



PONTIFICIA  
**UNIVERSIDAD**  
**CATÓLICA**  
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS  
ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA

**ANSIEDAD Y REGULACIÓN EMOCIONAL EN PERSONAL DE ENFERMERÍA  
PSIQUIÁTRICA**

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención  
en Psicología Clínica que presenta la alumna:

CHIARA RUBINI PINASCO

ASESOR: Dr. CARLOS IBERICO

LIMA 2016

## Agradecimientos

A mi **viejito**, gracias por todo el esfuerzo espero hacer que valga la pena.

**Viejita**, gracias por el apoyo siempre y los preciados cartuchos de tinta.

**Termita**, gracias por hacerme creer que siempre pude y las eternas ensayadas.

**Hermanitalo...**

**Profe**, me hiciste sufrir, pero sin ti no hubiese sido lo mismo.

Gracias **Patty Barrig** por darle una mirada, aunque no te correspondía.

Gracias **Lic. Gloria** por darme todo el apoyo para reclutar a las enfermeras y técnicas del hospital.

Gracias a todas las **participantes** por darme su tiempo y hacer que esta tesis sea posible.



## Resumen

La presente investigación tiene como objetivo principal determinar si existen diferencias entre los tipos de ansiedad y las estrategias de regulación emocional de acuerdo al pabellón de trabajo del personal de enfermería de un hospital psiquiátrico. Asimismo, busca encontrar la relación entre ambas variables psicológicas. La muestra está compuesta por 12 enfermeras y 16 técnicas de un pabellón de hospitalización de corta estancia (Pabellón 1), y 6 enfermeras y 14 técnicas de un pabellón de cuidados especiales (Pabellón 2), a quienes se le aplicaron el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y el Cuestionario de Autorregulación Emocional adaptado para el Perú (ERQP) de Gargurevich y Matos (2010). Los resultados demuestran que no existen diferencias entre ambos pabellones de acuerdo a la ansiedad estado, ansiedad rasgo y la supresión, pero sí de acuerdo a la reevaluación cognitiva. Del mismo modo, no se encontró relación entre la ansiedad estado y las estrategias de regulación emocional. Sin embargo, se encontró una relación directa entre la ansiedad rasgo y la supresión en el Pabellón 1, y una relación directa entre la ansiedad rasgo y la reevaluación cognitiva en el Pabellón 2. Igualmente, se encontró que las técnicas de enfermería presentaban mayores niveles de ambos tipos de ansiedad y suprimían más sus emociones que las enfermeras. En conclusión, los hallazgos demuestran que las diferencias se encuentran más en función de la profesión que del pabellón.

**Palabras claves:** ansiedad estado, ansiedad rasgo, regulación emocional, reevaluación cognitiva, supresión

## Abstract

The purpose of this study is to determine the differences between the types of anxiety and the emotion regulation strategies in mental health nurses in two different units of a psychiatric hospital. Moreover, the study seeks to find the relationship between both constructs. The sample is made up of 12 nurses and 16 aids from an acute ward (Unit 1), and 6 nurses and 14 aids from a special care ward (Unit 2), who answered the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and the Emotion Regulation Questionnaire's Peruvian version (ERQP) by Gargurevich and Matos (2010). The results show no differences between the units, and state-anxiety, trait-anxiety and suppression, but differences between cognitive reappraisal do exist. Similarly, no correlations were found between state-anxiety and emotion regulation strategies. Nonetheless, in Unit 1, a direct correlation between trait-anxiety and suppression was found, and in Unit 2, a direct correlation between trait-anxiety and cognitive reappraisal. Furthermore, the findings show that nursing aids have higher levels of both anxieties, and suppress their emotions more than nurses. As a result, this study found that the differences respond more to the profession than the unit of the nursing staff.

**Keywords:** trait-anxiety, state-anxiety, emotion regulation, cognitive reappraisal, suppression

## Tabla de Contenidos

Introducción	1
Método	13
Participantes	13
Medición	13
Procedimiento	15
Análisis de datos	15
Resultados	19
Discusión	27
Referencias bibliográficas	35
Apéndices	43
Anexo A: Consentimiento informado	45
Anexo B: Ficha Sociodemográfica	46
Anexo C: Resultados de Datos Sociodemográficos	47



## Introducción

Los problemas de salud mental constituyen una de las causas principales de discapacidad en el mundo siendo los trastornos de ansiedad los más comunes, con una prevalencia de 16% (Barlow, 2002; World Federation for Mental Health [WFMH], 2009). En el Perú, la prevalencia de ansiedad es de 14.9% y en Lima, el segundo trastorno psiquiátrico más frecuente es el trastorno de ansiedad generalizada (Saavedra, 2015; Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública [UNAGESP], 2012). Algo similar ocurre con los trabajadores del sector salud, pues este se asocia a elevados índices de depresión y ansiedad en comparación con otros trabajos (International Labor Organization [ILO] & World Health Organization [WHO], 2014; National Institute for Occupational Safety and Health [NIOSH], 2008). En particular, la enfermería es reconocida por ser una profesión con gran prevalencia de trastornos mentales siendo los de ansiedad los más frecuentes (Lerma, Rosales, & Gallegos, 2009; Tiemi & Palucci, 2005). Específicamente, la enfermería psiquiátrica ha sido considerada como una de las ocupaciones más estresantes en el mundo (Leka, Hassard & Yanagida, 2012). Esta problemática repercute de manera negativa en la salud, regulación emocional y calidad de vida de alrededor de 77 mil profesionales de enfermería en el Perú (Colegio de Enfermeros del Perú, 2015), afectando su trabajo y la calidad de su atención (Schüller & Isac, 2003). Sin embargo, la salud mental sigue ocupando un lugar secundario entre las prioridades sanitarias del país (Ministerio de Salud [MINSA] & Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2009).

La ansiedad ha sido definida y clasificada por diferentes autores de diversas maneras. Dentro de las más destacadas, se encuentra la distinción entre la ansiedad normal y patológica. Según Barlow (2002), la ansiedad es adaptativa porque aparece como una señal casi imperceptible ante una amenaza para que el organismo suscite una reacción defensiva (ataque o huida) rápida y eficiente. Por lo tanto, la ansiedad normal es limitada en intensidad y duración, y se asocia a defensas adaptativas que permiten hacer frente a situaciones de estrés y amenaza (Gao et al., 2012).

Por otra parte, la ansiedad patológica, como propone Barlow (2002), ocurre cuando es evidente, intensa, disruptiva y paralizante o cuando provoca defensas autodestructivas,

también, llamadas síntomas. Dicho de otro modo, la ansiedad patológica consiste en la aparición de una sensación intensa de malestar sin causa aparente que la justifique y desproporcionada (Benito, Simon, Sánchez & Matachana, 2011; Echeburúa & de Corral, 2009) que puede convertirse en un trastorno si se deja sin tratamiento (Gao et al., 2012).

Anteriormente, Spielberger (1972) ya postulaba que la ansiedad era un proceso psicobiológico complejo y separó el constructo en dos dimensiones. La primera, ansiedad estado, es una condición emocional transitoria del ser humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetiva que es percibida conscientemente, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo (Spielberger & Díaz-Guerrero, 1975). En general, estos estados de ansiedad varían en intensidad y fluctúan con el tiempo. En contraste, la ansiedad rasgo se refiere a las diferencias individuales que son relativamente estables en la propensión a la ansiedad. En otras palabras, es la tendencia individual a responder ante situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad estado. De este modo, en la ansiedad rasgo uno responde de manera consistente a las situaciones de acuerdo a sus experiencias previas (Spielberger & Díaz-Guerrero, 1975).

La diferencia primordial entre ansiedad estado y ansiedad rasgo es que la primera es una respuesta emocional transitoria, mientras que la segunda es una predisposición o característica de personalidad estable (Endler & Parker, 1990; Spielberger & Díaz-Guerrero, 1975). Por lo tanto, la ansiedad rasgo implica las diferencias individuales de las personas en reaccionar ante una situación de tensión con cantidades variables de ansiedad estado. De este modo, aquellos que califican alto en ansiedad rasgo suelen tener mayores niveles de ansiedad estado que aquellos que califican bajo, pues los primeros tienden a reaccionar a un mayor número de situaciones como si fuesen peligrosas (Spielberger & Díaz-Guerrero, 1975).

Dado que en la literatura los conceptos de estrés y ansiedad se han confundido, conviene hacer una distinción entre ambos constructos. Según Lazarus y Folkman (1984), el estrés es una relación entre la persona y el ambiente, en la cual, el sujeto percibe en qué medida las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar, identificando si exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ellas, por medio de una evaluación cognitiva de las mismas. De este modo, el estrés no es una emoción propiamente dicha sino que resulta ser el generador de ciertas emociones como la ansiedad, la ira y la depresión

(Benito et al., 2011). Por otro lado, Sierra, Ortega y Zubeidat (2003) argumentan que el estrés se inicia ante un conjunto de demandas ambientales que interpreta el individuo, a las que debe dar una respuesta adecuada poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento, mientras que la ansiedad, además de ser una respuesta emocional al estrés, puede ser una reacción emocional de alerta ante una amenaza que puede originarse sin agentes estresantes como la ansiedad generalizada. Así, afirman que “el estrés siempre produce ansiedad, mientras que la ansiedad no necesariamente es producida siempre por estrés” (Benito et al., 2011, p. 52).

La regulación emocional, también, es importante en la propensión y prevención de los trastornos mentales. Este constructo multidimensional con frecuencia se ha confundido con el afrontamiento, pero se refiere a un conjunto de acciones heterogéneas diseñadas para modular la ocurrencia, intensidad, duración y expresión de las emociones (Cisler & Olatunji, 2012; Hofmann, Heering, Sawyer & Asnaani, 2009). Gross (2015) añade que es la activación de una meta para aumentar o disminuir la magnitud o duración de una respuesta emocional. Además, refiere que esta meta se puede activar en uno mismo (regulación emocional intrínseca) o en alguien más (regulación emocional extrínseca). Una vez activada ocurren diversos procesos que se pueden organizar en un continuo y van desde lo explícito (como tratar de mostrarse calmado cuando uno está ansioso), consciente, requiere esfuerzo y controlado hasta lo implícito (desviar la mirada instintivamente de algo potencialmente desagradable), inconsciente, no requiere esfuerzo y automático.

En general, las personas optan por reducir los afectos negativos como la ira, tristeza y ansiedad mientras que tratan de aumentar las emociones positivas como felicidad, amor e interés (Gross & Thompson, 2007). Cualquiera que sea la meta, los seres humanos hacen muchas cosas para regular sus emociones (Gross, 2013). En 1998, Gross estableció el proceso modal de regulación emocional que consiste en cinco pasos en los cuales los individuos pueden regular sus emociones y retroalimentar las respuestas emocionales. Cada paso del proceso generativo de emociones representa a una familia de procesos regulatorios: selección situacional y modificación situacional que tienen como objetivo evitar o modificar la situación (externa o interna: representaciones mentales) que podría ocasionar algún malestar emocional; despliegue atencional que tiene como meta enfocar la atención hacia un estímulo que cambie el estado emocional (como cubrirse los ojos o la

distracción y concentración); modificación cognitiva que tiene como objetivo cambiar la interpretación de la situación; y modulación de la respuesta que implica alterar la respuesta fisiológica, experiencial o conductual en la situación que se originó la emoción (Gross & Thompson, 2007). De este modo, la regulación emocional es dinámica y puede alterar el contexto que suscitó la emoción en primer lugar (Gross, 2013; 2015).

Las primeras cuatro familias de procesos regulatorios expuestas anteriormente anteceden al desencadenamiento de la emoción, mientras que la última ocurre una vez que la emoción se ha generado (Gross & Thompson, 2007). La reevaluación cognitiva ocurre en la fase de cambio cognitivo, antecedente a la emoción, mientras que la supresión ocurre cuando la emoción ya se generó (Gross, 2013). Ambos son los constructos utilizados en esta investigación.

Como se ha visto, las estrategias de regulación emocional y sus efectos pueden tener diferentes consecuencias dependiendo del momento en el que son ejecutadas (Cisler & Olatunji, 2012). Tanto la supresión como la reevaluación cognitiva son estrategias de regulación utilizadas comúnmente para disminuir las emociones. La primera está orientada hacia lo conductual, pues inhibe la expresión emocional abierta en respuesta a un suceso emotivo (Arndt, Høglund & Fujiwara, 2013; Gross, 2013). Esta tiene efectos contraproducentes, pues, típicamente, conlleva a un incremento de la experiencia no deseada y a un aumento de excitación (arousal) (Hofmann et al., 2009). En contraste, la reevaluación cognitiva refleja la reinterpretación cognitiva de un suceso o estímulo emotivo para darle menos o más emoción (Arndt et al., 2013). Así, esta estrategia reduciría la respuesta de estrés e incrementaría la tolerancia al estímulo emotivo sin efectos perjudiciales (Hofmann et al., 2009). Las investigaciones previas sugieren que la supresión es la estrategia menos exitosa, mientras que la reevaluación es la más exitosa (Gross, 2015; Gross & John, 2003; Hofmann et al., 2009; Hofmann, Sawyer, Fang & Asnaani, 2012).

Asimismo, Gross (2013; 2015) aporta evidencia acerca del impacto y las consecuencias de ambas estrategias de regulación emocional. En cuanto a la parte afectiva, la supresión intensifica la experiencia de la emoción negativa y reduce la positiva, genera mayores respuestas del sistema simpático y una mayor activación en regiones como la amígdala. Por el contrario, la reevaluación cognitiva lleva a menores niveles de emoción negativa y mayores de emoción positiva, no tiene impacto en el sistema simpático y disminuye los

niveles de activación en la amígdala. Cognitivamente, la supresión lleva a un deterioro en la memoria, mientras que la reevaluación no tiene ningún impacto o incluso, mejora la memoria. Socialmente, la supresión lleva a que uno le agrade menos a la pareja y que la presión arterial de la pareja aumente; en contraste, la reevaluación no tiene consecuencias adversas sociales. Gross (2015) concluye que es relevante saber cómo las personas regulan sus emociones, puesto que diferentes estrategias de regulación tienen consecuencias bastante diversas.

Debido a la confusión que existe en torno a la investigación sobre la emoción, se optará por diferenciar el afrontamiento de la regulación emocional. El afrontamiento ha sido definido por Lazarus y Folkman (1984) como esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar demandas internas y externas que son evaluadas como recursos que exceden a la persona. Los autores dividieron este constructo en dos tipos: el afrontamiento focalizado en el problema, en el que el foco es hacer frente a la tarea; y el afrontamiento focalizado en la emoción, en el que la persona intenta hacer frente a la experiencia emocional negativa. De acuerdo a la literatura, el afrontamiento focalizado en la emoción está asociado a mayor distrés psicológico y es considerado menos efectivo (Watson & Sinha, 2008).

Aunque la regulación emocional y el afrontamiento son formas de regulación del afecto (Gross, 1998b; 2015), Gross y Thompson (2007) comentan que el afrontamiento se distingue de la regulación emocional porque implica más que la regulación de las emociones. El afrontamiento, entonces, tiene componentes emocionales y no emocionales como, por ejemplo, analizar el problema para comprenderlo mejor y cambiar la situación (John & Gross, 2007). Además, se enfoca predominantemente en aliviar las respuestas de estrés y su énfasis está puesto en periodos más largos de tiempo (Gross & Thompson, 2007; Gross, 2015). Asimismo, John y Gross (2007) argumentan que el afrontamiento es más específico porque se refiere a la manera cómo una persona responde a situaciones estresantes. La regulación emocional, por su lado, implica regular tanto emociones negativas como positivas; por ello, implica más que respuestas a los estresores. Por ende, los investigadores de regulación emocional estudian las estrategias que lidian, específicamente, con las emociones positivas y negativas, mientras que los especialistas de afrontamiento examinan las respuestas al estrés en general (Gross, 1998b; Hofmann et al., 2012).



No obstante, algunos autores consideran que ambos conceptos se superponen. Por ello, argumentan que en diversos estudios se han utilizado los mismos cuestionarios para medir tanto el afrontamiento como la regulación emocional (Zalewski, Lengua, Wilson, Trancik & Bazinet, 2011). Incluso, estos autores señalan que las estrategias de regulación emocional son prácticamente idénticas a las estrategias de afrontamiento como lo es la reevaluación cognitiva. Asimismo, Flouri y Mavroveli (2013) comentan que el afrontamiento se asocia fuertemente a la regulación de la emoción, específicamente al distrés, a lo largo del proceso de estrés y que la emoción es integral a todas las fases del proceso de afrontamiento. Por ende, estos autores concluyen que la relación entre ambos constructos es bastante cercana. De este modo, no queda claro aún si es que la regulación emocional y el afrontamiento son constructos que deberían ser conceptualizados de manera separada y ortogonal o si es que son procesos que se superponen (Watson & Sinha, 2008).

En años recientes, algunos teóricos han argumentado que las emociones son tendencias de acción que tienen una función adaptativa; por ende, se pueden rastrear problemas psicológicos por el fracaso en la regulación de emociones (Rodebaugh & Heimberg, 2008). Muchos trastornos mentales, entonces, involucran una desregulación emocional que resulta en estados emocionales problemáticos (Gross, 2013; Sheppes, Suri & Gross, 2015). Los trastornos de ansiedad, por ejemplo, se definen por sus fracasos en la regulación emocional (Gross, 2013; Rodebaugh & Heimberg, 2008). Por este motivo, la estrategia y capacidad de las personas para regular sus emociones son esenciales para comprender el inicio, el mantenimiento y el tratamiento de los trastornos de ansiedad (Cisler & Olatunji, 2012).

De este modo, diversas investigaciones han encontrado correlaciones entre las estrategias de regulación emocional y los trastornos de ansiedad. La estrategia de reevaluación como rasgo ha sido asociada a menores características psicopatológicas y mejor salud mental en comparación a la supresión como rasgo (Arndt et al., 2013). Asimismo, un estudio conducido por Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer (2010) reveló que la supresión correlacionaba positivamente con la psicopatología, mientras que lo inverso sucedía con la reevaluación como rasgo. Del mismo modo, diversas investigaciones demuestran que la reevaluación está asociada a menores niveles de ansiedad y la supresión a mayores niveles de ansiedad (Arndt et al., 2013; Hofmann et al., 2009). Finalmente, y a pesar que McLaughlin, Hatzenbuehlerb, Mennin y Nolen-Hoeksema (2011) encontraron

que la desregulación emocional predecía el incremento de los síntomas de ansiedad, pero los síntomas de ansiedad no predecían los incrementos en la desregulación emocional, no queda claro aún si la regulación emocional lleva al desarrollo de trastornos de ansiedad o si los trastornos de ansiedad conducen al desarrollo de estrategias de regulación emocional desadaptativas (Cisler & Olatunji, 2012).

Del mismo modo, de acuerdo a Rodebaugh & Heimberg (2008), el trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por una excesiva e incontrolable preocupación, pero que tiene la función de ayudar temporalmente a las personas a evitar experiencias emocionales generadas por sus pobres estrategias de regulación emocional. Las personas que sufren de este trastorno reportan menor claridad sobre las emociones, más dificultad para identificar y describir emociones, además, de un mayor miedo a la ansiedad, rabia y emociones positivas. En general, las personas con trastorno de ansiedad generalizada están motivadas a evadir las experiencias y emociones aversivas. Estos intentos para evadir el afecto negativo constituyen una forma de desregulación emocional, la cual lleva a mayor afecto negativo, pues la meta de prevenir el afecto negativo consistentemente no es alcanzada.

Por lo expuesto anteriormente, se puede notar que existe una relación entre la ansiedad y la regulación emocional, que a su vez, debe tomarse en cuenta por su efecto en el trabajo del personal de salud. A pesar que el cuidado del paciente es la prioridad de la mayoría de servicios de salud, muchas veces las instituciones no toman en cuenta las necesidades de salud de su propio equipo, quienes también están expuestos a un sin número de amenazas y riesgos relacionados a su trabajo (ILO & WHO, 2014). Algunos de los grupos más afectados por trastornos mentales son los profesionales de la salud (Bestard & Larduet, 1998). En particular, la enfermería está asociada a una variedad de demandas físicas, sociales y emocionales (McCarthy, Power & Greiner, 2010), pues están expuestas a todos los riesgos existentes en las instituciones de salud en las que trabajan que van desde la infección de enfermedades hasta el estrés ocasionado por factores psicológicos y organizacionales (ILO, 2000). Por este motivo, la enfermería es reconocida por ser un trabajo peligroso.

Dado que el personal de enfermería es el que permanece más tiempo cuidando al paciente, este debe lidiar con mayores presiones, conflictos y cambios continuos; es decir,



es un trabajo de alta tensión que puede producir mayores niveles de ansiedad en el trabajador (Flores, Troyo, Valle & Vega, 2010). Además, se sabe que las mujeres tienen un mayor riesgo de sufrir trastornos de ansiedad que los hombres (Barlow, 2002; Gibb, Cameron, Hamilton, Murphy & Naji, 2010) y esta profesión es mayoritariamente llevada a cabo por mujeres, representando en el Perú, el 89.8% de la fuerza laboral de enfermería (Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, 2013). Muscroft y Hicks (1998) identificaron la severidad del problema en su estudio con el personal de enfermería. Las participantes reportaron tener uno de los índices más altos de suicidios y derivaciones psiquiátricas en Inglaterra. Por ende, la práctica de enfermería se caracteriza por una constante exposición a situaciones de ansiedad (Flores et al., 2010) y es por ello que es considerada una de las profesiones con mayor prevalencia de trastornos mentales a nivel mundial (Gao et al., 2012; Lerma et al., 2009).

Diversos autores han identificado estresores comunes a la especialidad de enfermería que podrían estar repercutiendo en la salud mental de las profesionales. Algunos de ellos son las relaciones pobres entre el personal de salud, las relaciones con los pacientes y familiares, los casos de emergencia, la alta demanda laboral por las largas horas de trabajo y el bajo soporte laboral (Gibb et al., 2010; Nakakis & Ouzouni, 2008). Asimismo, el pobre soporte social ha sido asociado a pobres condiciones físicas y mentales, y a una mayor susceptibilidad de padecer enfermedades psiquiátricas (Hamaideh, 2012). Además, diversos estudios han encontrado que a menor nivel educativo, los niveles de ansiedad son mayores (Asad, Sayari, Ebadi & Sanainasab, 2011; Gao et al., 2012; Hegney et al., 2013). Del mismo modo, Atindanbila, Abasimi y Anim (2012) hallaron que los niveles de ansiedad eran mayores en enfermeras de mayor edad y, también, en aquellas con mayor tiempo de servicio. Por último, las enfermedades crónicas como la hipertensión guardan una relación directa con los niveles de ansiedad, y el estado civil de las enfermeras, específicamente las solteras, se asocian a mayores niveles de ansiedad (Gao et al., 2012).

En el Perú, la salud mental ocupa un lugar secundario entre las prioridades sanitarias del país (MINSA & OPS, 2009). La mayoría de camas registradas para pacientes psiquiátricos se encuentran en los hospitales especializados, por lo que la oferta de servicios resulta inadecuada para la demanda de atención en salud mental a nivel nacional (Defensoría del Pueblo, 2005). Además, el MINSA cuenta con 10 hospitales, en todo el

Perú, que brindan atención psiquiátrica, albergando un total aproximado de 1,067 pacientes (Defensoría del Pueblo, 2005; MINSA & OPS, 2009). Asimismo, el MINSA dirige únicamente el 3% de su presupuesto total a la salud mental, de los cuales el 98% de estos recursos son destinados a tres hospitales psiquiátricos de Lima (MINSA & OPS, 2009). Debido a las deficiencias de organización y planeamiento del MINSA, existe una ineficiente distribución del gasto público en salud, una falta de disponibilidad de personal calificado, una oferta inadecuada y un acceso limitado a los servicios de salud mental, instalaciones que se encuentran en mal estado y representan un peligro para la comunidad, y condiciones de hacinamiento (Defensoría del Pueblo, 2005).

Así, las condiciones de trabajo en los hospitales especializados resultan inadecuadas para los profesionales de la salud, específicamente para el personal de enfermería. En primer lugar, los hallazgos de la Defensoría del Pueblo (2005) demuestran que la presencia de los médicos se extiende hasta las dos de la tarde, momento en el cual los pacientes se quedan a cargo de las enfermeras y las técnicas de enfermería con el apoyo de un psiquiatra de guardia. Por lo tanto, el personal que queda a cargo de los servicios resulta insuficiente y una gran responsabilidad recae en el personal de enfermería. Asimismo en diversas ocasiones, las técnicas se quedan a cargo, al mismo tiempo que deben atender a los pacientes, reduciéndose, así, el personal a cargo, lo que resulta en una inadecuada supervisión y una sobrecarga laboral.

Los trabajadores de salud, entonces, y en especial las enfermeras, experimentan elevados niveles de aflicción debido a la naturaleza de su trabajo y ambiente laboral (Foureur, Besley, Burton, Yu & Crisp, 2013). Por ello, McCarthy et al. (2010) hallaron que la experiencia de las enfermeras es diferente dependiendo de la unidad del hospital en la que trabaja. Asimismo, Wood et al. (2011) encontraron que los profesionales de salud mental que trabajaban en pabellones agudos, es decir con pacientes hospitalizados de corta estancia, reportaban mayores niveles de ansiedad y aquellos que trabajaban en rehabilitación reportaban los niveles más bajos. De manera que, como afirman Uwaoma, Obi-Nwosu y Aguocho (2011), la unidad del hospital tiene un efecto significativo en la ansiedad de las enfermeras.

Del mismo modo, Nakakis y Ouzouni (2008) identificaron que una fuente de estrés importante específica para el personal de enfermería psiquiátrica son los problemas con los

pacientes, especialmente las amenazas físicas e incidentes violentos. Según Chen, Hwu y Williams (2005), es natural que el personal experimente ansiedad puesto que sufrir agresiones de los pacientes es una parte integral de su trabajo. El tratamiento psiquiátrico indicado para este tipo de pacientes es la reclusión y sujeción -a pesar que no existe evidencia que estos métodos son positivos para la salud (Nakakis & Ouzouni, 2008). Por este motivo, se cree que el personal de enfermería podría estar experimentando altos montos de angustia comparado al personal de otros departamentos (Yada et al., 2014). De este modo, la discrepancia entre sus creencias acerca del tipo de cuidado que deberían ofrecer y el tipo de cuidado que el hospital les indica que deben proveer podría causarles malestar. Por último, Nakakis y Ouzouni (2008) concluyeron en su estudio metanalítico que las relaciones profesionales pobres, tanto con el personal de enfermería como con los doctores, son estresores frecuentes para el personal de enfermería de salud mental, siendo las relaciones entre colegas (enfermeras y técnicas) las que producen mayores fuentes de estrés.

Por otro lado, Muscroft y Hicks (1998) y, posteriormente, Kilfedder, Power y Wells (2001) encontraron que los niveles de estrés en el personal de enfermería de un hospital general eran mayores que los de un hospital psiquiátrico. De acuerdo a la literatura, el personal de enfermería psiquiátrica, además de experimentar las presiones inherentes a la enfermería general, tienen problemas adicionales, pues deben lidiar a largo plazo con una población de pacientes perturbados (Kilfedder et al., 2001), por lo que este hallazgo resultó contradictorio. No obstante, Muscroft y Hicks (1998) hipotetizaron que los bajos niveles de estrés reflejaban, en realidad, el burn-out y la negación del personal de enfermería psiquiátrica, en vez de un ambiente de trabajo libre de estrés. Finalmente, concluyeron que el estrés era tan extremo en este grupo de profesionales que estos afrontaban los problemas evitándolos o negándolos.

Asimismo, estudios comparando enfermeras de salud mental con otro grupo de enfermeras han encontrado que las primeras tienen menores niveles de estrés que las de otras especialidades (Nakakis & Ouzouni, 2008). Del mismo modo, Dolan (1987) encontró que los niveles de burnout en enfermeras psiquiátricas eran menores comparados al de enfermeras generales y argumentó que esto ocurre porque las primeras tienen la oportunidad de expresar sus opiniones frente a un equipo multidisciplinario, mientras que

las segundas tienen menos oportunidades para hacerlo. Por el contrario, Cronin-Stubbs y Brophy (1985) encontraron que las enfermeras psiquiátricas eran más vulnerables al burnout porque experimentaban un involucramiento interpersonal intenso por los frecuentes conflictos con pacientes, familiares, doctores y colegas.

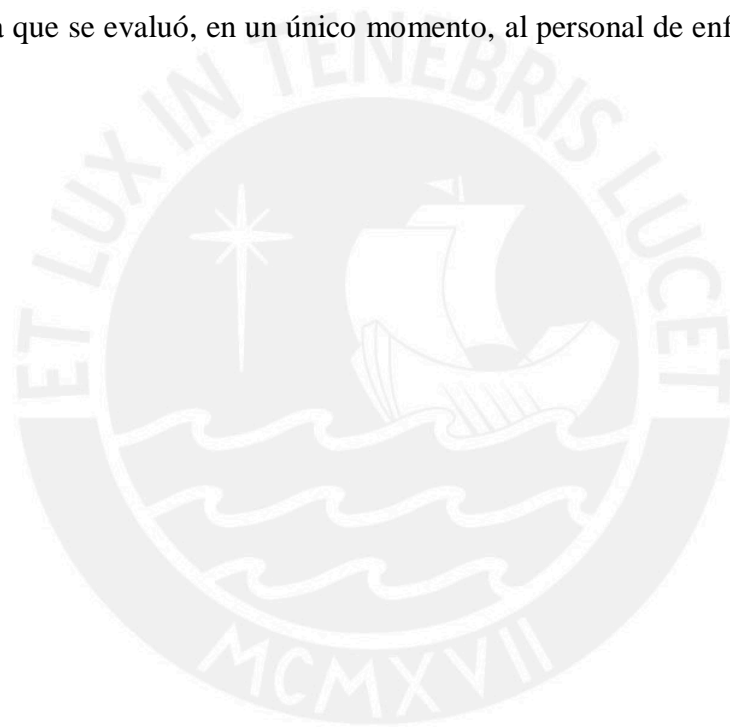
Las condiciones de trabajo ofrecidas por los hospitales, entonces, son notoriamente peores que aquellas ofrecidas por otros servicios de salud (Becker & Carvalho, 2008). Sin embargo, debido a que los hospitales no son homogéneos y tienen diferentes unidades dentro del mismo hospital, es probable que existan diferencias significativas entre estas subdivisiones. Además, la mayoría de estudios sobre el personal de enfermería se han enfocado en la enfermería de hospitales generales y se ha prestado muy poca atención al personal de enfermería que trabaja en unidades psiquiátricas (Kilfedder et al, 2001; Nakakis & Ouzouni, 2008). Por lo tanto, considerando la heterogeneidad de los hospitales y las funciones del personal de enfermería, este estudio analizará si es que existen diferencias entre el personal de enfermería que trabaja en diferentes unidades dentro de un mismo hospital psiquiátrico para así, plantear soluciones de acuerdo a las características específicas de las poblaciones y apoyar aquella con mayor necesidad.

Por otra parte, la ansiedad y otros estados psicológicos no solo limitan el cuidado ofrecido por el personal de enfermería sino que también pueden convertirse en una amenaza para la seguridad del paciente (Drury, Craigie, Francis, Aoun & Hegney, 2013). El personal de enfermería de salud mental tiene la responsabilidad de promover la recuperación y el autocuidado en sus pacientes; no obstante, esto resulta particularmente difícil si es que estos no pueden cuidar su propia salud mental (Gibb et al., 2010). Por ello, el aporte de esta investigación es poner de manifiesto una realidad que podría estar perjudicando tanto al personal de salud como a los pacientes. Así, la información recabada en el estudio servirá para incentivar la implementación de programas para mejorar la salud mental del personal de enfermería y, en consecuencia, la calidad de la atención. Además, al identificar tanto los pabellones como las profesionales que sufren de mayores niveles de ansiedad, se podrá brindar mayor atención a los grupos más vulnerables.

Esta investigación, entonces, tiene como objetivo principal comparar los niveles de ansiedad y regulación emocional en el personal de enfermería que trabaja en dos pabellones diferentes dentro de un hospital psiquiátrico. Particularmente, se busca evaluar si los

niveles de ansiedad del personal varía de acuerdo al pabellón, así como también, analizar si el pabellón influye en el tipo de mecanismo de regulación emocional utilizado. Del mismo modo, se realizarán análisis secundarios de la relación entre la ansiedad del personal de enfermería y sus estrategias de regulación emocional de acuerdo al pabellón y la profesión (enfermera o técnica); el tipo de ansiedad y la estrategia de regulación emocional predominante en ambas muestras; y la relación de las variables con las características sociodemográficas de la edad, el estado civil, la profesión, el tiempo de servicio, horas de trabajo y número de guardias.

Para llegar a los objetivos propuestos anteriormente, se diseñó una investigación cuantitativa en la que se evaluó, en un único momento, al personal de enfermería de ambos pabellones.





## Método

### Participantes

La muestra está conformada por 48 mujeres (18 enfermeras y 30 técnicas) que trabajan en un hospital psiquiátrico. El primer grupo está compuesto por 28 participantes pertenecientes al Pabellón 1 que es la unidad de hospitalización de corta estancia para mujeres. El segundo grupo está conformado por 20 participantes del Pabellón 2 que es la unidad de cuidados especiales para ambos sexos, en su mayoría ancianos. Ellas participaron voluntariamente del estudio previa firma de un consentimiento informado (anexo A). Las enfermeras y técnicas de enfermería fueron invitadas a participar del estudio personalmente, según su disponibilidad. Además, se proporcionó una breve explicación acerca del fin de la investigación para motivar la participación de estas. Para efectos del presente estudio, se creó una ficha de datos sociodemográficos que recabó la siguiente información: edad, sexo, lugar de nacimiento, estado civil, grado de instrucción, profesión, unidad, tiempo de servicio, horas de trabajo, número de guardias, estresores, enfermedades y pasatiempos (anexo B).

Las edades del personal de enfermería fluctuaron entre los 24 y 63 años ( $M = 47.05$ ,  $DE = 9.86$ ). La mayoría de las participantes reportaron trabajar entre 36 (43.8%) y 48 (41.7%) horas a la semana. Además, participaron 12 enfermeras y 16 técnicas de enfermería del Pabellón 1, y 6 enfermeras y 14 técnicas de enfermería del Pabellón 2. Las edades de las encuestadas del Pabellón 1 fluctuaron entre los 27 y 63 años ( $M = 49.75$ ,  $DE = 8.98$ ), mientras que las del Pabellón 2 fluctuaron entre los 24 y 58 años ( $M = 43.63$ ,  $DE = 10.08$ ).

Por otro lado, las participantes que no completaron tres o más reactivos en cualquiera de las escalas de ansiedad fueron excluidas de la muestra. Cabe indicar que el único criterio de exclusión fue el hecho de ser hombre, es decir, los enfermeros hombres no fueron considerados en la muestra final del estudio.

### Medición

Para evaluar la ansiedad se utilizó el *Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE)* creado por Spielberger, Gorsuch y Lushene en 1970. La cual fue traducida al

español por Spielberger, Martínez, González, Natalicio y Díaz-Guerrero, en 1975, con la asistencia de psicólogos de diez países Latinoamericanos incluyendo el Perú. La escala posee 40 ítems divididos en dos escalas de autoevaluación que miden la ansiedad rasgo y la ansiedad estado. La escala de ansiedad rasgo consta de 20 ítems (7 directos y 13 inversos) en los que se pide al individuo que describa cómo se siente generalmente ante situaciones de estrés ambiental. La escala de ansiedad estado, por otro lado, consta de 20 ítems (10 directos y 10 inversos) que requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento determinado de presión ambiental. Este cuestionario posee un formato de respuesta tipo escala Likert de 4 dimensiones. En la escala rasgo, van desde 1- no en lo absoluto hasta 4- mucho, mientras que en la escala estado, las opciones van desde 1- casi nunca hasta 4- casi siempre. La puntuación mínima es de 20 y la máxima de 80 para cada escala.

Este inventario se desarrolló originalmente para evaluar a sujetos normales sin síntomas psiquiátricos; sin embargo, diversos estudios han demostrado que es útil para medir la ansiedad en estudiantes, así como también, para pacientes neuropsiquiátricos, quirúrgicos y médicos. Además, puede ser aplicado de manera individual y grupal.

En la versión original, que se aplicó a 484 universitarios provenientes de EEUU, se encontró una buena consistencia interna para las escalas de ansiedad rasgo y ansiedad estado con un índice Alfa de Cronbach que varió entre .83 a .92. Además, la confiabilidad test-retest después de 104 días para la escala ansiedad rasgo varió entre .73 y .83, mientras que la confiabilidad para la escala de ansiedad estado fue bastante más baja, debido a que es una escala diseñada para factores situacionales.

En el Perú, Anchante (1993) aplicó la versión en castellano a una muestra de 212 universitarios y encontró un índice Alfa de Cronbach de .92 para la escala de ansiedad estado y .87 para ansiedad rasgo. Asimismo, el estudio conducido por Miguel de Priego (2014), en una muestra de 21 acogedores de Lima, obtuvo una buena consistencia interna con un índice Alfa de Cronbach de .84 para la escala de ansiedad estado y .80 para la ansiedad rasgo.

En el presente estudio, el índice Alfa de Cronbach para la escala de ansiedad estado fue de .86 y .88 para la ansiedad rasgo.



Finalmente, para evaluar la autorregulación se utilizó el *Cuestionario de Autorregulación Emocional (ERQ)* creado por Gross y John en el 2003, el cual fue adaptado para el Perú (ERQP) por Gargurevich y Matos en el 2010. Este cuestionario ha sido traducido a diferentes idiomas y en el Perú, se adaptó, utilizando la técnica de retrotraducción. La escala posee 10 ítems, seis de los cuales corresponden a la escala de reevaluación cognitiva (1,3,5,7,8,10) y cuatro corresponden a la escala de supresión (2,4,6,9). Este cuestionario posee un formato de respuesta tipo escala Likert de 7 dimensiones que evalúa qué tan de acuerdo (1- totalmente de acuerdo) o en desacuerdo (7- totalmente en desacuerdo) están las personas con las estrategias de regulación emocional.

En la versión original, que se aplicó a 791 estudiantes universitarios, se encontró que ambas escalas tenían una buena consistencia interna presentando un índice Alfa de Cronbach de .75 a .82, en el caso de reevaluación cognitiva y de .68 a .76 para supresión (Gross & John, 2003). Del mismo modo, en la adaptación peruana, que se aplicó en una muestra de 320 estudiantes universitarios, el índice de Alfa de Cronbach para reevaluación cognitiva fue de .72 y supresión, .74 (Gargurevich & Matos, 2010). Asimismo, en un estudio realizado por Miguel de Priego (2014), el índice de consistencia interna de Alfa de Cronbach fue de .86 para reevaluación cognitiva y .80 para supresión.

En el presente estudio, el índice Alfa de Cronbach para reevaluación cognitiva fue .78 y .64 para supresión.

### **Procedimiento**

Se contactó al jefe de investigación del hospital psiquiátrico y se le presentó el objetivo del estudio, la metodología de aplicación y el consentimiento informado. Una vez conseguida la aprobación, se evaluó a las participantes de ambos pabellones, de manera individual, durante el turno diurno de trabajo, en un lapso aproximado de 3 meses. El tiempo de aplicación de ambas escalas fue de aproximadamente 20 minutos.

### **Análisis de datos**

Se analizaron los datos obtenidos en el hospital psiquiátrico a través del programa estadístico SPSS 21.0.

En primer lugar, se analizó la normalidad de las distribuciones utilizando la prueba Shapiro-Wilk la cual es adecuada para muestras menores a 50 participantes. Las distribuciones para ansiedad estado, reevaluación cognitiva y supresión fueron normales, mientras que la distribución para ansiedad rasgo fue no normal. Se realizó un contraste de medias entre los niveles de ansiedad y regulación emocional según el pabellón (1 ó 2). En el caso de ansiedad estado, reevaluación cognitiva y supresión se utilizó el estadístico para pruebas paramétricas t-student, mientras que para ansiedad rasgo se utilizó el estadístico para pruebas no paramétricas U de Mann Whitney.

Asimismo, se utilizó el coeficiente de Spearman, pues las distribuciones de ansiedad estado y rasgo no eran normales, para obtener la correlación entre las escalas de ansiedad y las estrategias de regulación emocional, y la correlación entre los tipos de ansiedad. Por el contrario, se utilizó el índice de correlación de Pearson para relacionar reevaluación cognitiva con supresión porque las distribuciones eran normales. Del mismo modo, se realizó un análisis de correlación dividiendo la muestra entre profesiones (enfermera y técnica). Las distribuciones de ansiedad estado, reevaluación cognitiva y supresión fueron normales, por lo que se utilizó el índice de correlación de Pearson entre estas tres variables. Por otra parte, la distribución de ansiedad rasgo fue no normal, por lo que se utilizó el coeficiente de Spearman para relacionarlo con las otras tres variables.

Para determinar el tipo de ansiedad predominante en ambas muestras, se realizó un análisis descriptivo de frecuencias. Del mismo modo, para determinar los tipos de estrategias de regulación emocional más comunes en ambas muestras se realizó un análisis de frecuencias. Igualmente, se realizó un análisis de frecuencias para determinar la distribución de las edades, estado civil, el tiempo de servicio y horas de trabajo de las participantes.

Por otra parte, para verificar si es que existen diferencias entre el personal técnico y las enfermeras dentro de un mismo pabellón, se realizó un contraste de medias de los niveles de ansiedad y los de regulación emocional por profesión (enfermera y técnica). Como las distribuciones de todas las variables en ambos pabellones resultaron normales, se utilizó el estadístico paramétrico t-student. Asimismo, para analizar los resultados entre las técnicas de enfermería y los pabellones de acuerdo a las variables de estudio, se realizó un contraste de medias y se utilizó el estadístico paramétrico t-student. Del mismo modo, se

realizó un contraste de medias entre las profesiones, en el total de la muestra, y las variables. Se encontró que la ansiedad estado, reevaluación cognitiva y supresión tenían distribuciones normales, por lo que se utilizó la t-student. Por el contrario, la distribución de la ansiedad rasgo fue no normal; por ende, se utilizó el estadístico no paramétrico U de Mann Whitney.

Similarmente, para analizar los resultados en base a la edad y el estado civil de las participantes, se realizó un contraste de medias de los niveles de ansiedad y los de regulación emocional por edad y estado civil en ambas muestras. En cuanto a la edad, como las distribuciones de reevaluación cognitiva y supresión fueron normales, se usó el estadístico paramétrico Anova de un factor. Por el contrario, las distribuciones de ansiedad estado y ansiedad rasgo fueron no normales, entonces se utilizó el estadístico no paramétrico H de Kruskal- Wallis. En cuanto al estado civil, las distribuciones de ansiedad estado, ansiedad rasgo y supresión fueron normales, por ende se utilizó el estadístico paramétrico Anova de un factor. En contraparte, la distribución de reevaluación cognitiva no fue normal, por lo que se utilizó el estadístico no paramétrico H de Kruskal-Wallis.

Asimismo para analizar los resultados en base al tiempo de servicio y horas de trabajo a la semana (36 ó 48), se realizó un contraste de medias entre estas variables y los tipos de ansiedad, así como también con las estrategias de regulación emocional. En cuanto al tiempo de servicio, se usó el estadístico paramétrico Anova de un factor y el estadístico no paramétrico H de Kruskal- Wallis. En cuanto a las horas de trabajo a la semana, se utilizó el estadístico paramétrico t-student para dos muestras independientes y el estadístico para pruebas no paramétricas U de Mann Whitney.



## Resultados

A continuación, se expondrán los resultados de acuerdo a los objetivos de la investigación. En primer lugar, se presentarán los contrastes de medias entre ambos pabellones de acuerdo a las variables estudiadas. Luego, se describirá la relación que existe entre los niveles de ansiedad y las estrategias de regulación emocional en general, así como de acuerdo al pabellón y la profesión. Además, se expondrán las medias de las puntuaciones de las variables de acuerdo a las profesiones, la edad, el estado civil, el tiempo de servicio, las horas de trabajo, el grado de instrucción, la presencia de una enfermedad, el pasatiempo y los temas personales.

En primer lugar, no se encontraron diferencias entre las medias de ambos pabellones en relación a la ansiedad rasgo, ansiedad estado y supresión. Sin embargo, se encontraron diferencias entre las medias de reevaluación cognitiva  $t(46) = 2.356, p = .012$ , siendo las del Pabellón 1 ( $M = 4.96, DE = 1.145$ ) las que reevalúan más que las del Pabellón 2 ( $M = 4.11, DE = 1.365$ ).

Luego, se encontró que, en la muestra total, no existe relación entre la ansiedad estado con la reevaluación cognitiva ni con la supresión, así como tampoco hay relación entre ansiedad rasgo con reevaluación cognitiva. Sin embargo, se encontró una correlación positiva entre la ansiedad rasgo y la supresión  $rs = .276, p = .029$ . Asimismo, se encontró una correlación positiva entre la ansiedad rasgo y la ansiedad estado  $r = .530, p = .000$ . Además, se halló una correlación moderada entre reevaluación cognitiva y supresión  $r = .469, p = .001$ .

Por otro lado, se encontró que en ambos pabellones no existe relación entre la ansiedad estado con la reevaluación cognitiva ni con la supresión. La Tabla 1 muestra que en el Pabellón 1, existe una relación moderada entre la ansiedad rasgo y la reevaluación cognitiva, mientras que en el Pabellón 2, también hay una relación moderada entre la ansiedad rasgo y la supresión. Además, se halló una relación moderada entre la reevaluación cognitiva y la supresión del personal de enfermería del Pabellón 1 y del Pabellón 2. Asimismo, se encontró, tanto en el Pabellón 1 como en el Pabellón 2, una relación directa alta entre la ansiedad rasgo y la ansiedad estado.

Tabla 1

*Correlaciones entre la ansiedad rasgo, ansiedad estado, reevaluación cognitiva y supresión de acuerdo al pabellón*

Medida	1		2		3		4	
	Pab. 1	Pab. 2	Pab. 1	Pab. 2	Pab.1	Pab. 2	Pab. 1	Pab. 2
1. Ansiedad estado	-	-						
2. Ansiedad rasgo	.53**	.59**	-	-				
3. Reevaluación cognitiva			.34*		-	-		
4. Supresión				.39*	.46**	.42*	-	-

\*p < .05 \*\*p < .01

Del mismo modo, se halló que en ambas profesiones no existe relación entre la ansiedad estado ni la ansiedad rasgo con la reevaluación cognitiva ni la supresión. No obstante, la Tabla 2 muestra una correlación moderada entre la ansiedad rasgo y la ansiedad estado en las técnicas de enfermería, mientras que en las enfermeras no se encontró relación entre los tipos de ansiedad. Asimismo, se halló una correlación positiva moderada entre la reevaluación cognitiva y la supresión en técnicas de enfermería, mientras que en enfermeras la correlación fue moderada.

Tabla 2

*Correlaciones entre la ansiedad rasgo, ansiedad estado, reevaluación cognitiva y supresión de acuerdo a la profesión*

Medida	1		2		3		4	
	Enferm.	Técnica	Enferm.	Técnica	Enferm.	Técnica	Enferm.	Técnica
1. Ansiedad estado	-	-						
2. Ansiedad rasgo		.64***	-	-				
3. Reevaluación cognitiva					-	-		
4. Supresión					.57**	.47**	-	-

\*\*p < .01 \*\*\*p < .001

Por otra parte, en la muestra total, los promedios de la ansiedad estado fueron ( $Mdn = 31.00$ ) y los de la ansiedad rasgo ( $Mdn = 33.50$ ). Del mismo modo, las medias de la ansiedad estado fueron en el Pabellón 1 ( $\mu = 32.14$ ) y en el 2 ( $\mu = 33.90$ ). Similarmente, las medianas de la ansiedad rasgo fueron en el Pabellón 1 ( $Mdn = 33.50$ ) y en el 2 ( $Mdn = 33.50$ ).

A continuación, la Tabla 3 muestra que las técnicas de enfermería del Pabellón 1 tienen mayores niveles de ansiedad estado y rasgo, y utilizan más las estrategias de reevaluación cognitiva y supresión que las enfermeras del Pabellón 1.

Tabla 3

*Comparación de medias entre las profesiones del Pabellón 1 en relación a la ansiedad estado, ansiedad rasgo, reevaluación cognitiva y supresión*

	Pabellón 1					
	Técnicas (n = 16)		Enfermeras (n = 12)		t(26)	p
	M	D.E	M	D.E		
Ansiedad Estado	34.06	5.50	29.58	4.10	2.37	.013*
Ansiedad Rasgo	36.63	7.50	31.58	4.42	2.07	.025*
Reevaluación	5.39	.85	4.40	1.28	2.31	.017*
Supresión	4.47	1.11	2.79	.92	4.24	.000***

A continuación, la Tabla 4 muestra que las técnicas del Pabellón 1 reevalúan y suprimen más sus emociones que las técnicas del Pabellón 2. No obstante, no se encontraron diferencias de acuerdo a los tipos de ansiedad. Asimismo, tampoco se encontraron diferencias entre las enfermeras de ambos pabellones tanto con los tipos de ansiedad como con las estrategias de regulación.



Tabla 4

*Comparación de medias entre las técnicas de ambos pabellones en relación a la ansiedad estado, ansiedad rasgo, reevaluación cognitiva y supresión*

	Técnicas				<i>t</i> (28)	<i>p</i>
	Pabellón 1		Pabellón 2			
	(n = 16)		(n = 14)			
	<i>M</i>	<i>D.E</i>	<i>M</i>	<i>D.E</i>		
Ansiedad Estado	34.06	5.50	34.21	9.51	-.05	.480
Ansiedad Rasgo	36.63	7.50	36.71	12.68	-.02	.491
Reevaluación	5.39	.85	3.79	1.45	3.64	.001**
Supresión	4.47	1.11	3.25	1.42	2.64	.007**

A continuación la Tabla 5 muestra que las técnicas tienen mayores niveles de ansiedad rasgo y estado, y suprimen más sus emociones que las enfermeras. Sin embargo, no se encontraron diferencias entre ambas profesiones en la estrategia de reevaluación cognitiva.

Tabla 5

*Comparación de medias entre las profesiones en relación a la ansiedad estado, ansiedad rasgo, reevaluación cognitiva y supresión*

	Enfermeras			Técnicas			<i>U/t</i>	<i>p</i>
	(n = 18)			(n = 30)				
	<i>M</i>	<i>D.E</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>D.E</i>	<i>Mdn</i>		
Ansiedad Estado	30.78	5.14		34.13	7.49		1.84	.037*
Ansiedad Rasgo	31.39	5.08	29.50	36.67	10.06	36.00	171.5	.018*
Reevaluación	4.56	1.15		4.64	1.40		.21	.416
Supresión	2.99	.933		3.90	1.39		2.72	.005**

Por otro lado, no se encontraron diferencias entre los estados civiles (casadas y solteras) con respecto a la ansiedad estado, ansiedad rasgo, reevaluación cognitiva ni supresión. Del mismo modo, no se encontraron diferencias entre los grupos de edades en las cuatro variables de estudio.

Por otra parte, se encontraron diferencias de acuerdo al tiempo de servicio y la supresión  $F(41) = 2.32, p = .026$ , pues las encuestadas con un tiempo de servicio de 26 a 30 años suprimen más sus emociones ( $M = 4.30, DE = 1.17$ ) que las de 16 a 20 años ( $M = 2.89, DE = 1.43$ ) y 21 a 25 años ( $M = 2.50, DE = 1.12$ ). Sin embargo, no se encontraron diferencias de acuerdo al tiempo de servicio con respecto a la ansiedad estado, ansiedad rasgo ni la reevaluación cognitiva. Igualmente, tampoco se encontraron diferencias de acuerdo a las horas de trabajo.

A continuación, la Tabla 6 muestra que las que tienen estudios técnicos completos tienen mayores niveles de ansiedad rasgo y suprimen más sus emociones que las que tienen estudios superiores completos. No obstante, no existen diferencias de acuerdo al grado de instrucción y las variables de ansiedad estado ni reevaluación cognitiva.

Tabla 6

*Comparación de medias entre el grado de instrucción en relación a la ansiedad estado, ansiedad rasgo, reevaluación cognitiva y supresión*

	Superior Completo (n = 18)			Técnico Completo (n = 29)			U/t(45)	p
	M	D.E	Mdn	M	D.E	Mdn		
Ansiedad Estado	30.78	5.14		33.62	7.07		1.48	.073
Ansiedad Rasgo	31.39	5.08	29.50	36.24	9.96	36.00	171.50	.025*
Reevaluación	4.56	1.15		4.68	1.40		.33	.373
Supresión	2.99	.93		3.95	1.39		2.60	.007**

A continuación, la Tabla 7 muestra que las que padecen una enfermedad presentan mayores niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo en comparación a las que no padecen ninguna enfermedad.

Tabla 7

*Comparación de medias entre autorreporte de enfermedad en relación a ansiedad estado y ansiedad rasgo*

	Enfermedad		No enfermedad		<i>t</i> (44)	<i>p</i>
	(n = 14)		(n = 32)			
	<i>M</i>	<i>D.E</i>	<i>M</i>	<i>D.E</i>		
Ansiedad Estado	35.21	7.95	31.31	5.89	-1.85	.036*
Ansiedad Rasgo	36.43	8.33	32.44	6.29	-1.79	.040*

No obstante, en el Pabellón 1, se encontraron diferencias entre el número de guardias y la supresión  $F(3) = 2.52, p = .042$ , siendo las que tienen 4 guardias ( $M = 4.08, DE = 1.26$ ) y 2 guardias ( $M = 4.13, DE = 1.36$ ) las que suprimen más sus emociones que las que tienen 3 guardias ( $M = 2.79, DE = .86$ ) a la semana. Por el contrario, no existen diferencias de acuerdo a las demás variables ni al Pabellón 2.

A continuación, la Tabla 8 muestra que las encuestadas del Pabellón 1 que trabajan 48 horas a la semana reevalúan y suprimen más sus emociones que las que trabajan 36 horas a la semana. No se encontraron diferencias de acuerdo a los tipos de ansiedad.

Tabla 8

*Comparación de medias entre las horas de trabajo a la semana del Pabellón 1 en relación a la ansiedad estado, ansiedad rasgo, reevaluación cognitiva y supresión*

	Pabellón 1				<i>t</i> (22)	<i>p</i>
	36 horas		48 horas			
	(n = 12)		(n = 12)			
	<i>M</i>	<i>D.E</i>	<i>M</i>	<i>D.E</i>		
Ansiedad Estado	32.42	5.90	30.83	5.02	.71	.244
Ansiedad Rasgo	35.17	8.15	33.50	6.26	.56	.290
Reevaluación	4.50	1.28	5.38	.94	-1.91	.035*
Supresión	3.23	1.14	4.15	1.40	-1.76	.047*

A continuación, la Tabla 9 muestra que el personal de enfermería que tiene un pasatiempo tiene menores niveles de ansiedad rasgo que las que no lo tienen. Sin embargo, no existen diferencias de acuerdo a la ansiedad estado, reevaluación cognitiva ni supresión.

Tabla 9

*Comparación de medias entre la presencia o ausencia de un pasatiempo en relación a la ansiedad estado, ansiedad rasgo, reevaluación cognitiva y supresión*

	Tiene Pasatiempo (n = 37)			No tiene Pasatiempo (n = 9)			U/t	p
	M	D.E	Mdn	M	D.E	Mdn		
Ansiedad Estado	31.86	6.44		35.22	7.81		1.35	.093
Ansiedad Rasgo	32.59	6.89	33.00	39.22	7.46	39.00	75.00	.005**
Reevaluación	4.67	1.29		4.39	1.28		-.58	.283
Supresión	3.34	1.25		4.00	1.17		1.44	.079

Por otro lado, se encontraron diferencias entre las medias del personal de enfermería con respecto a los temas personales  $U(-2.81) = 53.50$ ,  $p = .002$ , siendo los niveles de ansiedad rasgo mayores en las que sentían que ciertos temas personales estaban afectando su trabajo ( $Mdn = 37.50$ ) que las que sentían que no ( $Mdn = 32.00$ ). Del mismo modo, se encontraron diferencias entre esta variable con respecto a la reevaluación cognitiva  $U(-2.60) = 60.50$ ,  $p = .004$ , siendo las que sentían que ciertos problemas personales estaban afectando su trabajo las que reevaluaban más ( $Mdn = 5.92$ ) que las que no ( $Mdn = 4.67$ ). Sin embargo, no se encontraron diferencias entre esta variable con respecto a la ansiedad estado ni supresión.



## Discusión

Esta investigación tuvo como fin comparar los niveles de ansiedad y regulación emocional en el personal de enfermería que trabaja en dos pabellones diferentes dentro de un hospital psiquiátrico. Particularmente, se buscó evaluar si los niveles de ansiedad del personal variaban de acuerdo al pabellón, así como también, analizar si el pabellón tiene relación con el tipo de estrategia de regulación emocional utilizado. A continuación se discutirán los resultados y posteriormente, se expondrán los aportes, limitaciones y recomendaciones para futuras investigaciones.

En primer lugar, se encontró que, contrario a lo que Uwaoma et al. (2011) plantearon, el tipo de pabellón no se encuentra asociado a los niveles de ansiedad estado, ansiedad rasgo ni supresión del personal de enfermería. Esto podría deberse a diversas causas. Primeramente, a pesar de que las diferencias de infraestructura y tipo de paciente hospitalizado son claras entre los pabellones, ambos se encuentran enmarcados dentro de un mismo contexto y cumplen las mismas exigencias del hospital. Por ello, las condiciones laborales son bastante similares, probablemente, esto ocasiona que no se evidencien grandes diferencias entre trabajar en uno u otro pabellón.

Sin embargo, el tipo de pabellón parece estar relacionado con los niveles de reevaluación cognitiva, pues el personal de enfermería del Pabellón 1 presentó un mayor uso de esta estrategia que el del Pabellón 2. Esta diferencia podría deberse a que en el Pabellón 1 el personal de enfermería está más expuesto al contacto interdisciplinario (psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales) y familiar; por ende, tienen tanto la oportunidad de expresar sus opiniones frente a este equipo (Dolan, 1987) como a experimentar conflictos o relaciones interpersonales pobres con estos y los familiares de los pacientes (Cronin-Stubbs & Brophy, 1985; Gibb et al., 2010; Nakakis & Ouzouni, 2008). En este sentido, el personal de enfermería del Pabellón 1 está expuesto a un amplio rango de sensaciones y emociones; por lo tanto, para protegerse debe utilizar estrategias de regulación emocional más adaptativas que le permitan continuar con su labor.

Por otro lado, se encontró que, en el total de la muestra, no existe una relación significativa entre la ansiedad estado y las estrategias de regulación emocional. Esto, probablemente, se debe a que el personal de enfermería debe lidiar con diversas situaciones

en la práctica que exigen utilizar distintas estrategias de manera flexible para regular sus emociones. Además, la relación entre estas variables se hace más clara en la psicopatología (Aldao et al., 2010; Arndt et al., 2013; Gross, 2013; Sheppes et al., 2015) y los niveles de ansiedad encontrados en la muestra fueron promedios, lo cual no implica un trastorno de ansiedad. Tal vez, por este motivo, la relación entre las estrategias de regulación y la ansiedad estado no fue clara.

Por el contrario, se encontró una relación directa entre la ansiedad estado y la ansiedad rasgo, lo cual concuerda con la teoría (Spielberger & Díaz-Guerrero, 1975), pues el personal de enfermería que califica alto en ansiedad rasgo suele tener mayores niveles de ansiedad estado que aquel que califica bajo. Esto se debe, como explican los autores, a que las primeras tienden a reaccionar a un mayor número de situaciones como si fuesen peligrosas.

Contrario a lo que postula la teoría, se halló una relación directa entre reevaluación cognitiva y supresión, lo cual quiere decir que a mayor reevaluación cognitiva, mayor supresión de las emociones y viceversa. Esto podría deberse, como postula Gross (2013), a que en general las mujeres suelen utilizar con mayor frecuencia la reevaluación como estrategia de regulación emocional, lo cual no quiere decir que no utilicen, también, la supresión. Asimismo, Aldao (2013) postula que el contexto juega un rol central en la regulación emocional y que el tipo de estrategia de regulación no determina, necesariamente, si el resultado es adaptativo o desadaptativo. Además, la emoción intensa está asociada con un mayor uso de estrategias de regulación emocional y, en particular, el afecto negativo está asociado a una mayor necesidad de regulación (Dixon-Gordon, Aldao & De Los Reyes, 2015). En consecuencia, como el hospital psiquiátrico es un contexto que genera ansiedad, probablemente requiere que se utilicen más estrategias de regulación emocional. En este sentido, es probable que el personal de enfermería deba utilizar ambos tipos de regulación emocional y la flexibilidad en el uso de estas estrategias está relacionada a una mejor salud mental (Aldao, Jazaieri, Goldin & Gross, 2014); por lo tanto, les resulta más adaptativo.

Similarmente, al dividir la muestra entre profesiones, las correlaciones entre las variables siguieron el mismo patrón. Sin embargo, curiosamente, no se encontró correlación entre la ansiedad estado y la ansiedad rasgo en las enfermeras. Esto implicaría que, en el



caso de las enfermeras y contrario a lo que postulan Spielberger y Díaz-Guerrero (1975), la reacción de estrés ante una amenaza es independiente a los rasgos de personalidad de la persona. Primeramente, esto podría deberse a la muestra pequeña de participantes ( $n= 18$ ). Asimismo, podría asociarse con los niveles más bajos tanto de ansiedad rasgo como ansiedad estado en las enfermeras. Por ello, al presentar niveles bajos, la relación entre ambos tipos de ansiedad se disipa. En tercer lugar, podría deberse al contexto (Aldao, 2013), pues este podría motivar que las enfermeras reaccionen, ya sea con poca o mucha ansiedad, de manera homogénea, independientemente de cómo reaccionan generalmente a las amenazas en sus vidas.

Por otra parte, se encontró que las técnicas de enfermería del Pabellón 1 tienen mayores niveles de ansiedad estado, ansiedad rasgo, reevaluación cognitiva y supresión que las enfermeras del mismo pabellón. Para comenzar, el hecho de que presenten mayores niveles de ansiedad estado se puede deber a diversas razones. En primer lugar, se podría deber a que estos niveles responden directamente a la ansiedad rasgo. Es decir, siguiendo a Spielberger y Díaz-Guerrero (1975), a mayor ansiedad rasgo, mayor ansiedad estado.

Igualmente, podría deberse a que el contexto en el que trabajan les afecta más o les genera más ansiedad que a las enfermeras. Muscroft y Hicks (1998) afirman que la violencia de los pacientes es una gran fuente de estrés en el personal de enfermería psiquiátrica. Además, se ha estimado que las lesiones producto de esta violencia son mayores que las lesiones sufridas en industrias de alto riesgo como la minería, la industria forestal y la construcción (Nolan, Dallender, Soares, Thomsen & Arnetz, 1999). Tal vez, los niveles de ansiedad son mayores en las técnicas de enfermería porque, debido a la división de trabajo, ellas son las que pasan más tiempo con las pacientes y son las encargadas de manejar a aquellas más violentas o difíciles; por lo tanto, están expuestas a mayores presiones (Flores et al., 2010). Asimismo, hay una mayor exigencia física para brindar los cuidados en este grupo de trabajo (Greice & Carvalho, 2008). Adicionalmente, podría asociarse a la jerarquía laboral, ya que las técnicas de enfermería deben cumplir con las órdenes de las enfermeras, quienes son sus jefas. Por lo tanto, se exponen a mayores situaciones de estrés. Esta reacción más intensa a su medio, a su vez, podría deberse a su menor nivel educativo, pues es un factor de riesgo para experimentar mayores niveles de estados emocionales negativos (Hegney et al., 2013).

Por otra parte, se encontró que las técnicas de enfermería reevalúan más que las enfermeras. Primero, debido a que las técnicas de enfermería son, en promedio, mayores que las enfermeras, se podría argumentar como afirma Gross (2015) que a mayor experiencia de vida las personas tienden a utilizar estrategias de regulación emocional más sofisticadas como la reevaluación cognitiva. Asimismo, nuevamente, se podría plantear que el contexto, específicamente en el Pabellón 1, juega un rol central en el proceso de regulación emocional (Aldao, 2013; Dixon-Gordon et al., 2015), pues por un lado, la supresión es una estrategia común, especialmente cuando hay una amenaza hacia ellas (agresión) y deben ocultar el miedo (que es una emoción intensa) para controlar la situación rápidamente. Por otro lado, deben reflexionar y evaluar lo que van a decir o hacer antes de realizar una acción, específicamente cuando tratan con las enfermeras y psiquiatras. Incluso, se podría plantear dado que las técnicas de enfermería presentan mayores niveles de ansiedad, que sus estrategias de reevaluación cognitiva no están siendo tan efectivas o son poco realistas y, más bien, como dice Gross (1998a, 2013), podrían llevar a negar características importantes del entorno como los peligros en el trabajo. En este sentido, esta reacción se asemeja a la planteada por Muscroft y Hicks (1998), quienes refieren que las profesionales de enfermería tienen un gran problema para admitir sus propias ansiedades y hablar abiertamente sobre lo que les preocupa, pues su competencia y habilidad profesional puede ser puesta en cuestión, especialmente en un contexto como el psiquiátrico. Por ende, argumentan que existe una negativa colectiva a reconocer el malestar psicológico. Esta negativa para aceptar o hablar de aquello que les afecta podría verse relacionada, especialmente en las técnicas de enfermería, a su desconfianza inicial para participar en el estudio y en la condición que sea anónimo para responder.

A su vez, esta negativa a admitir sus propias ansiedades podría asociarse a lo encontrado por Arndt et al. (2013), quienes plantearon que los ítems de reevaluación cognitiva podrían estar teñidos de deseabilidad social por representar características muy deseables para las personas. Por lo tanto, argumentaron que la relación entre las estrategias de regulación emocional y la ansiedad rasgo estaba siendo mediada por la deseabilidad social. Así, encontraron que los mayores niveles de reevaluación cognitiva se asociaban a menores niveles de ansiedad debido a esta tendencia a responder de manera favorable. De este modo, tal vez, las técnicas de enfermería podrían estar inflando el uso de la

reevaluación cognitiva para mostrarse de manera positiva y, también, reduciendo sus niveles de ansiedad.

En contraposición, no se encontraron diferencias entre las variables con respecto a las profesiones del Pabellón 2. Esto podría deberse, en primer lugar, a la muestra pequeña ( $n=20$ ). Por otro lado, podría asociarse a las características del Pabellón 2, pues la presión laboral sería menor debido a que, por lo general, hay una sola enfermera por turno y trabajan en grupos más pequeños que en el Pabellón 1. De este modo, al ser el soporte social y las relaciones interpersonales consideradas como las principales fuentes de estrés en el personal de enfermería (Gibb et al., 2010; Hamaideh, 2012; Nakakis & Ouzouni, 2008), se podría plantear que el nivel de influencia de estas variables en la ansiedad es similar en las profesionales del Pabellón 2 a diferencia del Pabellón 1. Además, las enfermeras y técnicas trabajan en un mismo ambiente; por lo tanto, están expuestas a los mismos estresores, mientras que en el Pabellón 1, las enfermeras están la mayor parte del tiempo en el tóxico. Esto reduce su contacto con las pacientes y la probabilidad de sufrir un arrebato violento; en consecuencia, experimentarían menos ansiedad que las técnicas (Chen et al., 2005). Asimismo, el número de pacientes hospitalizados es más reducido (aproximadamente la mitad) y la magnitud de la violencia es menor debido a que son en su mayoría ancianos. En este sentido, las amenazas físicas e incidentes violentos en el Pabellón 2 no podrían ser considerados grandes fuentes de estrés como lo aseguran Nakakis y Ouzouni (2008) porque, probablemente, la percepción de amenaza es menor en comparación al Pabellón 1. Por último, el hecho de que no se hayan encontrado diferencias puede deberse a las características de las participantes que, a pesar de tener profesiones diferentes, parecen ser un grupo bastante homogéneo, en cuanto a la edad y el tiempo de servicio.

Además, se encontró que las técnicas de enfermería del Pabellón 1 reevalúan y suprimen más sus emociones que las del Pabellón 2. En otras palabras, en el caso de las técnicas de enfermería, el pabellón estaría relacionado con el uso de las estrategias de regulación emocional, más no los niveles de ansiedad. La reevaluación, por ser una estrategia de regulación más adaptativa (John & Gross, 2007), podría estar actuando como un factor protector para contrarrestar el uso de la supresión en las técnicas del Pabellón 1. Por ello, a pesar de suprimir más sus emociones que las del Pabellón 2, sus niveles de

ansiedad permanecen iguales. Por el contrario, podría deberse a que la reevaluación cognitiva no está siendo efectiva en reducir los niveles de ansiedad de las técnicas del Pabellón 1, pues a pesar de utilizar más esta estrategia, los niveles se mantienen igual que las del Pabellón 2.

No obstante, se encontró que las técnicas de enfermería tienen mayores niveles de ansiedad estado, ansiedad rasgo y supresión que las enfermeras en la muestra total. Este hallazgo concuerda con lo planteado por Arndt et al. (2013) y Hofmann et al. (2009), pues la supresión está asociada a mayores niveles de ansiedad. Sin embargo, como dice Gross (1998b; 2015), la supresión podría ser adaptativa cuando uno es sorprendido con una emoción intensa y desadaptativa, que en este caso se podría presentar cuando las pacientes son violentas. En consecuencia, se podría inferir que debido a que las técnicas de enfermería son las que se encargan del trato directo con los pacientes y están expuestas a más agresiones que las enfermeras, el uso de la supresión es más frecuente en estos contextos. De este modo, al suprimir la emoción de miedo, el agresor no se percata de lo que siente la técnica, lo cual permite que ella controle rápidamente la situación. Por otra parte, los resultados de este estudio respaldan los hallazgos de diversas investigaciones que encontraron que a menor nivel educativo, los niveles de ansiedad son mayores (Asad et al., 2011; Gao et al, 2012; Hegney et al. 2013). Nuevamente, los niveles de ansiedad más elevados en las técnicas de enfermería podrían deberse, también, a la mayor exigencia física para brindar los cuidados necesarios (Greice & Carvalho, 2008). Sin embargo, aunque no hay diferencias en el uso de la reevaluación cognitiva entre ambas profesiones, aparentemente, esta estrategia de regulación emocional logra ser más efectiva o adaptativa para las enfermeras porque presentan menores niveles de ansiedad que las técnicas.

Por otro lado, se encontró que el personal de enfermería con un tiempo de servicio de 26 a 30 años suprime más sus emociones que el de 16 a 20 y 21 a 25 años en la muestra total. Hegney et al. (2013) encontraron que los años de servicio eran factores de riesgo para experimentar mayores niveles de estados emocionales negativos. Según Gross (2013), las personas que utilizan la supresión con más frecuencia experimentan menos emociones positivas y más emociones negativas. En este sentido, es probable que las que tienen más tiempo de servicio utilicen más la supresión porque están experimentando mayores estados emocionales negativos. De este modo, se puede suponer que el ejercicio continuo de la

actividad puede causar un gran desgaste físico y mental al profesional de enfermería (Greice & Carvalho, 2008).

Las que tienen estudios técnicos completos tienen mayores niveles de ansiedad rasgo y suprimen más sus emociones que las que tienen estudios superiores completos. A pesar de que no se hallaron diferencias significativas entre la ansiedad estado y el nivel de instrucción, a nivel descriptivo se halló que aquellas con estudios técnicos completos tenían mayores niveles de ansiedad estado que aquellas con estudios superiores completos. Nuevamente, se podría pensar que el nivel educativo es un factor de riesgo para experimentar mayores niveles de estados emocionales negativos (Hegney et al., 2013) que se relacionan con estrategias de regulación emocional más desadaptativas como la supresión (Arndt et al., 2013; Hofmann et al., 2009).

Adicionalmente, este estudio encontró, al igual que Gao et al. (2012), que el personal de enfermería que reportó padecer una enfermedad presenta mayores niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo en comparación al que no reportó padecer una enfermedad. Según Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas (2009), “las emociones negativas constituyen actualmente uno de los principales factores de riesgo para contraer enfermedades físicas y mentales” (p. 85). En este sentido, el personal de enfermería que tiene mayores niveles de ansiedad rasgo, reacciona con más frecuencia a situaciones como si fuesen peligrosas; por ende, su ansiedad estado se eleva, experimentando mayores emociones negativas. De este modo, estos niveles mayores de ansiedad en el personal de enfermería podrían estar aumentando la probabilidad que adopten conductas perjudiciales para su salud o manteniendo niveles de activación fisiológica intensos que podrían estar deteriorando su salud al volverse crónicos (Piqueras et al., 2009).

Por otro lado, según Amigo, Fernández y Pérez (2003), la conducta del ser humano es crucial para el mantenimiento de la salud como, también, para el origen y la evolución de la enfermedad. Los resultados de la investigación señalan que el personal de enfermería que tiene un pasatiempo tiene menores niveles de ansiedad rasgo que las que no lo tienen, lo cual se asocia a un estilo de vida más saludable que genera emociones más placenteras, que a su vez, potencian la salud (Piqueras et al., 2009).

En cuanto a las limitaciones del estudio, la principal fue el momento de llenado de las encuestas, pues muchas prefirieron llevar las encuestas a sus casas y no contestarlas en



el momento. Esto podría haber influido en los resultados, especialmente de la ansiedad estado, ya que al llevarse la encuesta, podrían contestar en un momento más tranquilo, disminuyendo los niveles. Asimismo, la aplicación de las encuestas fue individual, extendiéndose 3 meses, con un tiempo de devolución variable de días a semanas. Tal vez, hubiese sido mejor repartir los cuestionarios en alguna reunión de grupo para, así, poder controlar el momento del día, el tiempo de devolución y el lugar de aplicación. Asimismo, los cuestionarios son autorreportes, por lo que están sujetos a deseabilidad social y el personal de enfermería podría tender a presentarse de un modo más favorable a la realidad, especialmente como explican Arndt et al. (2013) con los ítems de reevaluación cognitiva.

Del mismo modo, en la ficha sociodemográfica no se incluyeron preguntas acerca de la violencia o agresión ejercidas por los pacientes durante los años de servicio del personal de enfermería. Por ende, no se pudo comparar ni medir el nivel de impacto de este fenómeno en la ansiedad y regulación emocional de ambas profesiones y su pabellón de trabajo. Incluso, se recomienda para futuras investigaciones incluir una pregunta sobre la opinión del personal de enfermería de utilizar técnicas de sujeción para controlar los actos violentos de los pacientes. De esta manera, se podrá medir el nivel de angustia por la discrepancia entre sus creencias y sus obligaciones al que, según Yada et al. (2014) están expuestos el personal de enfermería psiquiátrica, y su repercusión en la ansiedad de las mismas. Igualmente, los resultados no son generalizables a otros contextos hospitalarios ni a la realidad del hospital psiquiátrico, pues la aplicación se dio en solo dos pabellones. Finalmente, el tamaño pequeño de la muestra pudo haber influido en que las correlaciones entre los tipos de ansiedad y las estrategias de regulación emocional no sean significativas.

Por último, esta investigación pretende dar una mirada general al funcionamiento psicológico de la enfermería de un hospital psiquiátrico. Además, se busca generar mayor conciencia acerca de la vulnerabilidad de esta población con la esperanza que se realicen más estudios para contrastar información y tener una visión integral sobre la problemática en el país. Se espera que futuras investigaciones continúen analizando el impacto del contexto en la salud mental del personal de enfermería, así como las diferencias entre las profesiones (que parecen ser un factor determinante en los niveles de ansiedad). De este modo, se podrá conocer mejor la dinámica y el funcionamiento de estas profesionales de la salud mental, para así plantear soluciones de acuerdo a la realidad en la que trabajan.



## Referencias

- Aldao, A. (2013). The future of emotion regulation research: Capturing context. *Perspectives on Psychological Science*, 8(2), 155-172. doi: 10.1177/1745691612459518
- Aldao, A., Jazaieri, H., Goldin, P. & Gross, J. (2014). Adaptive and maladaptive emotion regulation strategies: Interactive effects during CBT for social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 382-389.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- Amigo, I., Fernández, C. & Pérez, M. (2003). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Anchante, M. (1993). Ansiedad rasgo-estado en un grupo de alumnos de EEGGCC de la PUCP. (Tesis de licenciatura en psicología inédita). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Arauco, G. (2008). Síndrome de burnout en enfermeras del hospital nacional especializado "Víctor Larco Herrera" (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Arndt, J., Hoglund, W. & Fujiwara, E. (2013). Desirable responding mediates the relationship between emotion regulation and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 55, 147-151.
- Asad, M., Sayari, R., Ebadi, A. & Sanainasab, H. (2011). Frequency of depression, anxiety and stress in military nurses. *Iranian Journal of Military Medicine*, 13(2), 103-108.
- Atindanbila, S., Abasimi, E. & Anim, M. (2012). A study of work related depression, anxiety and stress of nurses at Pantang Hospital in Ghana. *Research on Humanities and Social Sciences*, 2(9), 1-8.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford press.

- Becker, S. & Carvalho, M. (2008). Study on the absenteeism of nursing professionals in a psychiatric center in Manaus, Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 109-114.
- Benito, M., Simón, M., Sánchez, A. & Matachana, M. (2011). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente* Madrid: McGraw Hill.
- Bestard, J. & Larduet, O. (1998). Salud mental y su relación con el estrés en las enfermeras de un hospital psiquiátrico. *MEDISAN*, 2(2), 6-11.
- Chen, S., Hwu, H., & Williams, R. (2005). Psychiatric nurses' anxiety and cognition in managing psychiatric patients' aggression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19(3), 141-149.
- Cisler, J. & Olatunji, B. (2012). Emotion regulation and anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports*, 14(3), 182-187. doi: 10.1007/s11920-012-0262-2
- Colegio de Enfermeros del Perú (2015). *Más de 77 mil enfermeras peruanas celebran su día*.
- Cronin-Stubbs, D. & Brophy, E. (1985). Burnout: Can social support save the psychiatric nurses? *Journal of Psychosocial Nursing in Mental Health Services*, 23, 8-13.
- Defensoría del Pueblo (2005). *Salud mental y derechos humanos: La situación de los derechos de las personas internadas en establecimientos de salud mental*. Lima: Defensoría del Pueblo.
- Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos (2013). *Compendio estadístico: Información de recursos humanos del sector salud, Perú – 2013*. Lima: MINSA.
- Dixon-Gordon, K., Aldao, A. & De Los Reyes, A. (2015). Emotion regulation in context: Examining the spontaneous use of strategies across emotional intensity and type of emotion. *Personality and Individual Differences*, 86(1), 271-276. doi: 10.1016/j.paid.2015.06.011
- Dolan, N. (1987). The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 12, 3-12.
- Drury, V., Craigie, M., Francis, K., Aoun, S. & Hegney, D. (2013). Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses

- in Australia: Phase 2 results. *Journal of Nursing Management*, 22(4), 519-531. doi: 10.1111/jonm.12168
- Echeburúa, E. & de Corral, P. (2009). *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Endler, N. (1988). Hassles, health and happiness. En M. Janisse (Ed.), *Stress and Health Psychology* (pp. 24-56). New York: Springer.
- Endler, N. & Parker, J. (1990). Stress and anxiety: Conceptual and assessment issues. *Stress medicine*, 6, 243-248.
- 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. *Psicología Iztacala*, 13(1), 1-17.
- Flouri, E. & Mavroveli, S. (2013). Adverse life events and emotional and behavioural problems in adolescence: The role of coping and emotion regulation. *Stress and Health*, 29(5), 360-368. doi: 10.1002/smi.2478
- Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N. & Crisp, J. (2013). Enhancing the resilience of nurses and midwives: Pilot of a mindfulness-based program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary Nurse*, 45(1), 114-125.
- Gao, Y., Pan, B., Sun, W., Wu, H., Wang, J. & Wang, L. (2012). Anxiety symptoms among Chinese nurses and the associated factors: A cross sectional study. *BMC Psychiatry*, 12(141), 1-9. doi: 10.1186/1471-244X-12-141
- Gargurevich, R. & Matos, L. (2010). Propiedades psicométricas del cuestionario de autorregulación emocional adaptado para el Perú (ERQP). *Revista Psicológica*, 12, 192-215.
- Gibb, J., Cameron, I., Hamilton, R., Murphy, E. & Naji, S. (2010). Mental health nurses' and allied health professionals' perceptions of the role of the Occupational Health Service in the management of work-related stress: How do they self-care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 838-845. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01599.

- Greice, S. & Carvalho, M. (2008). Estudio sobre ausentismo en profesionales de enfermería del centro psiquiátrico de Manaus, Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 109-114.
- Gross, J. (1998a). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 234-237. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348
- Gross, J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. doi: 10.1037/1089-2680.2.3.271
- Gross, J. (2013). Emotion regulation: Taking stock and moving forward. *Emotion*, 13(3), 359-365. doi: 10.1037/a0032135
- Gross, J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26. doi: 10.1080/1047840X.2014.940781
- Gross, J. & John, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362.
- Gross, J. & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York: Guilford Press.
- Hamaideh, S. (2012). Occupational stress, social support, and quality of life among Jordanian mental health nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(1), 15-23. doi: 10.3109/01612840.2011.605211
- Hegney, D., Craigie, M., Hemsworth, D., Osseiran-Moisson, R., Aoun, S., Francis, K. & Drury, V. (2013). Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: Study 1 results. *Journal of Nursing Management*, 22(4), 506-518. doi: 10.1111/jonm.12160
- Hofmann, S., Heering, S., Sawyer, A. & Asnaani, A. (2009). How to handle anxiety: The effects of reappraisal, acceptance, and suppression strategies on anxious arousal. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 389-394. doi: 10.1016/j.brat.2009.02.010
- Hofmann, S., Sawyer, A., Fang, A. & Asnaani, A. (2012). Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and anxiety*, 29(5), 409-416. doi: 10.1002/da.21888

- International Labour Organization (2000). *International hazard datasheets on occupation. Nurse, general (institutional)*. Geneva: HDOEDIT.
- International Labour Organization & World Health Organization (2014). *HealthWISE action manual. Work improvement in health services*. Geneva: ILO.
- John, O. & Gross, J. (2007). Individual differences in emotion regulation. En J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 351-372). New York: Guilford Press.
- Kilfedder, C., Power, K. & Wells, T. (2001). Burnout in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 383-396.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leka, S., Hassard, J. & Yanagida, A. (2012). Investigating the impact of psychosocial risks and occupational stress on psychiatric hospital nurses' mental well-being in Japan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(2), 123-131.
- 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.
- McCarthy, V. J., Power, S. & Greiner, B. A. (2010). Perceived occupational stress in nurses working in Ireland. *Occupational Medicine*, 60, 604-610. doi: 10.1093/occmed/kqq148
- McLaughlin, K., Hatzenbuehler, M., Mennin, D. & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(9), 544-554. doi: 10.1016/j.brat.2011.06.003
- Miguel de Priego, W. (2014). Ansiedad y autorregulación emocional en acogedores de Lima. (Tesis de licenciatura en psicología inédita). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Ministerio de Salud & Organización Panamericana de la Salud (2009). *Informe sobre los servicios de salud mental del subsector ministerio de salud del Perú 2008*. Lima: MINSA.
- Muscroft, J. & Hicks, C. (1998). A comparison of psychiatric nurses' and general nurses' reported stress and counseling needs: A case study approach. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1317-1325.



- Nakakis, K. & Ouzouni, C. (2008). Factors influencing stress and job satisfaction of nurses working in psychiatric units: A research review. *Health Science Journal*, 2(4), 183-195.
- National Institute for Occupational Safety and Health (2008). *Exposure to stress: Occupational hazards in hospitals*. Cincinnati: Department of Health and Human Services.
- Nolan, P., Dallender, J., Soares, J., Thomsen, S. & Arnetz, B. (1999). Violence in mental health care: The experiences of mental health nurses and psychiatrists. *Journal of Advanced Nursing*, 30(4), 934-941.
- Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A. & Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112.
- Rodebaugh, T. & Heimberg, R. (2008). Emotion regulation and the anxiety disorders: Adopting a self-regulation perspective. En Vingerhoets, A., Nyklíček, I. & Denollet, J. (Eds.), *Emotion Regulation: Conceptual and clinical issues* (pp. 140-149). Springer.
- Saavedra, J. (2015). *Situación de la salud mental en el Perú*. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi".
- Schüller, M. & Isac, M. (2003). *Identificación de estresores y estrategias de afrontamiento del personal de enfermería en unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos*. Madrid: H.G.U. Gregorio Marañón.
- Sheppes, G., Suri, G. & Gross, J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Reviews Clinical Psychology*, 11(1), 379-405. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739
- Sierra, J, Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: Tres conceptos a diferenciar. *Revista Malestar y Subjetividad*, 3(1), 10-59.
- Spielberger, C. (1976). The nature and measurement of anxiety. En C. Spielberger & R. Díaz-Guerrero (Eds.), *Cross Cultural Anxiety* (pp. 237-250). New York: Wiley.
- Spielberger, C. & Díaz-Guerrero, R. (1975). *IDARE inventario de ansiedad: Rasgo-estado*. México D.F.: Editorial El Manual Moderno.



- Tiemi, N. & Palucci, M. (2005). Trastornos mentales y de comportamiento en trabajadores de enfermería de 23 instituciones de salud en Brasil. *Revista de Enfermería*, 13(3), 133-140.
- Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública (2012). *Edad de inicio de trastornos psiquiátricos en el Perú urbano: Estudio epidemiológico en ciudades de la costa, sierra y selva del Perú*. Lima: INS.
- Uwaoma, N., Obi-Nwosu, H. & Aguocha, H. (2011). Effect of gender and hospital unit on nurses' anxiety. *Asian Journal of Business and Management Sciences*, 1(4), 48-53.
- Watson, D. & Sinha, B. (2008). Emotion regulation, coping, and psychological symptoms. *International Journal of Stress Management*, 15(3), 222-234. doi: 10.1037/1072-5245.15.3.222
- Wood, S., Stride, C., Threapleton, K., Wearn, E., Nolan, F., Osborn, D., Paul, M. & Johnson, S. (2011). Demands, control, supportive relationships and well-being amongst British mental health workers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(10), 1055–1068. doi: 10.1007/s00127-010-0263-6
- World Federation for Mental Health (2009). *Salud mental en la atención primaria: Mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental*. Virginia: WFMH.
- Yada, H., Abe, H., Omori, H., Matsuo, H., Masaki, O., Ishida, Y. & Katoh, T. (2014). Differences in job stress experienced by female and male japanese psychiatric nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(5), 468-476. doi: 10.1111/inm.12080
- Zalewski, M., Lengua, L., Wilson, A., Trancik, A. & Bazinet, A. (2011). Associations of coping and appraisal styles with emotion regulation during preadolescence. *Journal of Experimental Child Psychology*, 110(2), 141-158. doi: 10.1016/j.jecp.2011.03.001





APÉNDICES

## Anexo A

### Consentimiento Informado

Yo, \_\_\_\_\_, acepto que Chiara Rubini Pinasco de la Especialidad de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú, pueda aplicarme las siguientes pruebas: “Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE)” (Spielberger & Díaz-Guerrero, 1975) y “Cuestionario de Autorregulación Emocional para el Perú (ERQP)” (Gargurevich & Matos, 2010), con el fin de desarrollar su tesis para sustentar su licenciatura en psicología. La investigación tiene como finalidad comprender el funcionamiento psicológico, es decir, la manera de actuar y sentir de las enfermeras y técnicas de enfermería del Hospital Víctor Larco Herrera.

Es importante que sepa que toda la información que se recoja para el estudio será **TOTALMENTE CONFIDENCIAL**. Esto quiere decir que en ningún momento se conocerá su nombre y que nadie podrá ver sus respuestas, ya que éstas se guardarán y se les dará un uso exclusivamente académico.

Si está de acuerdo en participar, le pedimos por favor que lea con atención y cuidado toda la información en cada una de las encuestas.

Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que eso la perjudique en ninguna forma. Además, si siente que desea conversar acerca de algunos temas relacionados con la investigación, tiene alguna duda, preocupación o comentario, siéntase libre de expresarlo. Si está de acuerdo con participar, por favor firme abajo.

¡Muchas gracias por su tiempo y participación!

Lima, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015

\_\_\_\_\_  
Firma de la participante

\_\_\_\_\_  
Firma de la investigadora

**Anexo B****Ficha Sociodemográfica****Datos Personales**

1. Edad:  
\_\_\_\_\_
2. Sexo: F\_\_\_ M\_\_\_
3. Estado Civil: Soltera\_\_\_ Casada\_\_\_ Divorciada\_\_\_ Viuda\_\_\_  
Conviviente\_\_\_ Separada\_\_\_  
Otro: \_\_\_\_\_
4. Número de hijos:  
\_\_\_\_\_
5. Lugar de nacimiento:  
\_\_\_\_\_
6. Tiempo de residencia en Lima:  
\_\_\_\_\_
7. Lugar de residencia en Lima:  
\_\_\_\_\_
8. Grado de instrucción: Técnico completo\_\_\_ Superior  
incompleto\_\_\_ Superior completo\_\_\_
9. Profesión: Enfermera\_\_\_ Técnica de enfermería\_\_\_
10. Pabellón en el que trabaja actualmente: Pabellón 20\_\_\_ Unidad de Cuidados  
Especiales (UCE)\_\_\_ Emergencias\_\_\_ Pabellón 4\_\_\_ Pabellón 5\_\_\_  
Pabellón 1\_\_\_
11. Años de profesión:  
\_\_\_\_\_
12. Tiempo de servicio en el hospital:  
\_\_\_\_\_
13. Número de días que trabaja a la semana:  
\_\_\_\_\_
14. Número de horas que trabaja a la semana:  
\_\_\_\_\_

15. Número de horas que trabaja al día:

\_\_\_\_\_

16. ¿Realiza guardias? Sí\_\_\_ No\_\_\_

17. Número de guardias a la semana:

\_\_\_\_\_

18. ¿Sufre de alguna(s) enfermedad(es)? Sí\_\_\_ No\_\_\_

¿Cuál(es)?

\_\_\_\_\_

19. ¿Toma algún medicamento? Sí\_\_\_ No\_\_\_

¿Cuál(es)?

\_\_\_\_\_

20. ¿Trabaja en otro lugar? Sí\_\_\_ No\_\_\_

¿Dónde?

\_\_\_\_\_

21. ¿Tiene algún pasatiempo? Sí\_\_\_ No\_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_

22. ¿Siente que temas personales están afectando su trabajo? Sí\_\_\_ No\_\_\_

¿Cuál(es)?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Anexo C

### Resultados de Datos Sociodemográficos

En el Pabellón 1, las edades del personal de enfermería fluctuaron entre los 27 y los 63 años ( $M = 49.75$ ,  $DE = 8.98$ ). Asimismo, 1 (3.6%) de las encuestadas reportó un tiempo de servicio de 0 a 5 años, 3 (10.7%) de 6 a 10 años, 5 (17.9%) de 11 a 15 años, 6 (21.4%) de 16 a 20 años, 3 (10.7%) de 21 a 25 años, 8 (28.6%) de 26 a 30 años y 2 (7.1%) de 31 a 35 años. Asimismo, 13 (46.6%) reportaron ser casadas, 6 (21.4%) solteras, 2 (7.1%) divorciadas, 1 (3.6%) viuda, 2 (7.1%) convivientes y 2 (7.1%) separadas. Finalmente, 2 (7.1%) de las encuestadas reportaron trabajar 24 horas a la semana, 12 (42.9%) 36 horas, 1 (3.6%) 42 horas, y 12 (42.9%) 48 horas.

En el Pabellón 2, las edades del personal de enfermería fluctuaron entre los 24 y los 58 años ( $M = 43.63$ ,  $DE = 10.08$ ). Asimismo, 4 (20.0%) de las encuestadas reportó un tiempo de servicio de 0 a 5 años, 5 (25.0%) de 11 a 15 años, 5 (25.0%) de 16 a 20 años, 3 (15.0%) de 21 a 25 años, 2 (10.0%) de 26 a 30 años y 1 (5.0%) de 31 a 35 años. Asimismo, 7 (35.0%) encuestadas reportaron ser casadas, 9 (45.0%) solteras, 1 (5.0%) viuda, 2 (10.0%) convivientes y 1 (5.0%) separada. Finalmente, 9 (45.0%) de las encuestadas reportaron trabajar 36 horas a la semana, 1 (5.0%) 40 horas, 8 (40.0%) 48 horas, y 1 (5.0%) 60 horas.