamente.

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos.

Como pudo apreciarse en este capítulo, los resultados obtenidos mostraron la influencia que tienen los factores psicosociales depresión, ansiedad, estrés, resiliencia, pasión obsesiva y pasión armoniosa en la calidad de vida laboral de los profesionales en enfermería. El estrés resultó ser el factor con una mayor influencia, siendo la pasión obsesiva y la depresión los de menor influencia.

Así mismo fue posible observar que los factores psicosociales considerados como “positivos” que son la resiliencia y la pasión armoniosa afectan positivamente la satisfacción por compasión y los “negativos” estrés, ansiedad y pasión obsesiva, afectan positivamente al síndrome de quemado y al estrés por trauma secundario, sin que los “positivos” presentaran efectos significativos sobre estos dos últimos componentes de la calidad de vida laboral.

Capítulo V

Discusión y conclusiones

Los resultados obtenidos permitieron avanzar hacia el logro del objetivo general de la investigación, el cual se centró en explicar el comportamiento de la calidad de vida laboral a partir del comportamiento de los factores psicosociales estrés, ansiedad, depresión, resiliencia, pasión obsesiva y pasión armoniosa, en los profesionales en enfermería de un hospital privado en la ciudad de Mérida, Yucatán. Esto se logró, por un lado, dando respuesta a las preguntas que orientaron los objetivos específicos y por otro, reafirmando, actualizando y situando datos aportados por la literatura revisada, tanto la referida al contexto contemporáneo de la calidad de vida laboral y de los factores psicosociales, como a la experiencia laboral de los profesionales en enfermería.

La discusión se ha organizado a partir de los objetivos específicos definidos en la investigación, por lo que en los siguientes apartados se desarrollará con más detalle los aspectos que se han considerado relevantes, de manera inicial sobre los datos sociodemográficos y posteriormente en cada uno de los objetivos.

Discusión con respecto a los resultados obtenidos con relación a los datos sociodemográficos:

La proporción de mujeres en la enfermería, con respecto a la de los hombres, ha sido históricamente superior, tal como se menciona en el capítulo II del presente trabajo. En México, esta situación se mantiene en la actualidad, representando las mujeres el 85.0% de la población total de profesionales en enfermería (INEGI, 2018). Los resultados obtenidos, reflejaron proporciones similares, con un 80.4% de participación de las mujeres en el hospital estudiado. Así mismo, la media de edad de 31.20 años, indicó que estos profesionales son, aproximadamente, 5.6 años más jóvenes que la edad media de los profesionales en enfermería en México (36.80), esto de acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (INEGI, 2018), que refleja también que en promedio los profesionales en enfermería son más jóvenes con

respecto a otras profesiones, como la de los maestros (40.2 años) o los médicos (43.3 años).

Al analizar conjuntamente el sexo y la edad, fue posible observar que el 63.41% de los hombres se encuentra en el rango de edad de 20 a 29 años, a diferencia de las mujeres en este mismo rango que es del 50.60%. Estos datos reflejan que, en las nuevas generaciones de profesionistas pudiera existir un cambio en la percepción de género de la enfermería, dejando paulatinamente atrás la creencia de que es una profesión exclusivamente para mujeres.

Estos resultados coinciden con estudios que afirman que, en la actualidad, cada vez son más los hombres que optan por dedicarse a la enfermería (Osses-Paredes, Valenzuela, & Sanhueza, 2010). En opinión de Celma y Acuña (2009), esto se debe en parte a que, por los cambios distributivos en la profesión, ha surgido una amplia gama de puestos de trabajo que pueden desempeñar y que, en proporción a su escasa participación en esta profesión, quedan disponibles.

En cuanto al nivel educativo, el grado académico de los profesionales en enfermería del hospital estudiado se encontró muy por arriba de la media nacional que es de 10% con licenciatura o grado más alto, ya que entre los participantes el 71.8% cuenta con grado de licenciatura y el 3.3% con grado de maestría (INEGI, 2015). A este respecto, es importante recalcar que, en México, a diferencia de otras profesiones, el personal de enfermería es formado en distintos niveles educativos que van desde el básico, el técnico, el medio superior, el superior y el posgrado, es por esto que independientemente del grado académico alcanzado, pueden realizar actividades similares dentro de la institución hospitalaria.

Otro punto a recalcar es que, aunque desde la década de los 60's se aprobó la licenciatura en enfermería en México (Torres & Zambrano, 2010), el aumento del nivel de escolaridad de los profesionales en enfermería se ha dado a partir de los últimos 15 años, cuando en el 2004 se establecieron convenios con el sector salud para profesionalizar a nivel superior la enfermería. Ante ello, en el 2015, se observó un incremento en la escolaridad de las personas en esta ocupación, con un promedio de 13.9 años aprobados en el sistema educativo formal, lo que equivale prácticamente a

dos años cursados en educación superior (INEGI, 2015). El hecho de que la muestra de enfermería del hospital estudiado sea joven, pudiera explicar parcialmente que su nivel académico se encuentre por arriba de la media.

Discusión de los resultados obtenidos en relación con los componentes de la calidad de vida laboral

El objetivo 1, consiste en describir los niveles de calidad de vida laboral de los profesionales en enfermería a través de sus componentes satisfacción por compasión, estrés por trauma secundario y síndrome de quemado.

La revisión de la literatura y los estudios previos mencionados en esta investigación, indican en su generalidad, que los profesionales en enfermería están en especial riesgo de sufrir estrés por trauma secundario y síndrome de quemado, disminuyendo con esto sus niveles de calidad de vida laboral (Campbell, Prochazka, & Gopal, 2011; Rudolph, Stamm, & Stamm, 1997). Sin embargo, en la presente investigación se encontró que la mayor parte de los participantes (68.90%) tiene un nivel alto de satisfacción por compasión, y que también la mayoría de los mismos, se encontraron en niveles bajos de síndrome de quemado y de estrés por trauma secundario (68.42% y 69.86% respectivamente), que son los componentes negativos de la calidad de vida laboral.

Aunque en nuestro país los datos sobre la prevalencia de las subescalas mencionadas son escasas, existen estudios realizados alrededor del mundo (Dasan, Gohil, Cornelius, & Taylor, 2014; Campos, 2015) en los que ubican a la mayor parte de los participantes en niveles medios de satisfacción por compasión (SC), síndrome de quemado (SQ) y de estrés por trauma secundario (ETS). Contrastándolos con los resultados obtenidos, los profesionales en enfermería presentaron puntuaciones superiores en satisfacción por compasión (43 Vs. 37) e inferiores en síndrome de quemado (21 Vs. 24) y en estrés por trauma secundario (21 Vs. 23).

El hecho de que en este estudio se hayan obtenido niveles altos de satisfacción por compasión y niveles bajos de síndrome de quemado y de estrés por trauma secundario apoya la teoría de Figley (1995) que sugiere que estos dos componentes no

suelen coexistir en niveles equitativos; así mismo difiere de investigaciones previas como la de Conrad y Kellar-Guenther (2006), en la que se afirma que puede observarse con frecuencia la presencia conjunta de estos tres componentes de manera indistinta, incluso en los mismos niveles.

Según Stamm (2010), la satisfacción por compasión aumenta la capacidad para soportar el estrés por trauma secundario, por lo que sería un factor que protegería, aunque no impida su aparición y presencia. En este caso se observa que, aunque están presentes las tres variables, los niveles elevados de satisfacción por compasión, podrían indicar que ésta se encuentra interviniendo como protectora del síndrome de quemado y del estrés por trauma secundario.

Este resultado, reafirma la teoría de la conservación de los recursos de Hobfoll, que apunta a que “la gente se esfuerza por preservar, proteger y elaborar recursos, siendo la pérdida, potencial o actual, de esos recursos la verdadera amenaza a la que se enfrenta” (1998, p. 5). Concuera también con la preconcepción de que los individuos buscan el placer y el éxito, y para conseguirlo actúan de dos maneras: la primera y más básica que es desarrollando conductas que incrementen la probabilidad de un reforzamiento ambiental inmediato; y la segunda y más compleja, creando y manteniendo características propias y circunstancias ambientales que ayuden, en el presente y en el futuro, a incrementar las probabilidades de recibir reforzamiento y evitar la pérdida de tales características y circunstancias.

En una primera instancia, y solamente considerando los tres componentes de la calidad de vida laboral, sería posible aseverar dos condiciones:

- La primera es que el síndrome de quemado y el estrés por trauma secundario pueden ser percibidos como reacciones frente al ambiente que presentan una amenaza de pérdida de recursos, ya ganados tras una fuerte inversión de otros recursos y valorados por el individuo como un medio para mantener su condición actual.
- La segunda que, ante dicha amenaza los individuos han reforzado sus características personales (satisfacción por compasión) como un recurso para ayudar a mitigar el síndrome de quemado y el estrés por trauma

secundario, esto por las consecuencias devastadoras que pudieran tener sobre su calidad de vida laboral, al percibirse además ésta como otro recurso para mantener y mejorar su condición actual.

Esto quiere decir que, para resistir las reacciones negativas y potencialmente nocivas propias de su labor, los profesionales en enfermería han desarrollado rasgos y habilidades más enfocadas en los aspectos positivos del trabajo como lo es la satisfacción por el hecho de cuidar y ayudar o satisfacción por compasión. Dicha situación pudiera explicar, también, la coexistencia de los tres componentes, y las elevadas puntuaciones obtenidas en satisfacción por compasión.

Así mismo, es importante mencionar que los participantes manifestaron, en un alto porcentaje, que casi siempre sienten satisfacción, orgullo y disfrutan poder ayudar y que están felices por la profesión elegida, que se sienten vinculados a otras personas debido a su trabajo y que sus creencias religiosas o espirituales les apoyan, esto a pesar de que algunas veces se perciben como demasiado sensibles y que su trabajo les hace sentir agotados y preocupados por una o más de las personas que han ayudado y que en pocas ocasiones han podido cambiar las cosas a través de su trabajo. Así mismo, mencionaron que nunca han considerado haber sido afectados negativamente, haberse sentido deprimidos por las experiencias traumáticas de los pacientes y que rara vez han evitado actividades o situaciones que les recuerdan dichas experiencias traumáticas.

Si bien los resultados obtenidos en el hospital en el que se llevó a cabo la presente investigación, fueron positivos, indicando un nivel alto de satisfacción por compasión y niveles bajos de síndrome de quemado y estrés por trauma secundario, sería importante diversificar el campo de estudios en futuras investigaciones, incluyendo tanto hospitales públicos como privados, así como el hospital ya estudiado, y hacerlo extensivo a otros estados de la república. Con esto sería posible ampliar la información ya obtenida mediante la utilización de otros instrumentos y posiblemente técnicas cualitativas, contrastar los resultados y dar explicaciones más certeras.

Lo anterior se sugiere, especialmente, por la inconsistencia entre los resultados obtenidos en este estudio y publicaciones previas, como la de Quintana, et al (2016), llevada a cabo en un hospital privado; o la de Sosa, Cheverría y Rodríguez (2010)

realizada en un hospital público, ambos con distintos instrumentos para medir la calidad de vida laboral, y con resultados menos alentadores. Así mismo, se presentaron contrastes con publicaciones no científicas (Cruz, 2015) y con temas similares como la satisfacción laboral (Pérez, González, Castañón, & Morales, 2017).

Discusión de los resultados obtenidos en relación con los niveles de calidad de vida laboral distribuidos por sexo y unidad laboral

El objetivo 2, consiste en describir los niveles de calidad de vida laboral de los profesionales en enfermería a través de sus componentes satisfacción por compasión, estrés por trauma secundario y síndrome de quemado de acuerdo al sexo y a la unidad laboral.

A pesar de que, en los resultados presentados, hubo ciertas diferencias entre hombres y mujeres, al realizar el análisis inferencial de estas variables, se constató que estas no fueron estadísticamente significativas. Es decir que la prevalencia de la satisfacción por compasión, del síndrome de quemado y del estrés por trauma secundario, no depende del sexo del individuo, coincidiendo con las afirmaciones de Stamm (2010), con respecto a las condiciones sociodemográficas.

Así mismo, estos resultados difieren de otros estudios previos (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996; Mira, Vitaller, Buil, Aranaz, & Rodríguez-Marín, 1994), en los que se indica que las mujeres suelen presentar niveles superiores de síndrome de quemado y de estrés por trauma secundario, bajo la premisa de que pueden ser más vulnerables por situaciones como la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar; así como por características emocionales conferidas al género femenino. Sin embargo, es posible que la premisa básica de dichos estudios haya cambiado, ya que en la actualidad es más común que las mujeres jóvenes se dediquen de forma exclusiva a su profesión, modificando con esto la construcción sociocultural del rol femenino (esposa/madre/trabajadora) dentro de la estructura social tradicional.

Con respecto a la diferenciación por unidad laboral, pudo observarse que la satisfacción por compasión salió en niveles altos de manera general, siendo las

unidades hiperbárica ($\bar{x}=44.25$) y quirúrgica ($\bar{x}=44.00$), las que obtuvieron los puntajes más elevados, y las de cuidados intensivos y urgencias tanto para adultos ($\bar{x}=42.19$) como pediátricas ($\bar{x}=42.77$), las más bajas. Así mismo, dichas unidades de cuidados intensivos y urgencias, tanto pediátricas ($\bar{x}=22.94$) como de adultos ($\bar{x}=22.08$) obtuvieron las puntuaciones más elevadas en el síndrome de quemado, siendo las más bajas las de neonatología ($\bar{x}=19.25$) e inhaloterapia ($\bar{x}=19.40$). Finalmente, se pudo observar que la unidad de cuidados intensivos y urgencias adultos ($\bar{x}=22.36$) obtuvo también las puntuaciones más elevadas en estrés por trauma secundario, junto con neonatología ($\bar{x}=20.18$) y la media más baja se registró en inhaloterapia ($\bar{x}=17.00$).

Los resultados del análisis inferencial, de estos tres componentes, por unidad laboral, arrojaron diferencias estadísticamente significativas en el síndrome de quemado, entre las unidades de cuidados intensivos y urgencias tanto pediátricas como de adultos con neonatología y quirúrgica, así como diferencias entre esta última y hospitalización.

Estos resultados pudieran obedecer a diversas causas relacionadas con las características propias de las unidades de cuidados intensivos y urgencias, y que las distinguen de otras, como son: turnos rotativos de complejidad diversa; atención a pacientes en extrema gravedad que requieren vigilancia y evaluación permanente; conocimientos técnicos sobre el uso de diversos aparatos e instrumentos, así como de maniobras de resucitación; entre otras. En contraste con neonatología, pudiera enfatizarse, que las unidades de urgencias están en contacto continuo con la muerte y, la de neonatología con la vida, al brindar cuidado integral a los recién nacidos y a sus madres.

Así mismo, con respecto a las unidades de hospitalización y quirúrgica, en las que también se presentaron diferencias significativas, sería interesante considerar que diversos factores, que no se consideraron en la presente investigación, como el ambiente laboral, el horario, la división de cargas de trabajo, la incertidumbre y la falta de control, percibidos por parte de los profesionales en enfermería, pudieran estar influyendo, según indican otras investigaciones (Sacco, Ciurzynski, Harvey, & Ingersoll, 2015).

Discusión de los resultados obtenidos en relación con la descripción de los factores psicosociales, según el sexo:

El objetivo 3, consiste en describir la incidencia de los factores psicosociales depresión, ansiedad, estrés, resiliencia, pasión obsesiva y pasión armoniosa de acuerdo al sexo.

Los resultados del análisis inferencial demostraron que el sexo no es un factor diferenciador de las variables del estudio, a excepción de la variable ansiedad. Esto fue consistente con estudios previos que señalan que la pasión por el trabajo tanto armoniosa como obsesiva, se ve afectada por diversos factores como la edad, la experiencia y el tipo de trabajo, pero no por el sexo (Mageau, Carpentier, & Vallerand, 2011; Philippe, Vallerand, Houliort, Lavigne, & Donahue, 2010).

La incidencia de depresión, ansiedad y estrés, que son los tres factores psicosociales medidos a través del DASS-21, se situó en el nivel más bajo entre la generalidad de los profesionales en enfermería participantes. Y aunque afirmaron que en algunas ocasiones les costó mucho relajarse y que reaccionaron exageradamente ante ciertas situaciones; la mayoría negó haber experimentado otros de los criterios establecidos por el instrumento, como son, la boca seca, dificultad para respirar, falta de iniciativa, temblor e inexistencia de pensamientos positivos, pánico, agitación, tristeza, falta de tolerancia o de motivación para vivir.

En relación a la variable ansiedad, los hombres presentaron una media de $\bar{x}=7.66$ en contraste con la de las mujeres de $\bar{x}=6.42$ acorde a los resultados obtenidos. Este hallazgo es relevante debido a que en la literatura se afirma que las mujeres tienen de dos a tres veces más probabilidad de padecer este tipo de trastorno (Arenas & Puigserver, 2009; Gamo, 2006). Esta situación podría tener una serie de explicaciones posibles, que pudieran ir desde argumentos históricos del origen de la enfermería, hasta el tipo de trato que pudieran recibir al trabajar en una profesión socialmente feminizada. Este sería un punto que pudiera ser interesante profundizar y enriquecer mediante técnicas cualitativas.

Así mismo, sería interesante analizar, si los niveles de ansiedad presentados pudieran estar relacionados con las exigencias, condiciones y características de las

unidades laborales, a las que pertenece la mayor parte de los profesionales en enfermería hombres, siendo estas inhaloterapia, urgencias pediátricas, urgencias adultos y quirúrgica, en las que los hombres representan el 80.00%, 54.55%, 44.00% y el 37.93%, respectivamente. Este análisis se presentará en la discusión de los resultados correspondientes al objetivo 4, que se refiere precisamente a la descripción de los factores por unidad laboral.

En contraste, la incidencia de pasión armoniosa que presentó la generalidad de participantes puede considerarse alta ($\bar{x}=6.133$) a este respecto las afirmaciones más frecuentes fueron que su trabajo les permite vivir una gran variedad de experiencias, que el aprendizaje cotidiano hace más valioso su trabajo, el cual refleja sus cualidades y les permite vivir experiencias memorables, así mismo afirmaron sentirse completamente involucrados con él, aunque en ocasiones no sientan que éste se encuentre totalmente en armonía con sus demás actividades.

La pasión obsesiva, también medida mediante el PFW, se encontró dentro de un nivel medio-bajo ($\bar{x}=2.997$), las afirmaciones que predominaron al respecto fueron que en ocasiones sienten que no pueden vivir sin este trabajo y que sería difícil concebir dedicarse a otra profesión, sin embargo, la mayoría negó haber tenido sentimientos obsesivos, dependencia emocional y necesidad incontrolable de realizar su trabajo.

Así mismo es importante resaltar lo positivo de los resultados obtenidos en cuanto a la pasión por el trabajo, ya que los elevados puntajes con respecto a la pasión armoniosa reflejan que, en la generalidad de los participantes, no existe una apatía, aburrimiento, falta de interés o de compromiso hacia su trabajo, es decir expresiones que manifestaran una pérdida de la pasión; ya que por el contrario, las personas que se ven afectadas por esa pérdida, además de las características ya mencionadas, no logran diferenciar entre los logros personales con los profesionales y dejar de percibir y perseguir la satisfacción de alcanzarlos (Boyatzis, McKee, & Goleman, 2002).

La sexta variable analizada fue la resiliencia, la cual se presentó en niveles elevados en la mayoría de los participantes ($\bar{x}=32.66$). Las afirmaciones más frecuentes fueron en torno a su fortaleza personal y su capacidad para alcanzar sus metas aun cuando se presentaran obstáculos; aunque aceptaron que algunas veces la presión, el

estrés y los sentimientos desagradables pudieran afectar la claridad de sus pensamientos.

Investigaciones previas muestran resultados contradictorios, ya que en algunas se encontraron mayores características de resiliencia en las mujeres (Vera, 2004; Prado & Del Aguila, 2003), sin embargo, coincide con otros estudios como el de Ginzburga, Shmotkina, Blumsteinb & Shoreka (2005) que señalan que el sexo no se encuentra relacionado con los niveles de resiliencia en los profesionales de la salud.

Discusión de los resultados obtenidos en relación con la descripción de los factores según la unidad laboral

El objetivo 4, consiste en describir la incidencia de los factores psicosociales estrés, ansiedad, depresión, pasión obsesiva, pasión armoniosa y resiliencia de acuerdo a la unidad laboral.

A manera de recapitulación se destacan los resultados obtenidos por cada una de las unidades laborales: La unidad hiperbárica obtuvo los resultados más bajos en depresión, ansiedad y estrés, pero también en pasión armoniosa y en resiliencia; inhaloterapia, de las puntuaciones más altas en ansiedad, estrés, pasión armoniosa y resiliencia y, más bajas en pasión obsesiva; la unidad de cuidados intensivos y urgencias adultos obtuvo de las puntuaciones menos favorecedoras en depresión y pasión obsesiva; cuidados intensivos y urgencias pediátricas las tuvo en depresión y ansiedad y de las más altas en pasión obsesiva; neonatología tuvo los niveles más elevados de pasión obsesiva y; hospitalización estuvo entre los más altos en depresión y ansiedad y de los más bajos en resiliencia.

El análisis inferencial de las variables, considerando la unidad laboral como componente de agrupamiento, arrojó diferencias estadísticamente significativas en la variable resiliencia ($\text{sig.}=0.004$), entre las unidades quirúrgica (que obtuvo puntuaciones más altas) y hospitalización (con las más bajas).

Si bien, no se encontraron estudios previos en los que se diferencien los niveles de resiliencia, de acuerdo a la unidad laboral o con el tipo de trabajo realizado, se encontró un estudio llevado a cabo en profesionales en enfermería de la unidad de

cuidados intensivos (Mealer, et al, 2012), en el que se afirma que la presencia de un nivel alto de resiliencia puede asociarse significativamente con una menor prevalencia de trastorno de estrés postraumático, así como los síntomas de ansiedad, depresión y síndrome de quemado. Esto coincide con las afirmaciones de McAlister & McKinnon (2009) sobre el hecho de que las personas resilientes son más propensas a poseer habilidades de afrontamiento activas.

Contrastando dichas afirmaciones con los resultados obtenidos, puede observarse una consistencia, al haber presentado estas unidades diferencias significativas, también, en el síndrome de quemado y de manera inversa como se esperaría (la unidad quirúrgica con niveles bajos y la de hospitalización con niveles más altos). Así mismo, aunque las diferencias no fueron significativas, pudo observarse que la unidad quirúrgica obtuvo de los niveles más bajos de estrés y de los más elevados en satisfacción por compasión. En el caso de hospitalización, aunque obtuvo niveles bajos de depresión y ansiedad, su satisfacción por compasión estuvo entre las puntuaciones menos favorecedoras.

Dado esto, podría aseverarse que los niveles elevados de resiliencia, podría moderar de manera importante la relación entre los factores psicosociales “negativos” y la calidad de vida laboral. Esto es relevante por la naturaleza de la enfermería, que les requiere a los profesionales el contacto constante y directo con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, y que al desarrollar habilidades resilientes pudieran, no solamente sobrevivir a la profesión, sino disfrutarla y llevar a cabo sus funciones sin dañar su salud mental e incluso física. Este hallazgo es consistente con las afirmaciones de la teoría de la conservación de los recursos, al sugerir que el desarrollo de capacidades como la resiliencia pueden amortiguar los efectos adversos de la profesión.

Por otra parte, la homogeneidad en las puntuaciones, de las demás variables categorizadas por unidad laboral, es de resaltar, ya que por los contrastes en las actividades que se realizan en cada una de estas, se esperarían más diferencias significativas, especialmente entre unidades como urgencias y cuidados intensivos, con hospitalización, inhaloterapia u otras en las que, aparentemente, los pacientes requieren de una menor atención inmediata. A este respecto, en estudios como el de Moreno

(2007) y de Milutinovic, Golubovic, Brkic, & Prokes (2012), se indica que fenómenos como el estrés y la ansiedad se presentan de manera más aguda en los profesionales que trabajan en unidades de urgencias y, adicionalmente, explica que son más frecuentes en los países más desarrollados (Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda), lo que pudiera explicar parcialmente, los niveles bajos obtenidos en la generalidad de los participantes.

Sin embargo, el hecho de que no se presentaran más diferencias significativas, pudiera explicarse, en parte, por otro tipo de factores como el cúmulo de conocimientos y habilidades que posee la generalidad de los profesionales en enfermería, la cual les provee de certidumbre y seguridad al realizar sus funciones, independientemente de la unidad laboral a la que pertenezcan; pudieran considerarse factores como que el ambiente laboral, las prestaciones y las condiciones de trabajo en este hospital, fueran suficientemente favorables para mantener un equilibrio emocional en los participantes; incluso pudiera ser que algunos factores como el bienestar subjetivo u otros, pudieran estar afectando positivamente en la aceptación del trabajo y en la estabilidad emocional de estos profesionales.

Finalmente, con respecto al cuestionamiento sobre la posible relación entre los niveles de ansiedad, significativamente más elevados en los hombres que en las mujeres, y, las exigencias, condiciones y características de las unidades laborales, se observó que, en efecto, las unidades de inhaloterapia y de cuidados intensivos y urgencias pediátricas, que se encuentran representada en un 80.00% y un 55.44% por hombres, fueron las unidades que presentaron los mayores niveles de ansiedad; mientras que las unidades hiperbárica y hospitalización, representadas en un 100% y un 84.19% por mujeres, fueron las que presentaron niveles más bajos.

Estos resultados pudieran denotar una relación entre los niveles de ansiedad, con las unidades; sin embargo, sería interesante analizar más a fondo la direccionalidad de estos resultados, es decir, entender si los niveles en las unidades son más elevados porque están conformadas mayoritariamente por hombres o, si por el contrario, los niveles de ansiedad en los hombres es debido a las características propias de las unidades.

Discusión de los resultados obtenidos referentes a la relación entre los factores psicosociales y la calidad de vida laboral:

El objetivo 5, consiste en establecer la relación de los factores psicosociales estrés, ansiedad, depresión, resiliencia, pasión obsesiva y pasión armoniosa con cada uno de los componentes de la calidad de vida laboral (satisfacción por compasión, síndrome de quemado y estrés por trauma secundario) en el personal de enfermería del hospital.

Todos los factores psicosociales que se analizaron en el presente trabajo, mostraron algún grado de asociación con los componentes de la calidad de vida laboral, ya sea positiva o negativa, y en todos los casos en consistencia con la categorización “positiva” o “negativa” realizada previamente con base en la teoría de la conservación de los recursos y la revisión de la literatura.

Como se muestra en el resumen de las correlaciones (Tabla 8), la satisfacción por compasión se encuentra asociada positivamente con la pasión armoniosa y la resiliencia y negativamente con la depresión, la ansiedad, el estrés y la pasión obsesiva. Así mismo, el estrés por trauma secundario se encuentra asociado positivamente con la depresión, la ansiedad, el estrés y la pasión obsesiva, y negativamente con la resiliencia y la pasión armoniosa. Finalmente, el síndrome de quemado se encuentra asociado positivamente con la depresión, la ansiedad, el estrés (su relación con la pasión obsesiva no fue significativa) y negativamente con la resiliencia y la pasión armoniosa.

Si bien los modelos de regresión lineal llevados a cabo por cada componente de la calidad de vida laboral, dieron coeficientes de correlación bajos, sus resultados indicaron que sí es posible explicar parcialmente la satisfacción por compasión a partir de la pasión armoniosa y la resiliencia; el síndrome de quemado a partir del estrés y de manera negativa con la pasión armoniosa y la resiliencia y; el estrés por trauma secundario por el estrés, la pasión obsesiva y la ansiedad. Sin embargo, con el fin de incrementar el nivel de explicación de la calidad de vida laboral, sería interesante, en futuras investigaciones, incluir o identificar otros factores psicosociales que presentaran correlaciones más elevadas.

Mediante dichos modelos de regresión, puede inferirse que para mejorar los niveles de calidad de vida laboral sería necesario incrementar y fortalecer la pasión armoniosa y la resiliencia, lo cual no solo aumentaría los niveles de satisfacción por compasión, si no que disminuiría el síndrome de quemado. Así mismo la disminución de los niveles de estrés, ansiedad y de pasión obsesiva podrían resultar en un decremento del estrés por trauma secundario y del síndrome de quemado.

Discusión de los resultados referentes a las categorías de calidad de vida laboral

El objetivo 6, consiste en identificar en qué categoría de calidad de vida laboral se encuentra cada uno de los profesionales en enfermería del hospital.

En cuanto a las categorías de riesgo propuestas en el ProQOL, puede observarse que más de la mitad de la muestra (53.11%) se encontró en la categoría más alta y positiva, y solamente un participante en la categoría 4, lo cual significa que la mayor parte del personal se siente reforzada positivamente en su trabajo sin una gran preocupación de ineficacia, ya sea como individuos o dentro de su organización. No sufren ningún temor notable como resultado de su trabajo y por lo general pueden beneficiarse del compromiso, oportunidades de educación continua y otras oportunidades para crecer en su posición. Es probable que sean buenas influencias para sus colegas y su organización.

Existen estudios como el de Abendroth y Flannery (2006) y Cazares, García-Rivera, & Hermsworth (2014) que ofrecen resultados sobre la frecuencia de estos componentes en los profesionales. En el primero el 21% y en el segundo el 38% de los participantes se ubicaron en la categoría de menor riesgo, por lo que puede afirmarse que el nivel de calidad de vida laboral de los participantes, al contrastarse con otros estudios, es superior.

Limitaciones de este estudio

La escasez de estudios previos sobre algunas de las variables como la satisfacción por compasión, el estrés por trauma secundario o la pasión por el trabajo,

realizadas en México y especialmente en hospitales privados, fueron limitantes para la realización de comparaciones, contrastes y enriquecimiento de los resultados obtenidos, a partir de las mismas.

Recomendaciones para futuros estudios y para el hospital estudiado

El uso de técnicas cualitativas, como la entrevista a profundidad, puede ser útil para encontrar y descifrar información relacionada a otras cuestiones no consideradas, que se presentan dentro y fuera de la institución hospitalaria, y que afectan a la calidad de vida laboral de los profesionales en enfermería. Así mismo, el considerar otros constructos como la espiritualidad, el optimismo, el bienestar subjetivo, el tipo de personalidad, entre otros, pudiera denotar relaciones, posiblemente iguales o más significativas con la calidad de vida laboral.

Sería importante que en el hospital se reflexione y se tome en consideración que, en Latinoamérica como en otras partes del mundo, en la enfermería se presentan diversas problemáticas laborales como la inestabilidad laboral, condiciones deficientes de trabajo, falta de capacitación, limitaciones para disponer de equipos y materiales imprescindibles para el mejoramiento efectivo de la calidad de la atención, sobrecarga laboral por la escasez de profesionales de enfermería y depreciación de la enfermería como profesión, entre otras (Nágera & Castrillón, 2014). Esto con la finalidad de hacer conciencia sobre estas problemáticas, poder trabajar sobre ellas y tomar las medidas necesarias para reducirlas tanto como sea factible.

El primer paso para prevenir o mejorar los factores psicosociales negativos e incrementar los positivos, es reconocer los signos y síntomas, y los motivos principales por los que se presentan. Es por esto que la concientización sobre los mismos, a través de planes y programas diseñados para este fin, y dirigidos tanto a los profesionales en enfermería, como a los médicos y al personal administrativo, contribuye a mejorar su comprensión y a facilitar su detección temprana.

Para esto es importante considerar que, si bien en el caso de la enfermería, el servicio humano en general, es el principal represor o disparador de emociones de manera rutinaria, la organización juega también un papel clave en la calidad de vida

laboral, ya que la carga excesiva de pacientes; la falta de control o influencia sobre las políticas y procedimientos de la organización; la falta de justicia y disciplina en la estructura de la organización; la falta de apoyo de los compañeros, de los administrativos y de los médicos; y poca formación y entrenamiento en las funciones propias del puesto de trabajo, son también condiciones que incrementan el estrés, la ansiedad, la depresión y, el síndrome de quemado, por lo que deben ser atendidas para evitar sus efectos nocivos en el personal.

Newel & MacNeil (2010), indican que además de entender estos factores psicosociales negativos relacionados con el trabajo, es importante tomar medidas tanto a nivel individual como de la organización, señalando entre esas medidas:

- Estrategias de auto-cuidado: establecer metas realistas en relación a la carga de trabajo y cuidado de los clientes, utilizar pequeños descansos para el café o merienda, tener un adecuado descanso y relajación, tener el apoyo de colegas profesionales y supervisores. El apoyo de los compañeros de trabajo puede traducirse en cosas concretas como ayudar para liberarse del exceso de trabajo burocrático, encargarse de algún cliente particularmente difícil, dar apoyo emocional, retroalimentación, entre otros.
- Estrategias y habilidades de afrontamiento como las generales de tipo biológico y del comportamiento para mantener la salud física, nutrición equilibrada, sueño adecuado y disfrute del tiempo de ocio.
- Estrategias de uso positivo de la autoexpresión como pintar y dibujar, de mantenimiento de conexiones espirituales como la meditación, yoga y oración.
- Uso del apoyo social y emocional de la familia y los amigos cercanos.
- Programas de formación continua en los que se estudien los diferentes trastornos que pudieran afectarlos, para que puedan ser identificados, por los propios profesionales en enfermería y el personal del hospital.

En general sería interesante, en futuras investigaciones, incluir o identificar otros factores psicosociales que pudieran incrementar el nivel de explicación de la variable calidad de vida laboral.

Conclusiones

La enfermería en México ha sido aceptada y valorada de manera gradual como una profesión esencial y con autonomía respecto de la profesión de medicina. A un siglo de haberse instaurado como profesión, se puede hablar de un cierto incremento en el estatus de la enfermera y enfermero. Esta buena percepción es importante a la hora de evaluar su profesión, su desempeño y su calidad de vida laboral; sin embargo, aún quedan aspectos pendientes en cuanto a salarios, jornadas y condiciones laborales, que de acuerdo a otros estudios afectan también esta calidad de vida y están siendo atendidos muy lánguidamente.

El foco de la presente investigación se encontró en aspectos subjetivos de los profesionales en enfermería, es decir el modo en que han desarrollado, como individuos, las relaciones y las percepciones ante las exigencias de su trabajo y el modo en que estos afectan la calidad de vida laboral, por lo que el análisis a profundidad de la interacción de dichos factores psicosociales entre ellos, sería útil para complementar los resultados obtenidos y poder corroborar qué factores psicosociales se encuentran afectando positiva o negativamente a otros.

La teoría de la conservación de los recursos resultó un marco útil para comprender la interacción de los factores psicosociales y sus efectos en la calidad de vida laboral, haciendo evidente que la calidad de vida es un recurso en sí mismo, y que los profesionales en enfermería tienden a preservarla para garantizar su estabilidad. Con esto pudiera explicarse que, a pesar de las características propias y exigencias de la profesión, los factores considerados como “negativos” o “drenadores” (estrés, ansiedad, depresión y pasión obsesiva) salieran en niveles muy bajos, mientras que los “positivos” (resiliencia y pasión armoniosa) salieran en niveles altos, concibiéndose éstos últimos como sus recursos de afrontamiento.

En cuanto a la ansiedad, que fue el único factor psicosocial en el que se presentaron diferencias estadísticamente significativas por sexo, sería sustancial analizar más a profundidad los motivos que dan lugar a dicha disparidad; especialmente si se considera que en estudios previos (Colell, Limonero, & Otero, 2003; Gamo, 2006 y Flores, Troyo, Valle, & Vega, 2010) se encontró que, en efecto, ciertas condiciones

como la jornada laboral, la antigüedad en la profesión y el sexo, inciden en la valoración que el sujeto hace de su entorno, sin embargo, a diferencia de los resultados obtenidos, el nivel de ansiedad fue ligeramente mayor en las mujeres. Las explicaciones en dichos estudios versan en que éstas le dan una mayor importancia a factores como las responsabilidades asignadas, al contacto con la muerte y conflictos en el puesto.

Dichos factores coincide con ciertas atribuciones que social y culturalmente se han dado a las mujeres y que están fuertemente ligadas a la enfermería, como son la empatía y el compromiso. Sin embargo, el hecho de que en la presente investigación fueran los hombres quienes presentaran niveles más elevados de ansiedad, pudiera deberse al trato de los médicos, pacientes e incluso de los colegas, o también que se les deleguen funciones de mayor responsabilidad para los que no se encuentren adecuadamente instruidos y que el nivel de exigencia sea mayor.

Así mismo, es recalable, la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre las unidades del hospital en la mayor parte de los factores psicosociales y componentes de la calidad de vida laboral, ya que solamente se presentaron en el síndrome de quemado y la resiliencia. Esto pudiera ser un indicador del alto grado de preparación, tanto profesional como psicológica, de estos profesionales para poder afrontar las exigencias propias de su labor, así mismo, es un buen indicador del trabajo realizado por los administrativos y médicos del hospital, en cuanto a la atención y cuidado de su capital humano.

Con respecto a la resiliencia, que fue uno de los dos factores que presentó diferencias significativas entre las unidades, es importante recalcar que, si bien los niveles presentados fueron elevados, la resiliencia es un elemento fundamental de la práctica moderna que debe promoverse y desarrollarse constantemente en esta profesión. Y, aunque cada uno de los profesionales tiene la responsabilidad individual de cuidar de sí mismos y desarrollar sus propias estrategias físicas y emocionales, también debe ser responsabilidad de las instituciones educativas y hospitalarias (McAlister & McKinnon, 2009). Sin embargo, para hacer esto, es necesario tener una idea clara de qué es la resiliencia y cómo se puede fomentar, pero hasta el momento, la

investigación es limitada y ofrece pocas indicaciones sobre la mejor manera de ayudar a los profesionales a desarrollar esta capacidad de recuperación.

El profundizar en el tema de la resiliencia en futuros estudios, ayudaría a entender mejor los mecanismos empleados por los profesionales en enfermería altamente resilientes, y las estrategias que utilizan para mantener un perfil psicológico de afrontamiento saludable.

Por otra parte, sería interesante analizar el motivo por el que no se encontraron diferencias en otros factores psicosociales como la depresión, el estrés y el estrés por trauma secundario, que según trabajos previos, son más comunes en el sexo femenino, ya que despierta el interés en saber si las características físico-biológicas o socio-culturales de las enfermeras, se ajustan mejor a los requerimientos de la enfermería como profesión, dando como resultado que su predisposición (según la literatura) ante ciertos factores psicosociales, se equilibre con la de los enfermeros.

Es importante recalcar que, el presente estudio permitió comprender mejor la calidad de vida laboral de los profesionales en enfermería, por lo que pudiera funcionar como un marco para futuros estudios, tanto en enfermería como en otras profesiones. Adicionalmente, sería posible añadirle o modificarle algunos de los constructos hasta obtener un modelo de regresión, en el que todos los factores presenten correlaciones elevadas, favoreciendo y facilitando con esto los trabajos de intervención en el campo organizacional.

En conclusión, los resultados obtenidos fueron muy favorecedores, ya que de los tres componentes de la calidad de vida laboral, la satisfacción por compasión fue la más elevada, y el síndrome de quemado y el estrés por trauma secundario estuvieron en niveles bajos, así mismo los factores considerados como “negativos” depresión, ansiedad y estrés y pasión obsesiva, salieron en niveles bajos y los “positivos” que son resiliencia y pasión armoniosa, en niveles altos. Aunado a esto, las relaciones estadísticamente significativas entre los factores y la calidad de vida laboral, así como las diferencias significativas en la ansiedad (por sexo) y síndrome de quemado y resiliencia (por unidad laboral), indican que los programas enfocados en aumentarlos o disminuirlos, según fuera el caso, sí pudieran tener efectos importantes en el

mejoramiento de la calidad de vida profesional de los enfermeros y las enfermeras de este hospital.

Referencias

- Abendroth, A., & Flannery, J. (2006). Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses. *J Hosp Palliat Nurs*, 8, 346. doi:10.1097/00129191-200611000-00007
- Adams, R., Frigley, C., & Boscarino, J. (2008). The Compassion Fatigue Scale: Its Use With Social Workers Following Urban Disaster. *Research on Social Work Practice*, 18(3), 238-250.
- Alatorre, E. (2007, Enero- Abril). La investigación en Enfermería: una mirada desde el enfoque de género. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 4(1), 20-23.
- Alexander, J. (1992). *Las teorías sociológicas desde la Segunda Guerra Mundial*. Barcelona: Gedisa.
- Amaro, M. (2004). *100 años de la enfermería en México*. . Retrieved from Scribd: <https://es.scribd.com/doc/64898721/Historia-de-La-Enfermeria>
- Antony, M., Bieling, P., Cox, B., Enns, M., & Swinson, R. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 176-181.
- Antúnez, Z., & Vinet, E. (2012). Escalas de depresión, ansiedad y Estrés (daSS – 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica*, 49-51.
- Anxiety and Depression Association of America. (2016). *Understand the facts of anxiety and depression*. Retrieved from <https://adaa.org/understanding-anxiety/depression>
- Aparicio, E. (2010). Innovación y enfermería: análisis para un cambio. *Tesis doctoral*. Bcelona, España. Retrieved from http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/43018/1/01.EAS_TESIS.pdf
- Arita, W. (1998). La Tarea laboral y el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería. *Psicología y Salud*(11), 13-22.

- Arrogante, O. (2013). Mediación de la resiliencia entre burnout y salud en el personal de Enfermería. . *Enfermería Clínica*, 24(5), 283-289.
- Astrom, S., Nilsson, M., Norberg, A., & Winblad, B. (1990). Empathy, experiences of burnout and attitudes toward demented patients among nursing staff in geriatric care. *Journal of Advanced Nursing*, 15(1), 1236-1244.
- Avendaño, C., & Graud, P. (1997). Salud de las enfermeras chilenas. Visibilizando riesgos. *Cuadernos mujer y Salud / 2. Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del caribe*, 92-97.
- Ávila, H. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación*. Chihuahua, México: EUMED.
- Ávila, R. (1986). Situación académica y de ejercicio profesional en la enfermería en México. . (C. I. G, & Hernández., Eds.) *Sage Journals* . Retrieved from <http://rsw.sagepub.com/content/18/3/238.abstract>
- Ayuso, D., & Grande, R. (2006). *La gestión de Enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Barragán, O., Hernández, E., & Peralta, S. (2013, octubre). Una mirada a la profesión de enfermería desde la perspectiva de género. *Epistemus*, 31-36. Retrieved from http://www.epistemus.uson.mx/revistas/articulos/15-05_PROFESION%20DE%20ENFERMERIA.p
- Bello, N. (2006). *Fundamentos de Enfermería. Parte I*. La Habana: Ec MED Ciencias Médicas.
- Benavides-Torres, R. (2002). La investigación en la enfermería mexicana. Análisis del contexto nacional e internacional. . *Enferm IMSS* , 153-158.
- Black, R., Floyd, L., & Brookman, J. (1992). *Stress - Coping -Adaptation*. Concepts for nursing. Nursing Forum.
- Blehar, M., & Oren, D. (1997). Gender differences in depression. *Medscape Women's Health*, 3-12.
- Boyatzis, E., McKee, & Goleman, D. (2002). Reawakening your passion for work. *Clinical leadership & management review: the journal of CLMA*, 17(2), 75-81.

- Braudel, F. (1991). *Escritos sobre historia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Cabezas, C. (1998). Síndrome de desgaste profesional, estrés laboral y calidad de vida profesional. *Formación Médica Continuada*(5), 491-492.
- Cabezas, C. (2000). La calidad de vida de los profesionales. *Formación Médica Continuada*(7), 53-68.
- Camargo, J. (1999). *Género e Investigación Social. Curso de Formación en Género. Módulo 2*. (Primera ed.). (Sibauste, Ed.) Instituto de la Mujer de la Universidad de Panamá/ UNICEF.
- Campbell, J., Prochazka, A., & Gopal, R. (2011). The Need for a Uniform Use of the Construct of Burnout. *Academic Medicine*, 86(6), 661.
doi:10.1097%2FACM.0b013e318218858f
- Campos, R. (2015). Estudio sobre la prevalencia de la fatiga por compasión y su relación con el síndrome de burnout en profesionales de centros de mayores en Extremadura. Extremadura, España: Universidad de Extremadura- Departamento Terapéutica. Retrieved from http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/3087/TDUEX_2015_Campos_Mendez.pdf?sequence=1
- Cano, A. (2002). *Sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés*. Retrieved from La naturaleza del estrés:
http://webs.ucm.es/info/seas/estres_lab/el_estres.htm
- Cano-Caballero, M. (2004, octubre). Enfermería y género, tiempo de reflexión para el cambio. *Index Enferm Versión impresa ISSN 1132-1296* , 13(46).
- Caplan, R., & Harrison, R. (1993). Person-environment fit theory: Some history, recent developments, and future directions. *Journal of Social Issues*, 49(4), 253-275. doi:10.1111/j.1540-4560.1993.tb01192.x
- Carayon, P., & Haims, M. (2006). *International Encyclopedia of Ergonomics and Human Factors* (2nda. ed., Vol. 3). (W. Karwowski, Ed.) London: CRC Press . doi:10.1201/9780849375477.ch485
- Cárdenas, L., Velasco, C., & Fabela, M. (2012). *Desempeño laboral del personal de enfermería: una visión de género*. Retrieved from

http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol4/DESEMPENO_LABORAL_DEL_PERSONAL.pdf

- Casares, C., García-Rivera, B., & Hermsworth, D. (2014). La Pasión por el trabajo, la Resiliencia y su Impacto en las Dimensiones de Desgaste por empatía, satisfacción por empatía y burnout de la Calidad de Vida Profesional en Enfermeras del Sector Salud. *XVIII Congreso Internacional en Investigación en Ciencias Administrativas*.
- Castillo, M., & Caires, P. (2010, febrero). Calidad de Vida Profesional de las enfermeras. *Tesis*. Salta, Argentina: Universidad Nacional de Cordoba. Retrieved from http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/castillo_miriam.pdf
- Castrillón, M. (1997). *La dimensión social de la práctica de la enfermería*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Cazares, L., García, B., & Hemsworth, D. (2014). La Pasión por el trabajo, la Resiliencia y su Impacto en las Dimensiones de Desgaste por empatía, satisfacción por empatía y burnout de la Calidad de Vida Profesional en Enfermeras del Sector Salud. *Liderazgo, Capital humano y comportamiento organizacional*. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/297250692_La_Pasion_por_el_trabajo_la_Resiliencia_y_su_Impacto_en_las_Dimensiones_de_Desgaste_por_empatia_satisfaccion_por_empatia_y_burnout_de_la_Calidad_de_Vida_Profesional_en_Enfermeras_del_Sector_Salud
- Ceballos, P., Valenzuela, S., & Paravic, T. (2014, julio-diciembre). Factores de riesgos psicosociales en el trabajo: género y enfermería. *Avances en enfermería*, *XXXII*(2), 271-279.
- Celma, M. (2007). Cultura organizacional y desarrollo profesional de las enfermeras. *Tesis doctoral*. Granada, España.
- Celma, M., & Acuña, A. (2009). Influencia de la feminización de la enfermería en su desarrollo profesional. *Antropología experimental*, *9*(9), 119-136.

- Chaves, E., & Cade, N. (2004). Anxiety effects on blood pressure of women with hypertension. *Revista Latino – Americana de Enfermagem*, 12(2), 132-162.
- CIE. (2015). *La definición de Enfermería*. Retrieved from <http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>
- Clúa, E., & Aguilar, M. (1998). La calidad de vida laboral y el orgullo de trabajar en la sanidad pública. Resultados de una encuesta. *Atención Primaria*, 22(5), 36-38. Retrieved from <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-resumen-alternativo-la-calidad-vida-profesional-el-14908>
- Colell, B., Limonero, G., & Otero, M. (2003). Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. *Revista de investigación en salud*, 2, 1-13.
- Colliére, M. (1982). *Promover la vida*. Barcelona: Mc Graw Hill.
- Comelles, J. (1992). Cuidar y curar. Bases para una historia antropológica de la enfermería hospitalaria. *Rol Enfermer*, 15(172), 34-41.
- Comité Mixto OIT-OMS. (1984, septiembre 18.24). *Factores Psicosociales en el Trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención*. Retrieved from http://biblioteca.uces.edu.ar/MEDIA/EDOCS/FACTORES_Texto.pdf
- CONAMED. (2002). *Código de ética para enfermeras y enfermeros de México*. Retrieved from : http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf
- Connor, K., & Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. doi:10.1002/da.10113
- Conrad, D., & Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child abuse & neglect*(30), 1071-80. doi:10.1016/j.chiabu.2006.03.009.
- Cooper, C., & Baglioni Jr, A. (1988). A structural model approach toward the development of a theory of the link between stress and mental health. . *British Journal of Medical Psychology*, 87-102.
- Cooper, C., & Payne, R. (1987). *Stress at work*. Chinchester: J. Wiley and Sons.

- Costa, E., Morita, I., & Martinez, M. (2000). La percepción de los efectos del trabajo por turnos sobre la salud y la vida social en el personal de enfermería de un hospital universitario en el estado de Sao Paulo. *Cad Saúde Pública*, 553-557.
- Cox, T., & Griffiths, A. (2005). The assessment of psychosocial hazards at work. *En: M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst and C.L. Cooper. Handbook of Work and Health Psychology*, 126-146. Chichester: Wiley & Sons.
- Craig, C., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress & Coping*, 23(3), 319-339. doi:10.1080/10615800903085818
- Creswell, J., & Plano-Clark, V. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Cruz, A. (2015, enero 16). *Periodico la Jornada*. Retrieved from Situación laboral de enfermeras y enfermeros en el Issste es peor que en el resto del sector: <http://www.jornada.com.mx/2015/01/16/sociedad/035n1soc>
- Dasan, S., Gohil, P., Cornelius, V., & Taylor, C. (2014, septiembre 24). *Prevalence, causes and consequences of compassion satisfaction and compassion fatigue in emergency care: a mixed-methods study of UK NHS Consultants*. Retrieved from www.ergonomia.cl: 10.1136/emered-2014-203671
- Davis, L., & Cherns, A. (1975). *The quality of working life*. Nueva York: The Free Press. McMillan Publishers.
- Daza, F., & Bilbao, J. (1997). *Factores psicosociales: metodología de evaluación*. Retrieved from <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/NTP/NTP/926a937/926w.pdf>
- De Oliveira, O., & García, B. (1994). *Trabajo femenino y vida familiar en México*. México: Centro de Estudios Sociológicos-El Colegio de México.
- Deci, E., & Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Deloitte Touche Tohmatsu Limited. (2015). *Women in the boardroom. A global perspective*. Retrieved from

- <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/mx/Documents/risk/Gobierno-Corporativo/Mujeres-en-el-Consejo-administracion.pdf>
- Elliot, P. (1975). *Sociología de la Profesiones* (Vol. Colección de ciencias sociales. Serie de sociología). Madrid: Tecnos.
- Eseverri, C. (1984). *Historia de la enfermería española e hispanoamericana*. . Barcelona: Salvat.
- Espinoza, M., & Morris, P. (2002). *Calidad de vida en el trabajo: percepciones de los trabajadores*. Santiago de Chile, Chile,: Dirección del trabajo departamento de estudios.
- Estryn, B., Kaminski, B., Peigne, E., Bonnet, N., Vaichere, E., Gozlan, C., . . . Giorgi, M. (1990). Stress at work and mental health status among female hospital workers. *British Journal of Industrial Medicine*, 47(1), 20-47.
- Fernández, A., Santa, E., & Casado, M. (2007). *Calidad de vida laboral de los profesionales de enfermería en atención primaria de Soria*. Retrieved from <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0213.php>
- Fernández, M., Moinerlo, A., A, V., Andrade, C. R., & Gómez, J. (2000). Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del área 10 del Insalud de Madrid. *Revista española de salud Pública*, 47.
- Figley, C. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel.
- Flores, M., Troyo, R., Valle, M., & Vega, M. (2010). Ansiedad y estrés en la práctica del personal de enfermería en un hospital de tercer nivel en Guadalajara. *Revista electrónica de enfermería de Iztacala*, 13(1), 1-17. Retrieved from <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol13num1/Art1Vol13No1.pdf>
- Frank, C., & Elizondo, T. (1961). *Desarrollo histórico de la enfermería*. . Mexico: Prensa Médica Mexicana.
- Gamo, G. (2006). ¿Cuál es el bienestar psicológico del personal en enfermería? *Asociación Nacional de Enfermería de la Salud Mental*, 1(1), 1-6.

- García, A., & Hernández, F. (1993). *Aproximación a la Enfermería Española de los Siglos XVI-XVII. Facsímil del libro de Instrucción para enfermeros de Andrés Fernández de 1625*. Madrid: CGE.
- García, M., Jiménez, M., & Martínez, E. (2010). *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud*. Andalucía: Escuela Andaluza de Salud Pública/Consejería de Salud.
- García, S. (1998). La calidad de vida profesional como ventaja competitiva. *Qualitat*, *11*, 4-9.
- García-Rivera, B., Maldonado-Radillo, S., & Ramírez, M. (2014). Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México. *Summa Psicológica*, *11*(1), 65-73.
- Garrido, S., García, E., Viúdez, I., López, C., Más, E., & Ballarín, M. (2010). Estudio de la calidad de vida laboral en trabajadores de atención primaria del área 7 de la comunidad de Madrid. *Revista de Calidad Asistencial*, *25*(6), 327-333.
- Ginzburga, W., Shmotkina, D., Blumsteinb, T. & Shoreka, A. (2005). A gender-based dynamic multidimensional longitudinal analysis of resilience and mortality in the old-old in Israel: the cross-sectional and longitudinal aging study. *CALAS Social Science & Medicine*, *60*, 1705-1715.
- Gold, Y., & Roth, R. (1993). *Teachers Managing stress and preventing burnout: The professional health solution*. Londres: Routledge Falmer .
- González, M., Quezada, L., Díaz, C., & Cano, A. (2014). Adaptación para México y estructura factorial del inventario de situaciones y respuestas de ansiedad breve (ISRA-B). *Ansiedad y estrés*, *20*(1), 89-100.
- González, R., Rubio, J., & Solórzano, M. (2012, marzo 4). *Historia de la enfermería. Hospitales sus orígenes*. Retrieved from Scribd:
<https://es.scribd.com/document/274120874/trabajo-de-hospedaje-sus-origenes>
- Gracia, D. (1992). *Planteamiento de la bioética*. (M. C. Vidal, Ed.) Madrid: Trotta.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suner, R., Prats, M., & Braga, F. (2009). Influence of Personal, Professional and Cross-National Factors in Burnout Syndrome in

- Hispanic Americans and Spanish Health Workers. *Revista Espanola de Salud Pública*, 215-230. doi:10.1590/S1135-57272009000200006
- Grotberg, E. (2001). *Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Gurrola, G., Balcázar, P., Muñoz, M., & Virseda, J. (2006). Estructura factorial y consistencia interna de la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) en una muestra no clínica. *Psicología y ciencia social UNAM*, 8(3), 3-7.
- Halbesleben, J. (2006). Sources of Social Support and Burnout: A Meta-Analytic Test of the Conservation of Resources Model. *Journal of Applied Psychology*, 91(5), 182. doi:10.1037/0021-9010.91.5.1134
- Hanzelíková, A., García, M., Pomares, M., Pardo, M., & Del Monte, J. (2011). La calidad de vida profesional de las enfermeras en geriatría. *Enfermería Global* (24), 145-167.
- Henry, J., & Crawford, J. (2005). The short form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS 21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*. *British Journal of Clinical Psychology*, 227-239.
- Hernández, C., Llorens, S., & Rodríguez, A. (2012). Burnout en personal sanitario: validación de la escala MBI en México. *Forum de Recerca*, 837-846.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2000). *Metodología de la investigación*. México: MacGraw-Hill.
- Hobfoll, S. (1998). *The psychology and philosophy of stress, culture, and community*. New York: Plenum.
- Hobfoll, S. (2001). The influence of culture, community, and the nested self in the stress process: advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology*, 337-421.
- Hoffman, M. (1977). Sex differences in empathy and related behaviors. *Psychological Bulletin*, 84(4), 712-722.
- Hüther, G. (2012). *Biología del miedo. El estrés y los sentimientos*. Barcelona: Plataforma.

- INEGI. (2013). *Encuesta sobre la Percepción Pública de la Ciencia y la Tecnología*. Retrieved from <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/hogares/especial/es/enpecyt/2011/default.aspx>
- INEGI. (2015, diciembre 24). *Estadística a propósito del día internacional de la enfermera y del enfermero*. Retrieved from . [inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx) [Online]. Available: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/enfermera0.pdf>.
- INEGI. (2016, enero). *Encuesta Nacional de los Hogares 2015*. Retrieved from http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/promo/enh2015_resultados.pdf
- INEGI. (2018, febrero). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE)*. Retrieved from población de 15 años y más de edad: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/enoe/>
- James, G., Hastie, T., Tibshirani, R., & Witten, D. (2017). *An Introduction to Statistical Learning: With Applications in R*. New York: Springer-Verlag .
- Juárez-García, A. (2007a). Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México. *Salud Pública Méx*, 49(2), 109-117.
- Juárez-García, A. (2007b). Factores psicosociales, estrés y salud en distintas ocupaciones: un estudio exploratorio. *Investigación en Salud*, IX(1), 57-64.
- Juárez-García, A., & Ramírez, J. (2005). Estrés psicosocial en el Trabajo: Dónde y Quiénes Estamos en México. Compartiendo experiencias con investigadores norteamericanos. *FES Iztacala, UNAM*, 7-14.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kelly, L., & Joel, L. (1999). *Dimensions of professional nursing* (8a. ed.). New York: McGraw-Hill.
- Kornhaber, R., & Wilson, A. (2011). Building Resilience in Burns Nurses: A Descriptive Phenomenological Inquiry. *Journal of burn care & research: official publication of the American Burn Association* , 32(4), 480-481.

- Kotliarenco, M., Cáceres, I., & Fontecilla, M. (1997, julio). *Organización Panamericana de la Salud*. Retrieved from Estado de Arte en Resiliencia: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Resil6x9.pdf>
- Krueger, J., & Funder, D. (2004). Towards a Balanced Social Psychology: Causes, Consequences, and Cures for the Problem-Seeking Approach to Social Behavior and Cognition. *Behavioral and Brain Sciences*, 27(3), 1-64. Retrieved from <http://rap.ucr.edu/bbs.pdf>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Leka, S., Griffiths, A., & Cox, T. (2004). *La organización del trabajo y el estrés*. Nottingham, Reino Unido: Universidad de Nottingham.
- Lerma, V., Rosales, G., & Gallegos, M. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en enfermería a cargo del paciente crónico hospitalizado. *CONAMED*, 14(1), 5-10. Retrieved from http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REVISTA_OCT DIC_2009_supl1
- Llorens, S., Schaufeli, W., Bakker, A., & Salanova, M. (2004). Does a positive gain spiral of resources, efficacy beliefs and engagement exist? *Computers in Human Behavior*, 825–841. Retrieved from <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/261>
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Lovibond, S., & Lovibond, P. (2004). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2da. ed.). Sydney: The Psychology Foundation of Australia.
- Mageau, G., Carpentier, J., & Vallerand, R. (2011). The role of self-esteem contingencies the distinction between obsessive and harmonious passion. *European Journal of Social Psychology*. *European Journal of Social Psychology*(41), 720-729.

- Marriner, A. (1994). *Modelos y teorías de enfermería* (3ra. ed.). Madrid: Mosby-Doyma.
- Martínez, C., & López, G. (2005). Características del síndrome de Burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Archivos en Medicina Familiar*, 7(1), 6-9.
- Martinez, E. (2005). Errores frecuentes en la interpretación del coeficiente de determinación lineal. *Anuario Jurídico y Económico Escurialense*(XXXVIII), 315-332.
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1996). *Maslach Burnout Inventory* (3era ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Masten, A. (2007). Resilience in developing systems: progress and promise as the fourth wave rises. . *Development and Psychopathology*, 30-121.
- McAlister, M., & McKinnon, J. (2009). The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: A critical review of the literature. *Nurse Education Today*(29), 371-379.
- McCann, L., & Pearlman, L. (1990). Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological Effects of Working with Victims. *Journal of Traumatic Stress*, 131-149. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/225251549_Vicarious_Traumatization_A_Framework_for_Understanding_the_Psychological_Effects_of_Working_with_Victims
- McGrath, J., Altman, I., & United States. Air Force. Office of Scientific Research, U. o.-C. (1970). *Social and Psychological Factors in Stress*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Mealer, M., Jones, J., Newmana, J., McFann, K., Rothbaum, B., & Moss, M. (2012). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: results of a national survey. *PubMed*, 49(3), 292-299. doi:doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.09.015.
- Melillo, A. (2005, marzo- abril). Perspectivas sistémicas. *Perspectivas Sistemáticas*(85). Retrieved from Sobre resiliencia: El pensamiento de Boris Cyrulnik.: <http://www.redsistemica.com.ar/melillo.htm>.

- Melillo, A., Suárez, N., & Rodríguez, D. (2006). *Resiliencia y subjetividad: Los ciclos de la vida*. Buenos Aires: Paidós.
- Mendoza, I., García, B., & Serna, H. (2014, septiembre). *ResearchGate*. Retrieved from Validación de un instrumento de calidad de vida laboral en el contexto mexicano: <https://www.researchgate.net/publication/265551688>
- Meza-Galván, M. (2009). Dotación de recursos humanos en enfermería con base en las necesidades de pacientes hospitalizados. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 17 (3), 153-157.
- Milutinovic, D., Golubovic, B., Brkic, N., & Prokes, B. (2012). Professional stress and Health among critical care nurses in Serbia. *Arh Hig Rada Toksikol*, 63, 171-180.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Retrieved from Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo.: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf
- Miñarro, J., Verdú, M., Larraínzar, M., & Molinos, F. (2002). La satisfacción laboral en el hospital Asepeyo-Sant Cugat del Vallés. *Gestión Hospitalaria*, 13, 26-30.
- Mira, J., Vitaller, J., Buil, J., Aranaz, J., & Rodríguez-Marín, J. (1994). Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas. *Atención Primaria*, 14(10), 1,135-1,140.
- Mireles, A., Pando, M., & Aranda, C. (2002). Factores Psicosociales y Síndrome de Burnout en una empresa de la rama textil de Guadalajara México. *Investigación en Salud*, 4(2), 104-110.
- Missel, S. (1998). *Saúde geral de profissionais da área hospitalar: uma avaliação comparativa entre grupos com contato direto e indireto com pacientes*. Canoas: Universidade Luterana do Brasil.
- Molina, M. (1961). *Historia de la Enfermería*. . Argentina: Intermédica.

- Montero, J., & García, J. (2010). A newer and broader definition of burnout: Validation of the "Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36). *BMC Public Health*, 302.
- Moreno, E. (2007). Estrés ocupacional en los profesionales de la medicina aguda. *Emergencias*, 19, 151-153. Retrieved from http://www.semes.org/revista/vol19_3/8.pdf
- Nágera, N., & Castrillón, M. (2014, septiembre). *La Enfermería en América Latina Situación actual, áreas críticas y lineamientos para un Plan de Desarrollo*. Retrieved from Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería: http://132.248.141.62/aladefeweb/homedir/public_html/articulos/la_enfermeria_en_america_latina.pdf
- Newel, J., & MacNeil, G. (2010). Professional Burnout, Vicarious Trauma, Secondary Traumatic Stress, and Compassion Fatigue: A review of Theoretical Terms, Risk Factors, and Preventive Methods for Clinicians and Researchers. *Best Practice in Mental Health*, 6(2), 57-68.
- Newman, K., & Taylor, U. (2002). The NHS Plan: Nurse satisfaction, commitment and retention strategies. *Health Service Management*, 93-105.
- Nigenda, G., Ruiz, J., & Bejarano, R. (2005). Educational and labour wastage of doctors in Mexico. Towards the construction of a common methodology. *Hum Resour Health*, 3, 7-12.
- Nigenda, G., Ruiz, J., Yetzi Rosales, Y., & Bejarano, R. (2006). Enfermeras con licenciatura en México: estimación de los niveles de diserción escolar y desperdicio laboral. *Salud pública Mex*, 22-29.
- Nightingale, F. (1990). *Notas sobre enfermería: qué es y que no es*. Barcelona: Salvat.
- Notario, B., Solera, M., Serrano, M., Bartolome, J., & Garcia, J. (2011). Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in young adults. *Health Qual Life Outcomes*, 63.

- OIT. (2016). *Persisten grandes disparidades de género en varios sectores del mercado de trabajo a nivel mundial*. Retrieved from http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_457269/lang--es/index.htm
- OMS. (2010). *Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS: contextualización, prácticas y literatura de apoyo*. . Retrieved from Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf
- OMS. (2015). *Enfermería*. Retrieved from <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
- OMS. (2016, abril). *Centro de prensa*. Retrieved from La depresión: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- ONU. (2015, septiembre 25). *onu.org.mx*. Retrieved from Objetivos de Desarrollo Sostenible: <http://www.onu.org.mx/agenda-2030/objetivos-del-desarrollo-sostenible/>
- Orgambidez, A., Borrego, Y., & Gonçalves, G. (2014). Adaptación y validación inicial de la versión española de la escala de pasión en el trabajo. *Revista electrónica de metodología aplicada*, 25-39. Retrieved from <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/Rem>
- Osses-Paredes, C., Valenzuela, S., & Sanhueza, O. (2010, febrero). Hombres en la enfermería profesional. *Enfermería Global*(18), 1-7. Retrieved from www.um.es/eglobal/
- Pearlman, L., & Saakvitne, K. (1995). *Trauma and the Therapist: Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors*. New York: W.W.Norton.
- Peinador, R. (2015). Factores psicosociales. Estrés laboral y Enfermería. *Revista Médica Electrónica Portales Medicos.com*. Retrieved from <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/factores-psicosociales-estres-laboral-enfermeria/>
- Pérez, M., González, P., Castañón, I., & Morales, P. (2017, septiembre 17). Satisfacción laboral del personal de enfermería en una institución de segundo

- nivel. *Revista de Técnicas de la Enfermería*, 1(1), 23-29. Retrieved from http://www.ecorfan.org/republicofperu/research_journals/Revista_de_Tecnicas_de_Enfermeria/vol1num1/Revista_de_Tecnicas_de_Enfermer%C3%ADa_V1_N1_4.pdf
- Philippe, F., Vallerand, R., Houliort, N., Lavigne, G., & Donahue, E. (2010). Passion for an activity and quality of interpersonal relationships: The mediating role of emotions. *Journal of Personality and Social Psychology*. *Journal of Personality and Social Psychology*(98), 917-932.
- PND. (2013). *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. Retrieved from <http://pnd.gob.mx/wp-content/uploads/2013/05/PND.pdf>
- PNUD. (2010). *The Global Gender Gap Report*. Retrieved from http://www3.weforum.org/docs/WEF_GenderGap_Report_2010.pdf
- PNUD México. (2014). *Indicadores de Desarrollo Humano y Género en México: nueva metodología*. Retrieved from http://www.mx.undp.org/content/mexico/es/home/library/poverty/indicadores-de-desarrollo-humano-y-genero-en-mexico--nueva-metod/?__scoop_post=6661e810
- Portnoy, D. (2011). Burnout and Compassion Fatigue Watch for the Signs. *Journal of the Catholic Health Association of the United States*, 47-51. Retrieved from <http://www.compassionfatigue.org/pages/healthprogress.pdf>
- Prado, A., & Del Aguila, C. (2003). Diferencia en la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes. *Revista Persona* , 179-196.
- Price, J., & Murnan, J. (2004). Research Limitations and the Necessity of Reporting Them. *American Journal of Health Education*, 35, 66-67.
- Quintana, M., Sáez, K., Figueroa, C., García, J., Salazar, R., Tinajero, R., . . .
 Figueroa, C. (2016). Calidad de vida laboral en enfermeras de un hospital privado. *Biotechnia. Revista de ciencias biológicas y de la salud*, 18, 34-38.
 Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/299518537_CALIDAD_DE_VIDA_LABORAL_DE_ENFERMERAS_DE_UN_HOSPITAL_PRIVADO

- Roozeboom, M., Houtman, I., & Van den Bossche, S. (2008). Monitoring Psychosocial Risks at work. In E. S. Cox, *The European Framework for psychosocial Risk management: PRIMA-EF* (pp. 17-36). Nottingham: I-WHO.
- Rose, R., Beh, L., Uli, J., & Idris, K. (2006). Quality of Work Life: Implications of Career Dimensions. *Journal of Social Sciences*, 2, 61-67.
- Rudolph, J., Stamm, H., & Stamm, H. (1997). Compassion Fatigue: A Concern for Mental Health Policy, Providers & Administration. *13th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies*. Montreal, PQ, CA.
- Sacco, T., Ciurzynski, S., Harvey, M., & Ingersoll, G. (2015, agosto). Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue Among Critical Care Nurses. *Critical Care Nurse*, 35(4), 32-45. doi:10.4037/ccn2015392
- Salanova, M. (2003). *Academic success, burnout and engagement among university students: towards a spiral model of efficacy beliefs*. Toronto, Ont., Canada.: 5th Interdisciplinary Conference on Occupational Stress & Health.
- Salanova, M., Bresó, E., & Schaufeli, W. (2004). Hacia un modelo espiral de autoeficacia en el estudio del burnout y del engagement entre estudiantes universitarios. .
- Sánchez, S. (2002). *Historia de la Enfermería en Uruguay*. Montevideo, Uruguay.: Trilce.
- Schmidt, D. (2009). *Calidad de vida en el trabajo y su asociación con el estrés ocupacional, física y la salud mental y el sentido de la coherencia entre las enfermeras de la sala de cirugía*. Ribeirao Preto: Universida de São Paulo.
- Secretaría de Salud. (2007). *Ley General de Salud*. Retrieved from Disposiciones generales:
http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
- Secretaría de Salud. (2013, diciembre 12). *Programa Sectorial de Salud 2013 2018*. Retrieved from
http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/prosesa.html

- Segurado, A., & Agulló, E. (2002). Segurado, A. y Agulló, E. (2002) Calidad de vida laboral: hacia un enfoque integrador desde la Psicología Social. *Psicothema*, 14(4), 828-836.
- Sibbald, B., Enzar, I., Cooper, C., Rout, U., & Sutherland, V. (2000). Job satisfaction in 1987, 1990 and 1998: Lessons for the future? *Family Practice*, 17, 364-371.
- Siles, J. (1999). *Historia de la enfermería*. Alicante: Agua Clara.
- Siles, J. (2004). La construcción social de la Historia de la Enfermería. *Index Enferm*, 13-47.
- Sosa, O., Cheverría, S., & Rodríguez, E. (2010). Calidad de vida laboral del personal de enfermería. *Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 18(3), 153-158.
- Spielberger, C. (1972). *Anxiety: Currents Trends in Theory and Research*. Nueva York: Academic Press.
- Stamm, B. (2010). *The Concise ProQOL Manual*. . Retrieved from http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf
- Tellez, A. (2013, mayo 9). *Técnica de respiración Jacobson para reducir el estrés en enfermeras de unidades de cuidados intensivos*. Retrieved from Repositorio UVIC: http://repositori.uvic.cat/bitstream/handle/10854/2342/trealu_a2013_tellez_anna_maria_tecnica_respiracion.pdf?sequence=1
- Termes, M. (2013). La resiliencia en profesionales de Enfermería: estudio fenomenológico hermenéutico. *Monográficos de investigación en salud*. ISSN: 1988-3439 , VII(19). Retrieved from <http://www.index-f.com/para/n19/091d.php>
- Thompson, I., Amatea, E., & Thompson, E. (2014). Personal and contextual predictors of mental health counselors' compassion fatigue and burnout. *Journal of Mental Health Counseling*, 36(1), 58-77.
- Thorgren, S., Wincent, J., & Sirén, C. (2013, diciembre 1). The Influence of Passion and Work–Life Thoughts on Work Satisfaction. *Human Resource*

- Development Quarterly*, 24 (4). Retrieved from <https://www.deepdyve.com/lp/wiley/the-influence-of-passion-and-work-life-thoughts-on-work-satisfaction-DdjXlr8jUR/1>
- Torres, S., & Zambrano, E. (2010). Breve historia de la educación de la enfermería en México. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 105-110.
- Vallerand, R. (2010). On passion for life activities: The dualistic model of passion. *Advances in experimental social psychology*, 42, 97-193.
- Vallerand, R., & Houliort, N. (2003). Passion at work: Toward a new conceptualization. In S. Gilliland, D. Steiner, & D. Skarlicki, *Emerging Perspective on Values in Organizations* (Vol. 3, pp. 175-204). Charlotte: Information Age publishing.
- Vallerand, R., & Miquelon, P. (2007). Passion for sport in athletes. In E. Lavallee, & S. Jowett, *Social Psychology in sport* (pp. 249-262). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Vallerand, R., Rousseau, F., Grouzet, F., Dumais, A., Grenier, S., & Blanchard, C. (2006). Passion in sport: A look at determinants and affective experiences. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 454-476.
- Vera, P. (2004). *Resistir y rehacerse. Una reconceptualización de la experiencia traumática desde la Psicología Positiva*. Retrieved from <http://wwwpsicología-positiva.com/resiliencia.html>
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Wessells, D., Kutscher, A., Seeland, I., Selder, F., Cherico, D., & Clark, E. (2013). *Professional Burnout in Medicine and the Helping Professions*. Nueva York: Routledge Taylor & Francis.
- Wilensky, H. (1964). The Professionalization of everyone? *The American Journal of Sociology*, 70(2), 137-158.
- Zabalegui, A. (2003, octubre). El rol del profesional en enfermería. *Aquichan*, 3(3), 16-20.



Estudio de calidad de vida laboral en profesionales en enfermería.

Instrucciones: Por favor, responda solo un inciso de cada pregunta.

Q1. Usted es:

1. Hombre
2. Mujer

Q2. ¿Qué edad tiene? _____ años.

Q3. Su estado civil es:

1. Soltero
2. Casado
3. Unión Libre
4. Separado
5. Divorciado
6. Viudo

Q4. ¿Cuál es su puesto actual?

Q5. Su situación laboral es:

1. Empleado de medio tiempo temporal
2. Empleado permanente de medio tiempo
3. Empleado temporal de tiempo completo
4. Empleado permanente de tiempo completo
5. Practicante

¿En qué unidad trabaja actualmente?

1. Unidad hiperbárica
2. Unidad de cuidados intensivos adultos
3. Unidad de cuidados intensivos pediátricos
4. Unidad de Inhaloterapia
5. Unidad de Neonatología
6. Unidad quirúrgica
7. Urgencias adultos
8. Urgencias pediátricas
9. Hospitalización

Q6. Por favor indique cuál es su escolaridad máxima:

1. Carrera técnica en enfermería
2. Diplomado en enfermería
3. Licenciatura en Ciencias de la Enfermería
4. Posgrado en enfermería
5. Maestría en enfermería
6. Grado de Doctorado

Q7. ¿Cuántos años ha trabajado en enfermería en total? _____ años

Q8. ¿Cuántos años ha trabajado en el hospital donde labora actualmente? _____ años

Q9. ¿Cuántos años ha trabajado en su puesto actual en total? _____ años

Q10. Trabaja principalmente en:

1. Unidad de pacientes hospitalizados
2. Unidad de atención externa

Q11. ¿Cuántos años más espera trabajar en enfermería en el futuro? _____ años

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) indicando qué tanto esta afirmación le aplicó a usted *durante la semana pasada*. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar.

Durante la semana pasada...	No me aplicó	Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo	Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo	Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo
1. Me costó mucho relajarme.	0	1	2	3
2. Me di cuenta que tenía la boca seca.	0	1	2	3
3. No podía sentir sentimientos positivos.	0	1	2	3
4. Se me hizo difícil respirar.	0	1	2	3
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas.	0	1	2	3
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones.	0	1	2	3
7. Sentí que mis manos temblaban.	0	1	2	3
8. Sentí que tenía muchos nervios.	0	1	2	3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo.	0	1	2	3
10. Sentí que no tenía nada por que vivir.	0	1	2	3
11. Noté que me agitaba.	0	1	2	3
12. Se me hizo difícil relajarme.	0	1	2	3
13. Me sentí triste y deprimido.	0	1	2	3
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
15. Sentí que estaba al punto del pánico.	0	1	2	3
16. No me pude entusiasmar por nada.	0	1	2	3
17. Sentí que valía muy poco como persona.	0	1	2	3
18. Sentí que estaba muy irritable.	0	1	2	3
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico.	0	1	2	3
20. Tuve miedo sin razón.	0	1	2	3
21. Sentí que la vida no tenía sentido.	0	1	2	3

Marque en cada frase, siendo lo más sincero posible, el valor que refleje su experiencia profesional más frecuente para usted en los últimos 30 días.

En los últimos 30 días...	1 = Nunca	2 = Rara vez	3 = Algunas veces	4 = A menudo	5 = Casi siempre
1. Soy feliz	1	2	3	4	5
2. Estoy preocupado por una o más personas a las que he ayudado o ayudo.	1	2	3	4	5
3. Estoy satisfecho de poder ayudar a la gente.	1	2	3	4	5
4. Me siento vinculado a otras personas, debido a mi trabajo.	1	2	3	4	5
5. Me sobresaltan los sonidos inesperados.	1	2	3	4	5
6. Me siento fortalecido después de trabajar con las personas a las que he ayudado.	1	2	3	4	5
7. Encuentro difícil separar mi vida personal de mi vida profesional	1	2	3	4	5
8. No soy tan productivo en el trabajo debido a que pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que he ayudado.	1	2	3	4	5
9. Creo que he sido afectado negativamente por las experiencias traumáticas de aquellos a quienes he ayudado.	1	2	3	4	5
10. Me siento “atrapado” por mi trabajo.	1	2	3	4	5
11. Debido a mi profesión tengo la sensación de estar al límite en varias cosas	1	2	3	4	5
12. Me gusta trabajar ayudando a la gente	1	2	3	4	5
13. Me siento deprimido como resultado de las experiencias traumáticas de las personas a las que he ayudado.	1	2	3	4	5
14. Me siento como si fuera yo el que experimenta el trauma de alguien al que he ayudado.	1	2	3	4	5
15. Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me apoyan.	1	2	3	4	5
16. Estoy satisfecho por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de ayuda.	1	2	3	4	5
17. Soy la persona que siempre he querido ser.	1	2	3	4	5
18. Mi trabajo me hace sentirme satisfecho	1	2	3	4	5
19. Por causa de mi trabajo me siento agotado.	1	2	3	4	5
20. Tengo pensamientos de satisfacción acerca de las personas a las que he ayudado y sobre cómo he podido ayudarles.	1	2	3	4	5
21. Me siento abrumado por la cantidad y tipo de trabajo que tengo que afrontar.	1	2	3	4	5
22. Creo que puedo hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo.	1	2	3	4	5

En los últimos 30 días...	1 = Nunca	2 = Rara vez	3 = Algunas veces	4 = A menudo	5 = Casi siempre
23. Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de la gente a la que he ayudado.	1	2	3	4	5
24. Estoy orgulloso de lo que puedo hacer para ayudar.	1	2	3	4	5
25. Como resultado de mi trabajo profesional, tengo pensamientos molestos, repentinos, atemorizantes.	1	2	3	4	5
26. Me siento "estancado" (sin saber qué hacer) por cómo funciona el sistema de salud.	1	2	3	4	5
27. Considero que soy un buen profesional.	1	2	3	4	5
28. No puedo recordar determinados acontecimientos relacionadas con víctimas muy traumáticas.	1	2	3	4	5
29. Soy una persona demasiado sensible.	1	2	3	4	5
30. Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo.	1	2	3	4	5

Opciones de respuesta:	1 = completamente en desacuerdo	2	3	4	5	6	7 = Completamente de acuerdo
1. Este trabajo me permite vivir una gran variedad de experiencias.	1	2	3	4	5	6	7
2. Las cosas nuevas que aprendo con este trabajo hacen que lo valore todavía más.	1	2	3	4	5	6	7
3. Este trabajo refleja las cualidades que valoro de mí.	1	2	3	4	5	6	7
4. Este trabajo está en armonía con otras actividades de mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
5. Mi trabajo para mí es una pasión que todavía logro controlar.	1	2	3	4	5	6	7
6. Mi trabajo me permite vivir experiencias memorables.	1	2	3	4	5	6	7
7. Estoy completamente involucrado con este trabajo	1	2	3	4	5	6	7
8. No puedo vivir sin este trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
9. El impulse es tan fuerte, que no puedo dejar de hacer este trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
10. No puedo concebir mi vida sin este trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
11. Dependo emocionalmente de este Trabajo	1	2	3	4	5	6	7
12 Me cuesta controlar la necesidad de realizar este trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
13. Tengo un sentimiento casi obsesivo por este trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
14. Mi estado de ánimo depende de mi capacidad para realizar este trabajo.	1	2	3	4	5	6	7

Por favor indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones si le aplican durante el último mes en una situación particular. Si alguna situación no le ha ocurrido recientemente, responda de acuerdo a lo que piense que habría sentido.

	1 = nunca, 2 = muy pocas veces, 3 = algunas veces, 4 = a menudo, 5 = siempre				
1. Me puedo adaptar cuando hay cambios	0	1	2	3	4
2. Puedo enfrentar lo que venga en mi camino.	0	1	2	3	4
3. Trato de verle el lado humorístico de las cosas cuando me enfrento con problemas.	0	1	2	3	4
4. Tener que afrontar el estrés me hace más fuerte.	0	1	2	3	4
5. Tiendo a recuperarme rápido después de una enfermedad, lesión u otras dificultades.	0	1	2	3	4
6. Creo que puedo alcanzar mis metas, aun si hay obstáculos.	0	1	2	3	4
7. Bajo presión, permanezco enfocado y pienso claramente.	0	1	2	3	4
8. No me desanimo tan fácilmente por el fracaso.	0	1	2	3	4
9. Pienso en mí mismo como una persona fuerte cuando tengo que enfrentarme con los retos y dificultades de la vida.	0	1	2	3	4
10. Puedo manejar sentimientos desagradables o dolorosos como la tristeza, el miedo o la cólera.	0	1	2	3	4

Abajo encontrará algunas afirmaciones sobre tus sentimientos y pensamientos. Por favor seleccione la opción que mejor describa tu experiencia en las últimas dos semanas

En las últimas dos semanas...	nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	A menudo	siempre
1. Me he sentido optimista respecto al futuro.	1	2	3	4	5
2. Me he sentido útil.	1	2	3	4	5
3. Me he sentido relajado.	1	2	3	4	5
4. He sentido interés por los demás.	1	2	3	4	5
5. He sentido energía de sobra.	1	2	3	4	5
6. He afrontado bien los problemas.	1	2	3	4	5
7. He podido pensar con claridad.	1	2	3	4	5
8. Me he sentido bien conmigo mismo.	1	2	3	4	5
9. Me he sentido cercano a los demás.	1	2	3	4	5
10. Me he sentido seguro (con confianza).	1	2	3	4	5
11. He sido capaz de tomar mis propias decisiones.	1	2	3	4	5

12. Me he sentido querido.	1	2	3	4	5
13. Me he interesado por cosas nuevas.	1	2	3	4	5
14. Me he sentido alegre.	1	2	3	4	5

Por favor responda a cada una de las siguientes afirmaciones con relación a cómo se siente. Indique que tan cierta cada afirmación es para usted en este momento:

	Falso No verd.	Parcialmente verdadero					Muy verdadero
1. En este momento, me siento vivo y vital.	1	2	3	4	5	6	7
2. No me siento con energía en este momento.	1	2	3	4	5	6	7
3. Normalmente me siento tan vivo que quiero explotar de alegría.	1	2	3	4	5	6	7
4. En este momento, tengo energía y buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5	6	7
5. Espero con optimismo cada nuevo día.	1	2	3	4	5	6	7
6. En este momento, me siento alerta y despierto.	1	2	3	4	5	6	7
7. Me siento con energía en este momento.	1	2	3	4	5	6	7

Por favor indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

	No verdadero	Escasamente verdadero	Moderadamente verdadero	Exactamente verdadero
1. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	1	2	3	4
2. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga	1	2	3	4
3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas	1	2	3	4
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.	1	2	3	4
5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.	1	2	3	4
6. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	1	2	3	4
7. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	1	2	3	4

8. al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	1	2	3	4
9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer	1	2	3	4
10. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo	1	2	3	4

Por favor indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones

	Raramente/no en absoluto	Algunas veces	A menudo	Casi siempre
1. Me es fácil concentrarme en lo que estoy haciendo.	1	2	3	4
2. Estoy preocupado/a por el futuro.	1	2	3	4
3. Puedo tolerar el dolor emocional.	1	2	3	4
4. Puedo aceptar las cosas que no puedo cambiar.	1	2	3	4
5. Normalmente puedo describir como me siento en el momento detalladamente.	1	2	3	4
6. Me distraigo fácilmente.	1	2	3	4
7. Estoy preocupada por el pasado.	1	2	3	4
8. Es fácil para mí llevar un registro de mis pensamientos y sentimientos.	1	2	3	4
9. Trato de notar mis pensamientos sin juzgarlos.	1	2	3	4
10. Puedo aceptar los pensamientos y sentimientos que tengo.	1	2	3	4
11. Puedo enfocarme en el momento presente	1	2	3	4
12. Puedo prestar atención detallada a una cosa por un largo periodo de tiempo	1	2	3	4

¡Gracias por su participación!