

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**ESTRÉS LABORAL Y REGULACIÓN EMOCIONAL EN  
PROFESIONALES DE SALUD MENTAL**

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en  
Psicología Clínica

**AUTORA**

**MARIELA LIZET FUENTES MEJIA**

**ASESOR**

**Dr. CARLOS SIMON IBERICO ALCEDO**

Lima, Setiembre, 2019



## **Agradecimientos**

Mi mayor agradecimiento a Charlie por todo el apoyo durante el proceso.

A Elenita Fernández, por el apoyo incondicional brindado.

A Carlos Gamboa, y, todas las personas del personal de salud que fueron parte de esta investigación.

A todos mis familiares, amigos y seres queridos.





## Resumen

La investigación tiene como objetivo analizar la relación entre el estrés laboral y las estrategias de regulación emocional en profesionales de salud mental de un hospital psiquiátrico. Además, se investigaron las diferencias en el uso de estrategias de regulación emocional y estrés de acuerdo a edad, sexo y profesión. La muestra fue constituida por 25 médicos, 40 enfermeros y 45 técnicos en enfermería, quienes respondieron al Inventario de Estrés para Profesionales de la Salud de Wolfgang (1988), adaptado al español por Palacios, Morán y Paz (2014); y, al Cuestionario de Regulación Emocional (ERQP) de Gross y John (2003) adaptado al Perú por Gargurevich y Matos (2010). Se encontró que el estrés ocupacional está relacionado al uso de la estrategia reevaluación, además, se encontraron diferencias en el uso de esta estrategia entre hombres y mujeres. En el grupo de mujeres, se encontró correlación entre el estrés y la estrategia de supresión, mientras que en los hombres se correlacionaron estrés y reevaluación. Se examinan las diferencias en cuanto a la profesión. No hubo resultados significativos con respecto a edad. Se presume que los hallazgos responden a las funciones de cada profesión.

**Palabras claves:** *estrés laboral, regulación emocional, reevaluación cognitiva, supresión, profesionales de la salud mental.*

## Abstract

This study aims to determine the relationship between emotion regulation strategies and occupational stress in mental health professionals of a psychiatric hospital. Moreover, this study examined the differences in the use of these strategies and stress according to age, sex and profession. The participants were 110 mental health professionals, 25 physicians, 40 nurses and 45 nursing technicians, who answered two instruments; Health Professions Stress Inventory by Wolfgang (1988), adapted to Spanish by Palacios, Morán and Paz (2014); and Emotion Regulation Questionnaire by Gross and John (2003), adapted to Peru by Gargurevich and Matos (2010). Results showed correlation between occupational stress and reappraisal, also it shows differences regarding sex in the use of reappraisal. In women, stress and suppression correlated, but in men stress correlated with reappraisal. The differences regarding professions are examined. There were no significant results regarding to age. It is presumed that findings respond to the functions of each profession.

**Keywords:** *occupational stress, emotion regulation, cognitive reappraisal, suppression, mental health professionals.*



## Tabla de contenido

<b>Introducción</b> .....	1
<b>Método</b> .....	11
Participantes .....	11
Medición .....	11
Procedimiento .....	14
Análisis de datos .....	14
<b>Resultados</b> .....	15
<b>Discusión</b> .....	19
<b>Referencias</b> .....	28
<b>Anexos</b> .....	37
Anexo A: Ficha sociodemográfica .....	37
Anexo B: Consentimiento informado .....	38
Anexo C: Confiabilidad de Supresión y Reevaluación.....	39
Anexo D: Confiabilidad del área Conflicto de Trabajo.....	40
Anexo E: Porcentaje de mujeres y hombres por profesión.....	41
Anexo F: Funciones por profesión.....	42
Anexo G: Correlaciones entre IEPS Y ERQP por Profesiones .....	43





## **Estrés laboral y regulación emocional en profesionales de salud mental**

El estrés laboral es un problema global que afecta a diferentes profesiones (OIT, 2016). Los profesionales de salud conforman uno de los grupos ocupacionales más afectados, ya que su entorno de trabajo se considera como uno de los más estresantes (Palacios & Paz, 2014; Sihag & Bidlan, 2014). Esto estaría ligado a la alta demanda de contacto interpersonal, incluso con mayor magnitud en el área de salud mental (Santos & Cardoso, 2010) donde el personal está expuesto y sometido a una alta exigencia emocional (Martínez, Albores & Márquez, 2012).

El estrés se define como “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (Lazarus & Folkman, 1986, p. 43). De esta forma, se origina el estrés cuando un individuo identifica una situación como amenazante, es decir, como algo que supera sus propios recursos de afrontamiento; así, diversos eventos de la vida pueden resultar factores causantes de estrés y provocar desequilibrio emocional (Folkman, Lazarus, Gruen y De Longis, 1986). Además, se considera que el estrés es tanto la respuesta física como emocional al desequilibrio entre las exigencias percibidas y los recursos o capacidades de un individuo para hacer frente a esas exigencias (OIT, 2016).

El estrés relacionado con el trabajo es denominado estrés laboral o estrés ocupacional. En un estudio de revisión, Osorio y Cárdenas (2017) señalan que el estrés laboral se puede entender desde dos perspectivas; por un lado, como resultado de demandas o requerimientos de un trabajo que no coinciden, exceden o sobrepasan a la capacidad, recurso o necesidades del trabajador, y, por otro lado, como respuesta biológica y psicológica de la persona frente a las demandas del entorno. Así, se le considera como un problema importante que afecta tanto a empleados como a las empresas o instituciones a las que estos pertenecen (Demirtas, Ozdevecioglu & Capar, 2015) pues el padecer estrés laboral por un tiempo prolongado puede provocar agotamiento ocupacional o *burnout* (Lu, Sun, Hong, Fan, Kong y Li, 2015). Específicamente, el estrés laboral en trabajadores de la salud o estrés asistencial es un factor de riesgo que genera insatisfacción laboral, abandono del trabajo y numerosas respuestas psicosomáticas (Paris, 2015).

Demirtas, et al. (2015) y Medrano, et al. (2013) indican que las emociones son esenciales en los modos de relacionarse, es decir, en cualquier interacción social. Las emociones pueden ser adaptativas y útiles cuando tienen como función impulsar y guiar eficientemente el comportamiento hacia objetivos importantes para un individuo. Por otro

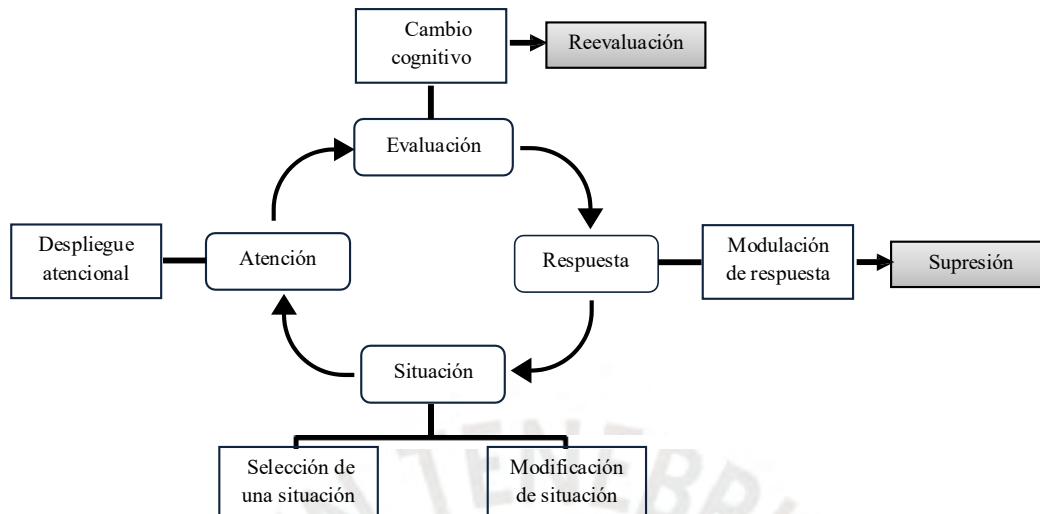
lado, existen momentos en los que son muy intensas o no se encuentran adaptadas a los requerimientos de una situación, así se pueden tornan disfuncionales, destructivas o inadaptadas (Gross, 2015; Kinner, Het & Wolf, 2014; Zarolia, McRae & Gross, 2015). Por esto, se busca encontrar el modo de regularlas manteniendo sus características útiles y, limitando sus aspectos destructivos (Gross, 2014; 2015).

La regulación emocional se define como “los procesos mediante los cuales los individuos modifican la trayectoria de uno o más componentes de una respuesta emocional” (Peña-Sarrionandia, Mikolajczak y Gross, 2015, p.1). Del mismo modo, Thompson (1994) señala que “consiste en los procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de monitorear, evaluar y modificar las reacciones emocionales, especialmente sus características de intensidad y de tiempo, para lograr los objetivos de un individuo (p.27)”. De este modo, la regulación emocional es “el conjunto de procesos heterogéneos por el que las emociones están reguladas” (Gross & Thompson, 2007, p.7).

Los procesos de la regulación emocional pueden ser automáticos o controlados, conscientes o inconscientes (Gross, 1998). Además, se puede distinguir entre regulación emocional intrínseca y extrínseca; en el primer caso, ocurre cuando una persona tiene como objetivo regular sus propias emociones; las investigaciones en adultos generalmente se centran en este tipo de regulación. En el segundo caso, se da cuando una persona está interesada en regular las emociones de otra persona, las investigaciones en este tipo de regulación están centradas en bebés y niños (Gross, 2015). En algunas situaciones coexisten ambas regulaciones (Gross, 2014; Gross & Jazaieri, 2014). En el ámbito de la regulación emocional, aparte de promover y preservar las emociones que son beneficiosas y manejar las que resultan dañinas (Gross, 2013), se pretende encontrar el modo de ordenar las estrategias que se utilizan para regular emociones y, posteriormente, determinar si es que distintas estrategias se asocian con diferentes consecuencias (Gross, 2015).

Las personas pueden influir en sus emociones interviniendo en cómo las experimentan y expresan (Gross, 1998). Estos procesos regulatorios ayudan a disminuir o incrementar la intensidad, duración y frecuencia de la emoción (Sheppes, Suri & Gross, 2015). De esta manera, los individuos se encuentran intentando influir de manera activa en cómo se sienten, en la manera en la que muestran sus emociones y por cuanto tiempo las experimentan (Gross & Thompson, 2007). La regulación emocional está conformada por comportamientos, estrategias y habilidades (Gross & John, 2003), los cuales influyen

en diferentes puntos del "ensamblaje" de una emoción en el proceso generador de emociones (Gross, 2013).



*Figura 1.* El modelo de proceso de regulación de la emoción y estrategias de regulación emocional representado en formato circular (Adaptado de Gross, 2015, p.6).

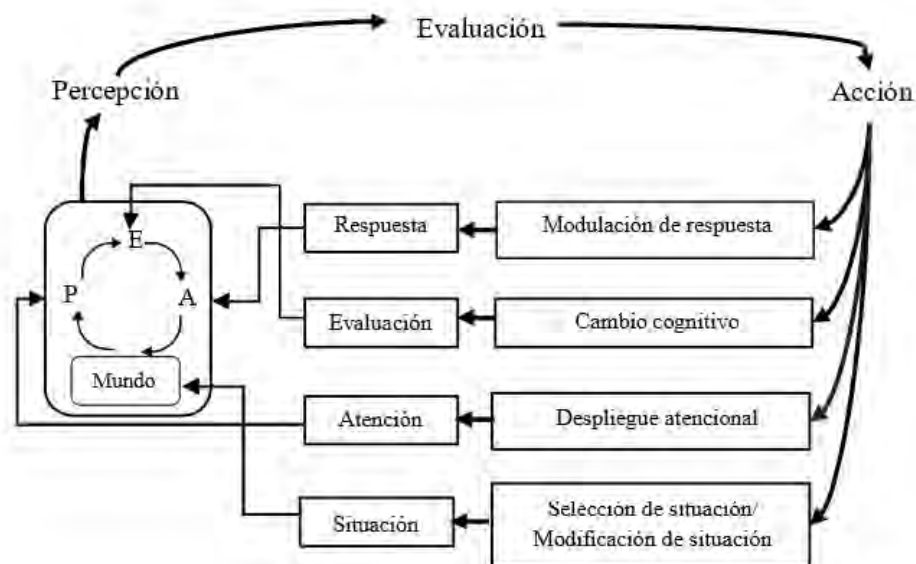
El modelo de proceso de regulación emocional (John y Gross, 2004; Gross, 1998; 2014; 2015) señala que la emoción puede ser regulada en cinco momentos: (1) selección de la situación, (2) modificación de la situación, (3) despliegue de la atención, (4) cambio cognitivo, y (5) modulación de respuesta (ver figura 1). La selección de la situación alude a influir en la preferencia por una situación específica teniendo en cuenta la probabilidad de que esta genere una emoción deseada o no deseada. La modificación de la situación engloba a los intentos de cambiar las características externas del entorno con el afán de influenciar las propias emociones. El despliegue atencional se refiere a dirigir o redirigir la atención, seleccionando qué aspecto enfocar con el objetivo de alterar la respuesta emocional. El cambio cognitivo abarca la revisión y selección de posibles significados de una situación con la intención de influir en las emociones. La modulación de la respuesta se desarrolla de manera tardía en el proceso de generación de la emoción pues sucede cuando ya se han iniciado las tendencias de respuesta fisiológica, experiencial o conductual y se refiere a los esfuerzos por influir en estas (Gross, 1998; Gross & Jazaieri, 2014).

Gross (2015) desarrolla el modelo de proceso extendido en el que se considera que las emociones suponen una valoración cuando una persona discrimina lo que considera bueno o malo. Dentro del esquema del sistema de valoración se tienen como puntos fundamentales al mundo interno o externo, la percepción, la evaluación de esa

percepción que es la aproximación de la representación del mundo con la representación del estado deseado del mundo; y, la acción que surge con el objetivo de abordar la brecha

entre el estado percibido del mundo y el estado deseado del mundo. Estos son una versión más específica del modelo original de la emoción por lo que mantienen una equivalencia con los cuatro núcleos originales: situación, atención, evaluación y respuesta. De este modo, se utilizan las estrategias de regulación emocional teniendo en cuenta que este proceso busca influenciar la emoción al cambiar (a) el mundo (b), la percepción del mundo (c) la manera en la que el mundo es representado cognitivamente o (d) las acciones emocionales (ver figura 2).

Además, Gross (2015) plantea 3 etapas diferentes del ciclo de regulación: identificación, selección e implementación. La identificación ocurre cuando se origina la emoción (sistema de primer nivel) siendo esta evaluada y se determina si se es lo suficientemente negativa o positiva para activar la regulación, de acuerdo con esto se detecta una meta de esta regulación. Luego, la selección se produce cuando se activa la selección de una estrategia, y, posteriormente, la implementación se da al activar una táctica particular de regulación de la emoción. El aspecto fundamental del modelo radica en que diferentes sistemas de valoración están activos simultáneamente, pues cada uno es sensible a diferentes aspectos de una situación particular, y cada uno activa impulsos de acción relevantes para su propia evaluación de esa situación.



*Figura 2.* Estrategias de regulación emocional (Adaptado de Gross, 2015, p.12).

Dado que diferentes estrategias influyen en el proceso generativo de la emoción en diferentes etapas del "ensamblaje" o generación de una emoción, se considera que distintas estrategias de regulación emocional acarrearían tener diferentes resultados. Una

forma de ilustrar esta idea es el contraste entre dos estrategias de regulación emocional: la reevaluación (incluida dentro de cambio cognitivo) y la supresión (incluida dentro de modulación de la respuesta) (Gross, 2013) (ver figura 1).

La reevaluación de la emoción consiste en un cambio cognitivo orientado a modificar la manera en la que una persona piensa sobre una situación, con el fin de modificar su impacto o respuesta emocional (Gross, 2014). Esta estrategia interviene tempranamente en el proceso de regulación emocional, por esto, puede lograr cambios en cómo se sienten las personas y cómo expresan su comportamiento (Gross & John, 2003; 2004). En cambio, la supresión expresiva se refiere a los esfuerzos por modular la expresión de la respuesta emocional del individuo buscando inhibir el comportamiento emocional-expresivo negativo o positivo en curso (Gross, 2015), es decir, ocurre para no mostrar afectivamente la emoción que ya se ha generado (Gross, 2014; 2015).

La regulación emocional ocurre en diferentes ámbitos, incluido el ámbito laboral (Scheibe & Zacher, 2013). Hochschild (1983) señala que existe una forma de regulación de la emoción en el lugar de trabajo llamada *emotional labor* o trabajo emocional, la define como “el manejo de los sentimientos para crear una manifestación facial y corporal públicamente observable” (p.7). Posteriormente, Grandey (2000) aplica la teoría de la regulación emocional al concepto de trabajo emocional, definiendo a esta última como “el proceso de regulación de las emociones y expresiones para los objetivos de una organización” (p.97). En este caso se cuenta con dos formas de manejo de emociones: *deep acting* (manejo de sentimientos) y *surface acting* (manejo de expresiones observables). Así, las emociones se regulan en un intento de cumplir con las expectativas específicas de las funciones de un trabajo (Jeung, Kim & Chang, 2018).

Kinner, Het y Wolf (2014) señalan que la capacidad de regular emociones es importante para la salud física y mental de las personas. En específico, ante situaciones adversas, pues esta capacidad se torna esencial durante y después de afrontar un factor estresante. Por esto, se considera fundamental la relación entre la regulación emocional y el estrés, en esta línea, Wang y Saudino (2011) señalan que “cuando las personas se encuentran con eventos estresantes, la regulación emocional les permite evaluar el impacto emocional de la condición y ayuda a determinar qué tipos de reacciones emocionales son apropiadas, así como cuándo y cómo expresan las emociones” (p. 95). En otros casos, esta relación ha sido comprendida tomando a la regulación emocional como variable moderadora de los efectos de la exposición a situaciones de estrés (Lawrence et al., 2011, Troy & Mauss, 2011). Por otra parte, Raio, Orederu, Palazzolo,

Shurick y Phelps (2013) indican que en situaciones donde el estrés es generalizado, la capacidad de regulación emocional puede verse afectada. Por el lado fisiológico, se señala que el vínculo o asociación entre estrés y la regulación emocional podría radicar en la activación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) (Wang & Saudino, 2011).

El ambiente laboral puede ser considerado un entorno estresante, por esto, resulta relevante la relación entre la regulación emocional y el estrés laboral. En las interacciones sociales del trabajo, no siempre se permiten la expresión de todas las emociones que tiene un individuo y a menudo se requiere la regulación de tales experiencias (Demirás, et. al., 2015). En el caso de los profesionales de salud, aunque el trabajo puede ser gratificante, también puede llegar a ser altamente estresante debido a que se convive cotidianamente con la enfermedad y el dolor de las personas que recurren a sus servicios (Filho & Araujo, 2015). Asimismo, se afirma que el personal de salud puede sufrir de estrés laboral como resultado de factores organizacionales y desequilibrio de demandas, habilidades, así como apoyo social en el trabajo (Ito, et al., 2014). Así, se encuentran expuestos a diferentes niveles de estrés y se ha identificado que esto influye en su desempeño, eficiencia o ineficiencia (Iyi, 2015). De este modo, con el fin de influir positivamente, es esencial que se tenga en cuenta el manejo de los factores que pueden estar relacionados con el estrés en estas profesiones (Da Costa & Pinto, 2017).

Específicamente, en los profesionales de salud mental este impacto puede ser directo pues frecuentemente tienen que tomar decisiones clínicas rápidamente en situaciones altamente estresantes (Haugvaldstad, & Husum, 2016). Asimismo, son particularmente vulnerables al estrés por las características del trabajo que desempeñan ya que se encuentran cotidianamente en intenso contacto con usuarios con dificultades emocionales, ofreciéndoles atención y cuidado a sus necesidades (Santos & Cardoso, 2010).

Por otra parte, la regulación adecuada de emociones o la habilidad de regular emociones es importante en los trabajadores especialmente cuando existe un ambiente estresante (Demirtas, Ozdevecioglu & Capar, 2015). En el caso de los profesionales de salud, las estrategias de regulación emocional son importantes como recurso para el manejo de las emociones y para brindar un desempeño adecuado (Rodríguez, Moreno, De Rivas, Herrero, 2011). Diversos estudios sugieren que el estrés laboral y la regulación emocional difieren o varían de acuerdo con la edad, profesión y si un individuo es hombre o mujer (Doerwald, Scheibe, Zacher & Van Yperen, 2016; Kern & Zapf, 2017; Palacios & Paz, 2014; Sayed & Ibrahim, 2012; Wang & Saudino, 2011; Yada, et al. 2014).

En lo que respecta a la edad, una investigación realizada por Wang y Saudino (2011) sugiere que “las personas varían en su capacidad para regular las emociones y hacer frente al estrés, y estas habilidades pueden diferir a lo largo de la edad” (p. 98). En la relación entre el estrés laboral y la edad, un estudio realizado por Sayed e Ibrahim (2012) en trabajadores de enfermería hospitalaria se obtuvo que cuanto más edad tenía un trabajador, menos estrés laboral experimentaba, además, se encontró que cuanto mayor experiencia tenía un empleado menos estrés laboral percibía. Dado esto, dichos autores explican que estas relaciones son razonables pues con el transcurrir del tiempo, aumenta la familiaridad con el sistema de trabajo y el entorno hospitalario y se adquiere mayor experiencia, lo que puede resultar en mayor capacidad para lidiar con el estrés.

En las investigaciones donde se estudian las estrategias de trabajo emocional; se encontró que a mayor edad se incrementa el uso de *deep acting* (actuación profunda) y disminuye el uso de *surface acting* (actuación superficial) (Dahling & Perez, 2010). Los mismos resultados se obtuvieron en Alemania, donde Johnson, Machowski, Holdsworth, Kern y Zapf (2017) realizaron un estudio en 444 empleados de servicios de diferentes organizaciones. En esta línea, Doerwald, Scheibe, Zacher y Van Yperen (2016) señalan que trabajadores de mayor edad muestran igual o ligeramente mejor funcionalidad en casi todas las competencias emocionales y están más comprometidos con su trabajo. Del mismo modo, Johnson, Machowski, Holdsworth, Kern y Zapf (2017) indican que la edad influencia el uso de las estrategias de regulación emocional y tiene un impacto positivo en el bienestar, pues en su investigación encontraron evidencia de que los trabajadores que eran mayores utilizaban estrategias de regulación emocional positivas (adaptativas) y estaban más comprometidos que los más jóvenes. Finalmente, son diversas las causas o motivos que pueden explicar las diferencias en la regulación de las emociones entre los adultos más jóvenes y los mayores, una de ellas probablemente es la diferencia relacionada con la experiencia emocional (Wang & Saudino, 2011).

En cuanto a las diferencias de acuerdo con el sexo, en un estudio realizado con enfermeros psiquiátricos en Japón; 159 mujeres y 85 varones, las enfermeras mujeres tenían mayores niveles de estrés que los varones (Yada et al., 2014). Dicho estudio explicaba el resultado dado que en enfermería psiquiátrica las mujeres tendían a dedicar más tiempo a relacionarse con los pacientes y a desarrollar relaciones de trabajo cooperativas con sus colegas en cambio, los hombres se ocupan regularmente de los pacientes agresivos. En otro estudio, las mujeres tuvieron mayor puntaje que los hombres en severidad de los síntomas relacionados al estrés, entre los cuales se encuentran fatiga,

dolores en el cuerpo, problemas para dormir y debilidad (Palacios & Paz, 2014). En lo que respecta al uso de estrategias de regulación emocional, Gross y John (2003) argumentan que los hombres predominantemente utilizan la supresión con mayor frecuencia que las mujeres. Por otro lado, en un estudio se demostró que hombres y mujeres no difieren en su capacidad cognitiva para usar reevaluación cognitiva en situaciones amenazantes; sin embargo, una mayor capacidad de reevaluación aparentemente reduciría las experiencias depresivas de la vida diaria solo en hombres (Perchtold, Papousek, Fink, Weber, Rominger & Weiss, 2019).

En lo que se refiere a las diferencias entre profesiones, García-Moran y Gil-Lacruz (2016) indican que el estrés de los profesionales de salud difiere, entre otros factores, por el cargo desempeñado y la ocupación. Estos autores indican que el personal de enfermería al tener menor responsabilidad que los médicos y más autonomía laboral que los auxiliares, podría tener mayor oportunidad de realizar acciones para poder prevenir el estrés que experimentan. Asimismo, Sihag y Bidlan (2014) realizaron un estudio con profesionales de salud en India y encontraron que el personal de enfermería era el que estaba más afectado con estrés ocupacional en comparación con médicos y otros trabajadores de apoyo. En esta misma línea, Chou, Li y Hu (2014), realizaron una investigación en Taiwán para explorar la prevalencia de factores asociados al estrés laboral y *burnout* en profesionales de salud, obteniendo que hay una mayor prevalencia en enfermeras y asistente de medicina en comparación con médicos, personal administrativo y técnico.

Anteriormente, Wolfgang (1988) también consideró las situaciones laborales estresantes que se compartían entre profesiones de salud y buscó comparar los niveles y fuentes de estrés de distintos profesionales de salud. A partir de estas situaciones se identificaron cuatro factores relacionados al estrés laboral (Gupchup & Wolfgang, 1994; Akhtar & Lee, 2002): El *reconocimiento profesional* como el sentir que no se utilizan las habilidades al máximo, que no se permite tomar decisiones, además, de no recibir retroalimentación, respeto o reconocimiento, ni pago adecuado; y, el no poder compartir sentimientos y experiencias con colegas. La *responsabilidad del cuidado del paciente* radica en la preocupación por las necesidades emocionales, la responsabilidad por los resultados y el manejo de las dificultades de los pacientes; asimismo, tiene que ver con discrepar sobre el tratamiento con otros profesionales de la salud. Los *conflictos de trabajo* incluyen conflictos con compañeros, supervisores y/o administradores, el no contar con suficiente personal, tener una cantidad poco manejable de trabajo, y que las



obligaciones del trabajo dificulten cumplir con responsabilidades familiares. Finalmente, la *incertidumbre profesional* cuando se tiene preparación inadecuada para enfrentar las necesidades de los pacientes e información inadecuada de las condiciones de estos, dificultad en el trato con familiares de pacientes, y, el miedo a errar en el tratamiento.

Al buscar evaluar las fuentes y el nivel de estrés laboral de acuerdo con el profesional que provee la atención médica, en el estudio realizado por Shin y Lee (2016) se obtuvo que la severidad del estrés laboral difirió de acuerdo con el nivel de demanda de trabajo, por esto tecnólogos radiológicos experimentaron el menor estrés, las enfermeras experimentaron estrés moderado y los médicos experimentaron el mayor estrés. Por otra parte, Goldblatt et al. (2017) indican que médicos y enfermeros regulan sus emociones usando racionalización, de esta manera reconocen sus sentimientos y su vulnerabilidad a la conducta violenta de los pacientes y visitantes, además, se encuentran comprometidos a cumplir con su deber y cuidar a los pacientes agresivos. De este modo, logran reconfigurar o reevaluar el incidente violento y restringirlo al contexto de un paciente o caso específico.

La importancia del presente estudio radica en que puede brindar información sobre el vínculo entre la regulación emocional y el estrés laboral para contribuir al desarrollo de intervenciones relacionadas a la capacidad de regular emociones con el fin de prevenir y tratar el estrés laboral. Ya que este último puede convertirse en un factor de riesgo si se afronta de manera poco saludable e influir negativamente en el bienestar de una persona (Karimi, Leggat, Donohue, Farrell & Couper, 2013; Wang & Saudino, 2011). Esta relación incluso se ha plasmado como intervención en España, pues un equipo de psiquiatras y psicólogos desarrollaron un programa de entrenamiento y diseñaron una aplicación móvil que tiene como fin regular emociones y reducir niveles de estrés a través de técnicas de *mindfulness* (atención plena). Este entrenamiento tiene como base una investigación sobre sus efectos en la reducción del estrés, la depresión y la ansiedad, y la mejora de la calidad de vida (Regulación emocional basada en Mindfulness, s.f.).

De esta manera, se considera necesario que los trabajadores puedan regular sus emociones de modo adaptativo, y, en consecuencia, logren gestionar saludablemente el estrés, asimismo, es importante realizar programas de desarrollo de empleados que se enfoquen en mejorar las habilidades de administrar y regular sus emociones, a través de talleres y programas de capacitación (Demirtas, et al., 2015). Además, particularmente los profesionales de la salud requieren desarrollar la regulación adecuada de sus emociones, como parte de las exigencias de su rol (Chirino & Hernández, 2015).

De esta forma, esta investigación intenta establecer un precedente para señalar la importancia de que la gestión hospitalaria y de salud se involucren y puedan tomar medidas eficaces en el manejo del estrés de sus trabajadores, y con esto, la posibilidad de mejorar la eficacia en la atención y salud de estos. Pues estudios similares a este pueden resultar útiles en la sensibilización de los responsables de diversas instituciones con respecto a la promoción de la salud de los trabajadores de la salud, contribuyendo entre otras cosas a la disminución de estrés ocupacional (Filho & Araujo, 2015). Dado que el comprender la manera en que el estrés influye en la capacidad de regular la respuesta emocional es importante para establecer que técnicas de regulación son eficaces (Raio et al., 2013).

Asimismo, Guillemin y Gillam (2015) indican que es importante que las emociones se aborden en los planes de estudio de las profesiones de la salud, con el fin de que se forme una adecuada educación ética, así como técnicos expertos en sus funciones. En las profesiones de servicios humanos, el manejo de las emociones se considera una parte del trabajo debido a las altas demandas emocionales (Hsieh, 2014).

Finalmente, esto sumado a establecer la importancia de un entorno de trabajo más favorable y eficaz para los profesionales de salud mental podría traer como consecuencia beneficios tanto para los profesionales de salud como para los pacientes. Puesto que, aunque las intervenciones son diseñadas regularmente para modificar los patrones de regulación emocional de los sujetos que padecen o están en riesgo de padecer trastornos, también pueden dirigirse a ayudar a los profesionales (Gross, 2013).

De este modo, la presente investigación tiene como objetivo principal el analizar la relación entre el estrés laboral y las estrategias de regulación emocional en una muestra de profesionales de salud mental de un hospital psiquiátrico. Asimismo, se busca comparar el uso de estrategias de regulación emocional y estrés de acuerdo con las variables sociodemográficas de edad, sexo y profesión. Con este fin, se diseñó una investigación cuantitativa en la que se evaluó, en un único momento, a los profesionales de salud mental de un hospital psiquiátrico entre médicos, enfermeros y técnicos de enfermería de las diferentes áreas en las que laboran.

## Método

### Participantes

Los participantes fueron 110 profesionales de salud mental, de los cuales 25 eran médicos (22.7%), 40 enfermeros (36.4%) y 45 técnicos en enfermería (40.9%), entre mujeres y varones, de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana. Los participantes fueron invitados a participar del estudio personalmente, y colaboraron voluntariamente en base a la disponibilidad de cada uno. Estos pertenecieron a diferentes servicios del hospital, entre los que se encuentran el servicio de emergencias; la unidad de cuidados especiales; el servicio de consulta externa de niños y adolescentes; el servicio de consulta externa adultos, el servicio de psiquiatría forense, y, el departamento de hospitalización conformado por pabellones de corta estancia (servicio de enfermedades psiquiátricas agudas) y de larga estancia (servicio de recuperación y reinserción familiar y social).

Se tomaron en cuenta las respectivas consideraciones éticas pues se explicó los objetivos del estudio a cada participante con el fin de motivar su colaboración, del mismo modo, se proporcionó previamente el consentimiento informado en el cual se informaba sobre la naturaleza del estudio y la participación voluntaria (anexo B).

Las edades de los participantes fluctuaron en un rango de 26 a 65 años ( $M = 45.35$ ,  $DS = 11.15$ ), de los cuales 61 fueron mujeres (55.5%) y 49 varones (44.5%). Dentro de la muestra el 55% reportó haber nacido en Lima y el 45% en otros departamentos del Perú. Señalaron que se encuentran trabajando en el hospital en un rango de 16 a 42 años ( $M = 16.04$ ;  $DE = 12.43$ ) y que laboran de 20 a 72 horas por semana ( $M = 40.69$ ;  $DE = 10.59$ ). El 68,2% afirmó encontrarse bajo la situación laboral de nombrado y el 31,8% indicó que se encuentran como contratados. Por otro lado, los participantes que no completaron más de dos reactivos en cualquiera de los instrumentos utilizados fueron excluidos de la muestra previamente.

Para el presente estudio se creó una ficha de datos sociodemográficos que incluyó datos sobre la edad, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, grado de instrucción, profesión, área de trabajo, situación laboral y tiempo de servicio en el hospital (anexo A). Además, se verificó la firma previa del consentimiento informado de cada participante para corroborar que se encontrara de acuerdo con su participación (anexo B).

### Medición

Para evaluar las estrategias de regulación emocional se utilizó el *Cuestionario de Autorregulación Emocional (ERQ)* creado por Gross y John (2003); adaptado para el Perú

(ERQP) por Gargurevich y Matos (2010). Este cuestionario tiene como objetivo evaluar dos estrategias de regulación emocional: la reevaluación cognitiva (en qué medida las personas suelen intentar cambiar a nivel cognitivo o mental el impacto emocional que determinada situación les genera) y la supresión (en qué medida la persona opta por inhibir su comportamiento expresivo). Este cuestionario está conformado por 10 ítems, posee un formato de respuesta tipo escala Likert de 7 dimensiones que evalúa si se encuentran en desacuerdo (1 = totalmente en desacuerdo) o de acuerdo (7 = totalmente de acuerdo).

En su versión original, se tuvo como muestra a 791 estudiantes universitarios, se encontró que ambas escalas tenían una buena consistencia interna presentando índices de alfa de Cronbach que alcanzaron valores de .75 a .82, en la escala de reevaluación cognitiva e índices que alcanzaron valores desde .68 a .76 en la escala de supresión. Además, en el estudio original el instrumento obtuvo validez convergente y divergente, al obtenerse correlaciones con constructos medidos por otros instrumentos como inautenticidad, rumiación, las cinco dimensiones de personalidad, entre otros (Gross & John, 2003).

Este cuestionario ha sido traducido a diversos idiomas como el francés, italiano, alemán, coreano, español, entre otros (Stanford Psychophysiology Laboratory citado en Gargurevich & Matos, 2010). Asimismo, en su versión adaptada al Perú aplicada a 320 estudiantes universitarios, el índice de alfa de Cronbach para reevaluación cognitiva fue de .72 y para supresión, .74. En esta investigación, se estudió la validez de constructo del instrumento, y se comprobó la validez convergente y divergente del cuestionario (Gargurevich & Matos, 2010).

En el Perú, ha sido utilizado en una muestra de 48 personas del personal de enfermería psiquiátrica en el que se obtuvo un índice alfa de Cronbach para reevaluación cognitiva de .78 y .64 para supresión (Rubini, 2016). En el presente estudio, se presentaron índices de alfa de Cronbach de .81 en la escala de reevaluación cognitiva y .59 en la escala de supresión (anexo C).

Para medir el estrés se usó el *Inventario de Estrés para Profesionales de la Salud (IEPS)* desarrollado por Wolfgang en 1988, este evalúa el estrés laboral específicamente en los trabajadores de salud. Este inventario ha sido utilizado en diversos países como Australia (Spooner & Patton, 2007), Israel (Tabak & Orit, 2007), India (Raj, 2015) y Korea (Shin & Lee, 2016). Posee un formato de respuesta de tipo escala Likert de 5 dimensiones, donde cada ítem se puntúa de 0 a 4 puntos (0= nunca, 1= rara vez, 2=

ocasionalmente, 3= frecuentemente, 4= muy frecuentemente) y es conformado por 30 ítems que refieren fuentes de estrés de los profesionales de la salud.

Se distinguen 4 factores (Gupchup & Wolfgang, 1994; Akhtar & Lee, 2002): reconocimiento profesional (RP) conformado por 8 ítems; responsabilidades en el cuidado del paciente (RC) con 7 ítems; conflictos de trabajo (CT) que consta de 8 ítems; e, incertidumbre profesional (IP) con 7 ítems. Además, el estrés laboral general se calcula al sumar las calificaciones de todos los ítems. Los puntajes varían de 0 a 120, y los puntajes más altos indican niveles más altos de estrés (Shin & Lee, 2016).

En su versión original el inventario fue incluido en un cuestionario enviado a 3.105 profesionales, 154 de los cuales fueron devueltos como no entregables, en este estudio los coeficientes alfa de Cronbach, evaluando la consistencia interna, fueron .89, .89 y .88 para farmacéuticos, enfermeras y médicos, respectivamente (Wolfgang, 1988). Posteriormente, se realizó un estudio para factorizar las intercorrelaciones de elementos de una muestra de farmacéuticos, en la que se encontró que los coeficientes de alfa de Cronbach de los factores: Reconocimiento Profesional, Responsabilidades del Cuidado del Paciente, Conflictos Laborales e Incertidumbre Profesional oscilaron entre .74 a .84 (Gupchup & Wolfgang, 1994).

En Latinoamérica, este inventario ha sido utilizado en Cuba, Hernández (2003) realizó un estudio transversal acerca de estrés y burnout a 287 profesionales (médicos y enfermeros), en donde mostró un alto coeficiente de alfa de Cronbach de .83. Además, fue utilizado en México (Palacios & Paz, 2014) en un estudio que buscaba evaluar el estrés y su relación con las condiciones de trabajo y manifestaciones psicósomáticas en médicos, esta investigación fue amplia por lo que también se encargó de la validación del instrumento. De este modo, fue validado y aplicado a 724 médicos de siete hospitales de la Ciudad de México y mostró validez de contenido, constructo y una alta consistencia interna siendo el alfa de Cronbach de .92. En la validez de contenido del inventario se consideró la aportación de expertos, para la validez de constructo se realizó un análisis multivariado de Varimax invertido y análisis de componente principal (Palacios, Morán & Paz, 2014).

En el presente estudio, se realizó un piloto previo a 10 participantes con el fin de realizar las modificaciones lingüísticas que sean necesarias, sin embargo, no se encontraron dificultades significativas en la comprensión de los ítems por lo que se mantuvo la traducción mexicana. En este instrumento, se obtuvo una alta consistencia interna con un alfa de Cronbach general de .90, y los índices de alfa de Cronbach de cada

factor fueron: .62 en el factor de Conflictos de trabajo; .74 en el factor Responsabilidad por el cuidado del paciente; en Reconocimiento profesional de .82 y .72 en Incertidumbre profesional (anexo D).

### **Procedimiento**

Se solicitó la autorización del hospital psiquiátrico por medio de su oficina de docencia. Una vez obtenido el permiso se contactó a los participantes de manera individual en cada servicio o pabellón durante el turno diurno e inicio del turno nocturno de trabajo. Se explicó a cada participante el objetivo de la investigación, luego, se entregó el consentimiento informado, la ficha de datos sociodemográficos y los dos instrumentos. En algunos casos, los participantes prefirieron llevar las encuestas a sus casas y no contestarlas en el momento.

La metodología se repitió al igual que el abordaje individual, hasta contar con 110 protocolos válidos. Este proceso se extendió aproximadamente a 3 meses, con un tiempo de devolución variable de días a semanas. Se evaluó a los participantes de manera individual según la disponibilidad de tiempo de cada uno.

### **Análisis de datos**

Se analizaron los datos obtenidos a través del programa estadístico SPSS 23.0. Para ambos instrumentos se efectuaron análisis de confiabilidad en sus respectivas dimensiones, para así comprobar la consistencia interna de los datos. Después se procedió a realizar el análisis de normalidad de las distribuciones utilizando la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Se encontró que el puntaje de estrés general y los cuatro factores del IEPS tienen distribución normal. Asimismo, en el ERQP, la reevaluación cognitiva y la supresión mantienen distribución normal. Posteriormente, se optó por realizar correlaciones Pearson, para responder al objetivo principal, y se desarrollaron los análisis pertinentes para identificar las diferencias significativas según las variables sociodemográficas de edad, sexo y profesión. Luego, se realizaron análisis de correlación.

## Resultados

En la siguiente figura (figura 3), se presentan las medias de los factores de estrés ocupacional y las estrategias de regulación emocional obtenidas en médicos, enfermeros y técnicos. Los enfermeros obtienen menores puntajes en las áreas evaluadas.

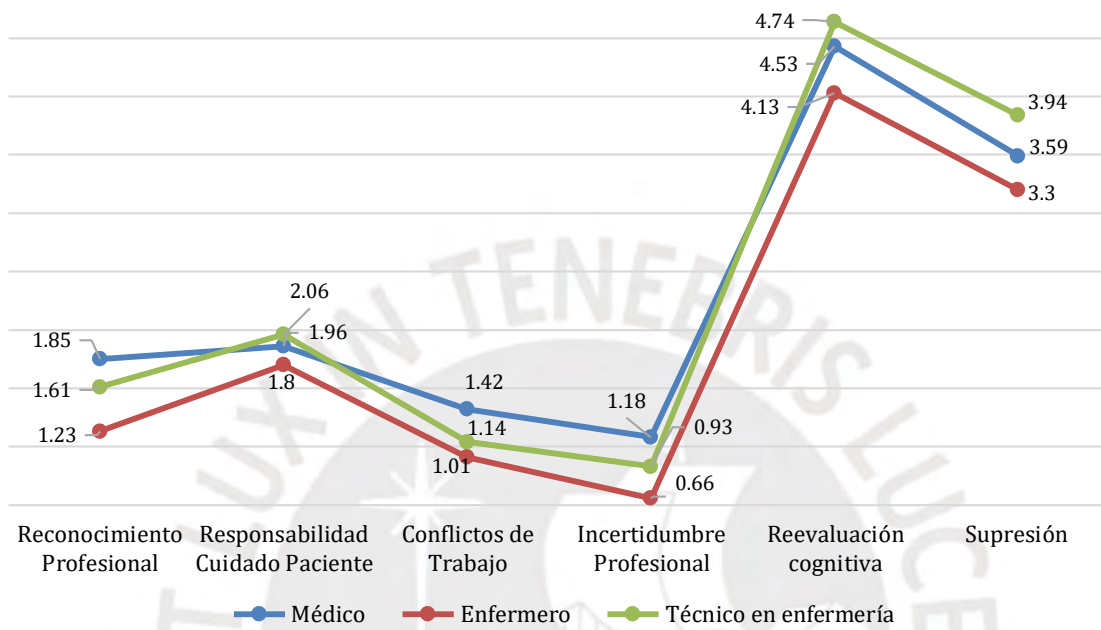


Figura 3. Medias de factores de estrés ocupacional y estrategias de regulación emocional de médicos, enfermeros y técnicos en enfermería.

Con el propósito de responder al objetivo principal, se realizaron correlaciones de Pearson para analizar la relación entre los factores de la escala de estrés ocupacional y las estrategias de regulación emocional (tabla 1).

Tabla 1  
Correlaciones entre IEPS Y ERQP

	Reevaluación	Supresión
Estrés General	.26**	-
Reconocimiento Profesional (RP)	.23*	-
Responsabilidad Cuidado del Paciente (RCP)	.27**	-
Conflictos de Trabajo (CT)	.28**	-
Incertidumbre Profesional (IP)	-	-

N = 110

\* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$

La estrategia reevaluación cognitiva tuvo correlaciones bajas con el puntaje de estrés ocupacional general ( $r = .26$ ;  $p < .01$ ) y tres factores de la escala de estrés:

reconocimiento profesional ( $r = .23$ ;  $p < .05$ ), responsabilidad del cuidado del paciente ( $r = .27$ ;  $p < .01$ ) y conflictos de trabajo ( $r = .28$ ;  $p < .01$ ). Sin embargo, con el factor incertidumbre profesional se obtuvo una correlación no significativa. Por otro lado, se obtuvo una correlación directa entre ambas estrategias de regulación emocional: reevaluación cognitiva y supresión ( $r = .35$ ;  $p < .01$ ). Como complemento, se indagó las correlaciones de regulación emocional y estrés ocupacional segmentado por profesión (anexo G).

Seguidamente, se procedió a comparar el uso de estrategias de regulación emocional y estrés de acuerdo con las variables sociodemográficas de edad, sexo y profesión. Primero, se realizan correlaciones entre edad, el inventario de estrés ocupacional y el cuestionario de autorregulación emocional; no obstante, no se encontraron correlaciones significativas.

Tabla 2

*Comparación de medias de estrategias de regulación según sexo*

	Mujeres		Hombres		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>D</i>	<i>M</i>	<i>D</i>				
Reevaluación cognitiva	4.69	1.41	4.21	1.40	1.75	108	0.04*	0.34
Supresión	3.81	1.45	3.40	1.2	1.59	108	0.06t	0.29

Mujeres (N = 61), Hombres (N=49)

\* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$ , t = la correlación es marginalmente significativa

En cuanto al sexo, se realizó la comparación de medias entre mujeres y hombres de los resultados obtenidos en el uso de estrategias de regulación y estrés ocupacional utilizando la prueba T-Student. Se halló evidencia de diferencias significativas con respecto a las estrategias de regulación emocional, reevaluación cognitiva (tabla 2), sin embargo, en las áreas de estrés no se obtuvo diferencias significativas.

Tomando en cuenta lo obtenido, seguidamente se realizaron análisis de asociación según sexo, los cuales indican diferentes perfiles de correlación entre las variables del estudio para los hombres y las mujeres (tabla 3).

En las mujeres se observa que la estrategia supresión correlaciona con el estrés general ( $r = .30$ ,  $p < 0.05$ ), reconocimiento profesional ( $r = .29$ ,  $p < 0.05$ ), responsabilidad del cuidado del paciente y conflictos de trabajo ( $r = .26$ ,  $p < 0.05$ ).



Tabla 3  
Correlaciones entre IEPS Y ERQP por sexo

	Mujeres		Hombres	
	Reevaluación	Supresión	Reevaluación	Supresión
Estrés General	-	.30*	.39**	-
Reconocimiento Profesional	-	.29*	.35*	-
Responsabilidad Cuidado del Paciente	-	.26*	.28*	-
Conflictos de Trabajo	-	.26*	.39**	-
Incertidumbre Profesional	-	-	-	-

Mujeres (N = 61), Hombres (N=49)

\* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$

Por otro lado, se encontró una correlación moderada y directa entre reevaluación cognitiva y supresión ( $r = .46$ ,  $p < .01$ ), en otros términos, un mayor uso de supresión en las mujeres se acompaña de un mayor uso de reevaluación, y viceversa.

En el caso de los hombres, se observa correlaciones directas entre la estrategia reevaluación y estrés general ( $r = .39$ ,  $p < 0.01$ ), reconocimiento profesional ( $r = .35$ ,  $p < 0.05$ ), y conflictos de trabajo ( $r = .39$ ,  $p < 0.01$ ). Además, se observa que la reevaluación correlaciona con responsabilidad del cuidado del paciente ( $r = .28$ ,  $p < 0.05$ ). Así, se nota la presencia de perfiles diferenciales de asociación según sexo, es decir, tendencias en el uso de determinadas estrategias de regulación emocional ante factores de estrés ocupacional.

Tabla 4  
Comparación de medias one-way ANOVA y Scheffe (Post hoc) entre profesiones

	ANOVA				Resultados Scheffe				
	F	gl	T	p	I (M; DE) > J (M; DE)		Diferencia Medias	Error estándar	P
Estrés General	6.87	2	23.32	.002*	Médico (49.4 ; 15.9) > Enfermería (35.2 ; 14.7)		14.23*	3.92	.002*
RP	6.49	2	18.89	.002*	Médico (1.85 ; .66) > Enfermería (1.23 ; .62)		.62*	.18	.003*
CT	6.35	2	21.14	.002*	Médico (1.42; .50) > Enfermería (1.01; .42)		.42*	.12	.003*
					Médico (1.42; .50) > Técnico enfermería (1.14; .47)		.29*	.12	.046*
IP	8.00	2	14.25	.001*	Médico (1.18; .53) > Enfermería (.66; .49)		.53*	.13	.001*

\* =  $p < .05$

\* La diferencia de medias es significativa en 0.05.

Médicos (n = 25), Enfermeros (n = 40), Técnicos (n = 45)

RP: Reconocimiento Profesional; CT: Conflicto de Trabajo; IP: Incertidumbre Profesional

Posteriormente, se realizó la comparación de medias entre médicos, enfermeros y técnicos utilizando el contraste de muestras paramétricas ANOVA y se encontraron diferencias significativas en estrés general y tres factores de estrés (reconocimiento profesional, conflictos de trabajo e incertidumbre profesional). Luego, se examinó que estos factores poseen homogeneidad de varianzas y se usó la evaluación post hoc Scheffe para conocer específicamente entre que profesionales existen diferencias significativas (tabla 4). Donde se aprecia que se encuentran diferencias de medias entre médicos y enfermeros, en el puntaje de estrés general, reconocimiento profesional, conflicto de trabajo e incertidumbre profesional, y, entre médicos y técnicos de enfermería en conflicto de trabajo.



## Discusión

En primer lugar, se analiza lo encontrado respecto al objetivo general, es decir, la relación entre el estrés ocupacional y las estrategias de regulación emocional. En segundo lugar, se discute el no haber encontrado diferencias referentes a la edad. En tercer lugar, se discute las diferencias en el uso de la reevaluación cognitiva encontrada entre hombres y mujeres; además, de los diferentes perfiles de correlación entre las variables del estudio para los hombres y las mujeres. En cuarto lugar, se analizan los resultados obtenidos relacionados con la profesión de los participantes.

En la presente investigación, la estrategia de reevaluación cognitiva estuvo relacionada directamente al estrés ocupacional general; es decir, a mayor estrés percibido hay un mayor uso de reevaluación cognitiva, y viceversa. Por un lado, esto difiere de diversos estudios donde se señala una relación negativa o indirecta, es decir, la reevaluación es vista como estrategia adaptativa ya que se vincula un mayor uso de esta con menores niveles de estrés y resultados positivos (Páez & da Costa, 2014; Demirtas, et al., 2015; Richardson, 2017). Sin embargo, a continuación, se presentan posibles argumentos mediante los cuales se podría explicar lo obtenido en el presente estudio.

Primero, actualmente parte de las investigaciones postula que la reevaluación cognitiva también podría tener costos ocultos asociados al esfuerzo cognitivo constante que requiere utilizar esta estrategia (Dixon-Gordon, Aldao & De Los Reyes, 2015; Suri, Whittaker, & Gross, 2014); ya que la reevaluación cognitiva implica la reinterpretación o replanteamiento de una situación, cambiando su significado o contenido emocional (Shermohammed, Mehta, Zhang, Brandes, Chang & Somerville, 2017; Troy, et al., 2013). Por esto, el estrés podría disminuir la eficacia de esta estrategia al alterar el funcionamiento de los sistemas neuronales prefrontales (Miklósi, Martos, Szabó, Kocsis-Bogár, & Forintos, 2014; Shermohammed, et al., 2017; Raio, et al., 2013). Asimismo, Raio, et al. (2013) señalan que para lograr una exitosa realización de este tipo de estrategia de regulación cognitiva; el adecuado funcionamiento ejecutivo y de la corteza prefrontal son primordiales. Sin embargo, ambos funcionamientos pueden verse afectados bajo situaciones de estrés. Dichos autores indican que esto es una paradoja, ya que ante situaciones estresantes donde la regulación de emociones es más necesaria, este tipo de regulación cognitiva puede ser ineficaz.

Segundo, se debe considerar la visión contextual de la regulación de las emociones, por la cual algunos estudios han señalado que es posible mejorar las estrategias de regulación emocional que se utilizan ya que una estrategia que es adaptativa

en un contexto puede resultar maladaptativa en otras situaciones (Blanco-Donoso, Garrosa, Demerouti & Moreno-Jiménez, 2016). Entre los factores que pueden influir al seleccionar el uso de una estrategia se señalan al tipo e intensidad de la emoción, y el grado de control de una situación. Es decir, la decisión de utilizar una estrategia de regulación varía e implica tanto las características del individuo como el contexto, el tipo de emoción, o la intensidad de la emoción (Dixon-Gordon, Aldao & De Los Reyes, 2015).

La capacidad de control de una situación; es decir, el grado en el que un individuo puede influir en el resultado de una situación, podría esclarecer lo obtenido pues se señala que la reevaluación puede ser adaptativa cuando los factores de estrés son incontrolables; es decir, cuando la persona tiene poco control sobre la situación, pero maladaptativa cuando se pueden controlar los factores de estrés; es decir cuando la persona puede cambiar la situación (Troy, Shallcross, & Mauss, 2013). Así, se plantea que una adaptación saludable dependerá de la flexibilidad al escoger una u otra estrategia para adaptarse a las demandas de una situación y no necesariamente de la estrategia en sí (Kashdan & Rottenberg, 2010).

Tercero, en la presente investigación al igual que en el estudio realizado por Brockman, Ciarrochi, Parker y Kashdan (2016) se encontró que la reevaluación predijo una mayor supresión (correlación directa entre ambas estrategias); de este modo tomando en cuenta dicho estudio se puede plantear que en algunos contextos la reevaluación cognitiva podría estar cumpliendo una función supresora de las emociones, lo que puede ser consistente con la visión de la reevaluación cognitiva en mayoría de enfoques de tratamientos psicoterapéuticos que se basan en *mindfulness* (atención plena). Por otro lado, Rubini (2016) quien realizó un estudio con una población similar indica que dado que un hospital psiquiátrico es un contexto que genera ansiedad; es posible que se requiera el uso de ambas estrategias de regulación emocional.

En cuanto a las cuatro fuentes de estrés estudiadas, tres mostraron relaciones directas con esta estrategia de reevaluación antes mencionada: responsabilidad del cuidado del paciente, conflicto de trabajo, y reconocimiento profesional (tabla 1).

Dadas las funciones examinadas en el contexto (anexo F), se aprecia que la responsabilidad del cuidado de los pacientes es transversal a todas las profesiones. En cuanto a los conflictos de trabajo; en un estudio de Sayed e Ibrahim (2012) se encontró que los conflictos interprofesionales, de modo particular entre médicos y enfermeras parece ser un problema mayor. Además, se halló que los conflictos con el supervisor y el administrador son la fuente de estrés laboral más relacionada con el conflicto laboral.

Martínez, Albores y Márquez (2012) indican que la baja calidad de liderazgo es un factor que contribuye a la presencia de síntomas cognitivo-conductuales del estrés; por esto, señalan que es importante establecer calidad de liderazgo en los hospitales, eliminar las estructuras jerárquicas y promover el trabajo en equipo. En lo que respecta al reconocimiento profesional; se aprecia que la falta de reconocimiento profesional y la condición de trabajo son las categorías más comunes de estresor entre las enfermeras (Sayed & Ibrahim, 2012), mientras que Rubini (2016) indica que las condiciones de trabajo específicamente para el personal de enfermería resulta inadecuadas en este contexto, pues se les adjudica gran parte de la responsabilidad de los pacientes, en ocasiones por la falta de la presencia regular de los médicos (Defensoría del Pueblo, 2009).

En cuanto a la edad, no se encontraron diferencias significativas en el uso de las estrategias de regulación emocional ni en el estrés laboral. Resultados de diversas investigaciones no son consistentes. Por un lado, según la teoría, a mayor edad habría un mayor uso de la estrategia de supresión (Nolen-Hoeksema & Aldao, 2011); sin embargo, los estudios que han determinado esto han trabajado con grupos diferenciados de edad como adultos jóvenes y adultos mayores (Urry, 2016). En línea con lo encontrado en el presente estudio, Smrtnik y Prosen (2016) realizan una investigación donde se comparó el uso de estrategias de regulación emocional en 194 adultos entre 20 y 65 años, y no hallaron diferencias referidas a la edad en el uso de estrategias de regulación emocional. Asimismo, en los niveles de estrés, Palacios y Paz (2014) no encontraron diferencias según edad, lo encontrado probablemente puede explicarse a que en el contexto de un hospital psiquiátrico se encuentran altas demandas emocionales, entonces, probablemente como indican Scheibe y Zacher (2013) la alta carga emocional regulatoria y el estrés crónico disminuyen o revierten las ventajas de la edad. En otras palabras, el contexto podría estar homologando a los trabajadores ante las diferentes situaciones que deben enfrentar, y, por esto, es posible que la población estudiada requiera las razones argumentadas para lograr un mejor funcionamiento.

En cuanto a lo obtenido por sexo, no se encontró diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto al estrés laboral, aunque si hubo diferencias en las estrategias que utilizan. Con respecto a no encontrar diferencias en las fuentes de estrés, aunque algunos estudios señalan que las mujeres tendrían mayor puntaje o niveles de estrés que los hombres (Yada, et al. 2014; Palacios & Paz, 2014); esto va en línea con los resultados del estudio de Sayed e Ibrahim (2012) en el que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el enfermero y la enfermera en relación con la fuente de estrés laboral. Sin embargo, en anteriores estudios el desequilibrio de

sexo se consideró como posible factor diferencial siendo el número de hombres mucho menor al de mujeres (Sayed & Ibrahim, 2012; Shin & Lee, 2016), por esto, en la presente investigación se buscó el equilibrio en la muestra general (49 hombres y 61 mujeres); sin embargo, se puede notar que la falta de equidad dentro de las profesiones respectivas puede estar influyendo en los resultados, ya que de los 25 médicos; 14 eran hombres y 11 eran mujeres; de los 40 enfermeros, 17 eran hombres y 23 eran mujeres, y, finalmente, de los 45 técnicos de enfermería, 18 eran hombres y 27 eran mujeres (anexo E).

En cuanto a la diferencia entre mujeres y hombres con respecto al uso de estrategias de regulación emocional, las mujeres puntúan en mayor medida en ambas estrategias. Esto difiere de lo planteado por Gross y John (2003), quienes indican que los hombres predominantemente utilizarían la supresión con mayor frecuencia. Por esto, se plantea que lo obtenido podría ir en relación con lo que se explica en párrafos anteriores sobre la correlación entre ambas estrategias; por consecuencia es probable que para las mujeres del contexto la reevaluación cognitiva podría estar cumpliendo una función supresora de las emociones (Brockman, Ciarrochi, Parker y Kashdan, 2016); además, el contexto podría hacer que se requiera el uso de ambas estrategias de regulación emocional (Rubini, 2016).

Para obtener mayor profundidad en lo obtenido, se analizan los perfiles diferenciales de asociación entre las variables del estudio para los hombres y las mujeres (tabla 3), los cuales indican que en las mujeres el estrés ocupacional tiende a asociarse directamente con la estrategia de supresión; en cambio, en los hombres, el estrés ocupacional tiende a asociarse directamente con la reevaluación. La existencia de resultados específicos según sexo apoyaría la tendencia a considerar esta variable como relevante, ya que en las mujeres a mayor percepción de estrés hay un mayor uso de supresión y viceversa. En cambio, en los hombres a mayor percepción de estrés existe un mayor uso de reevaluación y viceversa. En primer lugar, la psiquiatría ha sido considerada como una de las especialidades más estresantes (Liu, Wang & Zhao, 2015), es necesario considerar la especialidad dentro de la que laboran el personal ya que las tensiones experimentadas pueden variar y ser percibidas de modo distinto (Eells, Lacefield & Maxey, 1994). Además, Yada, Abe, Omori, Matsuo, Masaki, Ishida y Katoh (2014) señalan que en enfermería psiquiátrica, aunque no existen diferencias en los deberes laborales; si existen diferencias en la tendencia a participar en ciertas tareas en función del sexo.

Aunque Yada, et al. (2014) explican que en su estudio las mujeres tienden a dedicar más tiempo a relacionarse con los pacientes y a desarrollar relaciones de trabajo cooperativas con sus colegas; mientras que los hombres responden principalmente a pacientes agresivos. En el presente estudio los técnicos en enfermería en su mayoría mujeres (anexo E) se encuentran realizando labores relacionadas a responder ante

pacientes agresivos en períodos de agitación aguda, inquietud y otros síntomas psiquiátricos marcados; por esto es posible que las mujeres estén usando la supresión al ser una estrategia que reduce la cercanía emocional y no dar oportunidad de que surjan emociones intensas (Páez & da Costa, 2014). En cuanto a los hombres, en su mayoría médicos (anexo E) es probable que se vinculen con la reevaluación al ser los encargados del tratamiento por lo que es probable que discrepen en cuanto a la administración de atención psiquiátrica (reclusión y restricciones) y el tipo de atención que deben proporcionar y para afrontar este tipo de situaciones utilicen la reevaluación, que es vista como una estrategia de regulación de cambio cognitivo de una situación estresante (Páez & da Costa, 2014).

En cuanto a las profesiones de salud mental, es importante señalar que el personal de enfermería está conformado por enfermeras y por técnicas en enfermería; los enfermeros son profesionales con títulos universitarios, mientras que los técnicos, en algunos casos son vistos como personal no profesional o profesional a nivel técnico (anexo E).

En cuanto a las diferencias encontradas entre las profesiones, por un lado, se obtiene que los médicos perciben mayores niveles de estrés en comparación con enfermeros en cuanto al estrés general (tabla 4). En primer lugar, es probable que en cuanto a estrés general se tenga lo obtenido pues al examinar las funciones de los médicos (anexo F), se puede identificar que cumplen el rol de jefes y son responsables de lo que pueda ocurrir con los pacientes, del tratamiento y seguimiento farmacológico de los pacientes; es decir, son las personas con mayores conocimientos de los diagnósticos. Por otra parte, el que los enfermeros tengan menores niveles de estrés puede ser explicado por el estudio de García-Moran y Gil-Lacruz (2016) quienes indican que las enfermeras tienen mayores posibilidades de prevenir el estrés en comparación con médicos y auxiliares de enfermería debido a que tienen menos responsabilidad que los primeros y mayor autonomía laboral que los segundos. Además, en el caso de los médicos se señala que un empleado con un nivel educativo más alto tiene más nivel de estrés laboral (Eleni & Theodoros, 2010). Por esto, existe la posibilidad que diariamente se enfrenten a grandes presiones, en muchos casos, relacionadas con altas demandas emocionales al encontrarse en una relación profesional-paciente (Rodríguez, Moreno, De Rivas, Herrero, 2011).

Del mismo modo, se obtuvo que en las fuentes de estrés Reconocimiento Profesional, e Incertidumbre Profesional, los médicos percibían mayor estrés que

enfermeros (tabla 3). El *reconocimiento profesional* implica el sentimiento de que no se utilizan las habilidades al máximo, que no se permite tomar decisiones, además, de no recibir retroalimentación, respeto o reconocimiento, ni pago adecuado; y, el no poder compartir sentimientos y experiencias con colegas; mientras que *incertidumbre profesional* se refiere a tener preparación e información inadecuada para enfrentar las necesidades de los pacientes, dificultad en el trato con familiares de pacientes, y, el miedo a errar en el tratamiento. Esto se relaciona con que en el Perú, la Defensoría del Pueblo (2009) indica que la presencia de los médicos en los hospitales especializados es regularmente por las mañanas, mientras que el resto del día las enfermeras, técnicas de enfermería y un psiquiatra de guardia se encargan del cuidado de los pacientes. Además, en diversas ocasiones, las técnicas se quedan como responsables lo que conlleva a insuficiente personal a cargo, sobrecarga laboral e inadecuada supervisión. Por esto, podría existir la sensación de no estar usando el potencial académico al máximo, ni reconocimiento y, es posible que no se tenga conocimiento adecuado sobre las condiciones de los pacientes.

Por otro lado, se obtuvo que los médicos percibían mayores niveles de estrés relacionado con el conflicto de trabajo en comparación con los técnicos de enfermería, y en comparación con los enfermeros (tabla 4). Teniendo en cuenta que conflictos de trabajo hace referencia a conflictos con compañeros, esto podría estar asociado a la jerarquía laboral, ya que los médicos son los responsables de dar órdenes a enfermeras y técnicos. Además, estos conflictos también se refieren a no contar con suficiente personal, y es posible que esta sea la situación como se explicó anteriormente, siendo los médicos responsables formales de los pacientes (anexo F). En esta línea, Sayed e Ibrahim (2012) indican que los conflictos interprofesionales son un problema mayor entre médicos y enfermeras.

Por otro lado, en el caso de los técnicos de enfermería, al apreciar que la fuente de estrés donde obtienen mayor promedio (figura 4) es la fuente de responsabilidades del cuidado de paciente, resulta razonable puesto que el cumplimiento de sus funciones de trabajo implica mayor tiempo con los pacientes (Rubini, 2016) y son los encargados de manejar regularmente situaciones difíciles y de presiones fuertes (Flores et al., 2010). A su vez, al ser considerados como no profesionales, sus características del trabajo radican en una intensa carga laboral, escasa posibilidad de participación en decisiones y la percepción de un trabajo menos valorado, entre otras (Rojas & Ramos, 2013). Entonces,



es probable que de acuerdo con la profesión y labores que realizan el impacto difiera en las diferentes fuentes de estrés.

De esta manera, es importante indicar que la relación directa con el paciente puede verse afectada ya que los altos niveles de estrés y agotamiento pueden tener implicaciones potenciales en la calidad de la atención al paciente (Yang, Meredith & Khan, 2016). En líneas generales en cuanto a la atención de pacientes, MINSA (2005) consideró que existían problemas en el trato dado a los pacientes, ya que los profesionales de la salud mental podrían haber disminuido su empatía y respeto por estos, probablemente debido a que las técnicas para hacer frente a pacientes violentos no se han sistematizado adecuadamente en Perú. Esta situación puede ser similar a lo hallado en Japón, donde se indica que los enfermeros que brindan atención inapropiada a los pacientes pueden tener estados de ánimo negativos y reducir la confianza en su capacidad para atender a los pacientes (Yada, et. al, 2014). En el caso de un hospital psiquiátrico, Castillo (2013) encontró que la mayoría de las enfermeras presentan una forma moderada de estrés y desempeño laboral inadecuado, y que esto estaría generando poca empatía con los pacientes; se puede suponer que esto podría conllevar a relaciones interpersonales inadecuadas donde se trata a las personas como si fueran objetos impersonales (Cochachin, 2017).

Asimismo, el personal de enfermería debe enfrentar altas demandas emocionales en el trabajo, y la presencia de dificultades de regulación emocional podría aumentar las consecuencias negativas (Blanco-Donoso, Garrosa, Demerouti & Moreno-Jiménez, 2016). Sun, Lin, Zhang, Li y Cao (2017) afirman que trabajar en un hospital puede ser muy estresante, sobre todo para el personal de enfermería, debido a la pesada carga de trabajo, las relaciones interpersonales sensibles, la falta de apoyo de los supervisores, entre otros.

En resumen, el estrés laboral difiere según las características individuales y la posición laboral; como se mencionó anteriormente, la mayoría de los médicos de la muestra eran hombres, y la mayoría de las enfermeras y técnicas en enfermería de la muestra eran mujeres. De esta manera, los hallazgos sugieren que la regulación de la emoción y su efectividad pueden ser dependientes probablemente de la persona y el contexto; por lo que existe la necesidad de que se desarrollen más investigaciones donde se puedan examinar las posibles variables y factores contextuales que intervengan en lo explicado. Estos hallazgos implican que podría haber estrategias de regulación de la

emoción que mejoren después del estrés, mientras que otras estrategias pueden verse afectadas en condiciones estresantes (Kinner, Het, & Wolf, 2014).

Además, Rojas y Ramos (2013) indican que es importante el obtener mayor conocimiento sobre las condiciones laborales y el contexto laboral de personas no profesionales, puesto que estos tienen mayor el riesgo de desarrollar estrés y agotamiento emocional; además, señalan que los no profesionales presentan peor salud que los profesionales. Las estrategias de adaptación que promueven el ajuste personal y laboral, el reclutamiento de personas con mayor capacidad de inteligencia emocional en puestos con gran demanda emocional como la enfermería es importante (Karimi, Leggat, Donohue, Farrell & Couper, 2013). La capacitación en regulación emocional para reducir el estrés laboral por lo que puede ser primordial (Saedpanah, Salehi & Moghaddam, 2016) y puede servir para que los profesionales de la salud aprendan cómo modular mejor sus emociones (Luff, Martin, Mills, Mazzola, Bell & Meyer, 2016).

Con respecto a las limitaciones del estudio, en primer lugar, puede señalarse que la deseabilidad social puede haber influido en las respuestas, ya que los instrumentos utilizados son de tipo auto reporte y el personal de salud se encuentra siendo evaluado sobre lo que se espera de su trabajo. En segundo lugar, se considera que la muestra es relativamente pequeña y el contexto limitado pues los participantes eran de un solo hospital por lo que no es posible generalizar los resultados, de este modo diseños de estudios posteriores podrían incluir más instituciones. Es necesario mencionar que la información muestra únicamente lo que está sucediendo en el momento de la aplicación de los cuestionarios, y no sus causas. En tercer lugar, los eventos estresantes de la vida que pueden afectar el resultado no se examinaron en este estudio, ni se midió el nivel del impacto que puede tener la agresión ejercida por los pacientes, las técnicas de sujeción y violencia durante los años de servicio del personal de enfermería. Además, es posible que el considerar los momentos libres de los participantes y, así, diferir de momento y lugar durante las evaluaciones puede haber sido un factor diferencial. Finalmente, es importante considerar que el instrumento utilizado para medir las estrategias de regulación emocional mide únicamente dos estrategias, en estudios posteriores puede plantearse el uso de instrumentos que evalúen un mayor número de estrategias.

Por otra parte, la estrategia de supresión contó con una confiabilidad baja (.59), y se considera que esto puede estar siendo determinado por las profesiones, al tomar en cuenta que, dentro de los grupos de profesionales, el personal técnico en enfermería tiene la menor confiabilidad; siendo 25 médicos obtienen .76, 40 los enfermeros .60 y 45 los

técnicos de enfermería .47. En el caso del personal técnico el ítem “cuando estoy sintiendo emociones negativas, me aseguro de no expresarlas”, es el ítem que en caso se eliminase elevaría la confiabilidad, por lo que, probablemente puede tener una carga de deseabilidad alta, al ser lo que se espera que se haga, y al ser una evaluación donde el personal técnico es de más baja jerarquía puede haber influenciado para que no sea contestado de manera sincera.

Por último, se recomienda continuar con investigaciones en los profesionales de la salud mental dada la importancia de su labor al servicio de las personas. Así mismo, es necesario llevar a cabo otras investigaciones que permitan estudiar el estrés en los profesionales de la salud, pues estos son considerados como vulnerables a tener problemas vinculados a la sobrecarga emocional que trae consigo el trabajo en salud mental y otras condiciones de trabajo poco favorables. Además, esta situación de tensión puede acentuarse en las instituciones en las que existen sistemas de jerarquización institucional, conflictos de roles, sobrecarga, desaprovechamiento de sus habilidades y salarios insuficientes (Paris, 2015). Sumadas a estas dificultades, se tiene que temas relacionados al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, como el estrés laboral, no son vistos como prioridad (La República, 2017). Por esto, la importancia en este tipo de investigaciones radica en contribuir a una mejor comprensión de la regulación de las emociones en el ámbito laboral, así como, sus posibles implicaciones prácticas.

Asimismo, Kinner, Het, y Wolf (2014) indican que con la contribución de estudios en el futuro es posible que se pueda examinar las características de las estrategias de regulación emocional que son especialmente efectivas con relación al estrés. Por último, esto puede ser diferencial por tipo de trabajo, ya que de acuerdo a las labores que el personal cumple el estrés laboral tiene diferentes fuentes y niveles que pueden medirse y compararse para notar la manera de reducir el estrés (Shin & Lee, 2016); Da Costa y Pinto (2017) señalan que realizar una evaluación continua de los profesionales de la salud mental puede contribuir al establecimiento de estrategias que tengan como fin prevenir y minimizar situaciones que generen estrés.

## Referencias

- Blanco-Donoso, L. M.; Garrosa, E.; Demerouti, E. & Moreno-Jiménez, B. (2016). Job resources and recovery experiences to face difficulties in emotion regulation at work: a diary study among nurses. *International Journal of Stress Management*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/str0000023>
- Brockman, R.; Ciarrochi, J.; Parker, P. & Kashdan, T. (2016). Emotion regulation strategies in daily life: mindfulness, cognitive reappraisal and emotion suppression. *Cognitive Behaviour Therapy*, DOI: 10.1080/16506073.2016.1218926
- Castillo, A. (2013). *Síndrome de burnout y desempeño laboral del enfermero en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera*. (Tesis de Licenciatura). Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza- Universidad Ricardo Palma, Lima.
- Chirino, A. & Hernández, E. (2015). Comunicación afectiva y manejo de las emociones en la formación de profesionales de la salud. *Educación Médica Superior*, 29(4), 872-879.
- Chou, L.P.; Li, C.Y. & Hu, S.C. (2014). Job stress and burnout in hospital employees: comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan. *BMJ Open*, 4. doi:10.1136/bmjopen-2013-004185
- Cochachin, D. (2017). *Síndrome de Burnout y su relación con el perfil sociodemográfico en enfermeras que laboran en un hospital nacional especializado de salud mental y psiquiatría*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Da Costa, B.R.C & Pinto, I.C.J.F. (2017). Stress, Burnout and Coping in Health Professionals: A Literature Review. *J Psychol Brain Stud*, 1(1), 1-8. Recuperado de <http://www.imedpub.com/articles/stress-burnout-and-coping-in-healthprofessionals-a-literature-review.pdf>
- Dahling, J. & Perez, L. (2010). Older worker, different actor? Linking age and emotional labor strategies. *Personality and Individual Differences*, 48, 574–578.
- Defensoría del Pueblo (2009). *Salud Mental y Derechos Humanos Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables (2da Ed.)*. Serie Informes Defensoriales – Informe N°140. Lima: Defensoría del pueblo. Recuperado de <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/05/informe-defensorial-140-vf.pdf>

- Demirtas, O.; Ozdevecioglu, M. & Capar, N. (2015). The relationship between cognitive emotion regulation and job stress: moderating role of social support. *Asian social science*, 11(12), 168-173.
- 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, 271–276. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2015.06.011>
- Doerwald, F., Scheibe, S., Zacher, H., & Van Yperen, N. W. (2016). Emotional competencies across adulthood: State of knowledge and implications for the work context. *Work, Aging And Retirement*, 2, 159–216. <http://dx.doi.org/10.1093/workar/waw013>
- Eells, T.; Lacefield, P. & Maxey, J. (1994). Symptom correlates and factor structure of the health professions stress inventory. *Psychological Reports*, 75, 1563-1568.
- Eleni M. &Theodoros, C., (2010): Sources and effects of work-related stress in nursing, *Health Science Journal*, 4(42), 210-216.
- Filho, A.M. & Araujo, T.M. (2015). Occupational stress and mental health of the professionals of the medical specialities Center of Aracaju. *The delete Educ Health*, 13(1), 177-199. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00016>
- 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.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.
- García-Moran, M. & Gil-Lacruz, M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Persona*, (19), 11-30.
- Gargurevich, R. & Matos, L. (2010). Propiedades psicométricas del cuestionario de autorregulación emocional adaptado para el Perú (ERQP). *Revista Psicológica*, 12, 192-215.
- Goldblatt, H.; Freund, A.; Drach-Zahavy, A.; Enosh, G., Peterfreund, I.; Edlis, N. (2017). Providing health care in the shadow of violence: does emotion regulation vary among hospital workers from different professions? *Journal of Interpersonal Violence*, 1-26. doi: 10.1177/0886260517700620.

- Grandey, A. (2000). Emotion regulation in the workplace: a new way to conceptualize emotional labor. *Journal Occupational Health Psychology*, 5(1), 95-110.
- Gross, J.J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(5), 271-299.
- Gross, J.J. (2013). Emotion Regulation: Taking Stock and Moving Forward. *Emotion*, 13(3), 359–365.
- Gross, J.J. (2014). Chapter 1: Emotion Regulation: Conceptual and empirical foundations. In Gross, J.J. (Ed.). *Handbook of Emotion Regulation 2° Edition* (pp. 3-20). New York: The Guilford Press.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: current status and future prospects, psychological inquiry. *An international journal for the advancement of psychological theory*, 26(1), 1-26.
- Gross J.J. & Jazaieri, H. (2014). Emotion, Emotion Regulation, and Psychopathology: An Affective Science Perspective. *Clinical Psychological Science*, 2(4) 387–401. Recuperado de <http://cpx.sagepub.com/content/2/4/387>
- 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. J. & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En J. J. Gross (Ed.). *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York: The Guilford Press
- Guillemin, M. & Gillam, L. (2015). Emotions, Narratives, and Ethical Mindfulness. *Academic Medicine*, 90(6), 726-731. doi:10.1097/ACM.0000000000000709
- Gupchup, G.V. & Wolfgang, A.P. (1994). The health professions stress inventory: factor structures for pharmacists. *Perceptual and Motor Skills*, 79, 515-519. Recuperado de <http://pms.sagepub.com/content/79/1/515.full.pdf+html>
- Haugvaldstad, M. & Husum, T. (2016). Influence of staff's emotional reactions on the escalation of patient aggression in mental health care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 49, 130-137.
- Hernández, J. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(2), 103-110. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662003000200002&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000200002&lng=es&tlng=es).

- Hochschild, A.R. (1983). *The managed heart: commercialization of human feeling*. Berkeley: University of California Press. ISBN 978-0-520-05454-7.
- Hsieh, C.W. (2014). Burnout among public service workers: the role of emotional labor requirements and job resources. *Review of Public Personnel Administration*, 34(4), 379–402. DOI: 10.1177/0734371X12460554.
- Ito, S., Fujita, S., Seto, K., Kitazawa, T., Matsumoto, K. & Hasegawa, T. (2014). Occupational stress among healthcare workers in Japan. *Work*, 49 (2), 225-234.
- Iyi, O. (2015). *Stress Management and Coping Strategies among Nurses: A Literature Review*. (Tesis de licenciatura). Arcada University of Applied Sciences, Finlandia.
- Jeung, D.Y., Kim, C., & Chang, S.J. (2018). Emotional Labor and Burnout: A Review of the Literature. *Yonsei Medical Journal*, 59(2), 187–193. <http://doi.org/10.3349/ymj.2018.59.2.187>
- John, O. P. & Gross, J. J. (2004). Healthy and Unhealthy Emotion Regulation: Personality Processes, Individual Differences, and Life Span Development. *Journal of Personality*, 72, 1301–1334.
- Johnson, S.; Machowski, S; Holdsworth, L; Kern, M.; Zapf, D. (2017). Age, emotion regulation strategies, burnout, and engagement in the service sector: Advantages of older workers. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 33, 205-216.
- Karimi, L.; Leggat, S.G.; Donohue, L.; Farrell, G. & Couper, G.E. (2013). Emotional rescue: the role of emotional intelligence and emotional labour on well-being and job-stress among community nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 1-13. doi:10.1111/jan.12185
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30, 865–878. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Kinner, V. L., Het, S., & Wolf, O. T. (2014). Emotion regulation: exploring the impact of stress and sex. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8, 397. <http://doi.org/10.3389/fnbeh.2014.00397>
- Lawrence, S. A., Troth, A. C., Jordan, P. J., & Collins, A. L. (2011). A review of emotion regulation and development of a framework for emotion regulation in the workplace. *Research in Occupational Stress and Well-being*, 9, 197-263. [http://dx.doi.org/10.1108/S1479-3555\(2011\)0000009010](http://dx.doi.org/10.1108/S1479-3555(2011)0000009010)
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

- Liu, C.; Wang, L. & Zhao, Q. (2015). Factors related to health-related quality of life among Chinese psychiatrists: occupational stress and psychological capital. *Health Services Research, 15*(20), 1-10. DOI 10.1186/s12913-015-0677-7.
- Lu, D. M., Sun, N., Hong, S., Fan, Y. Y., Kong, F. Y., & Li, Q. J. (2015). Occupational stress and coping strategies among emergency department nurses of China. *Archives of Psychiatric Nursing, 29*(4), 208-212.
- Luff, D., Martin, E.B; Mills, K., Mazzola, N.M.; Bell, S.K. & Meyer, E.C. (2016). Clinicians' strategies for managing their emotions during difficult healthcare conversations. *Patient Education and Counseling, 99*(9), 1461-1466. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.017>
- Măirean, C. (2016). Emotion Regulation Strategies, Secondary Traumatic Stress, and Compassion Satisfaction in Healthcare Providers, *the Journal of Psychology, 150*:8, 961-975, DOI: 10.1080/00223980.2016.1225659
- Martínez, MM; Albores, L. & Márquez, ME. (2012). La integridad mental del personal clínico de un hospital psiquiátrico, asociada a una alta exigencia emocional y a la organización nociva del trabajo. *Salud Mental, 35*(4), 297-304.
- Medrano, L., Moretti, L., Ortiz, A., & Pereno, G. (2013). Validación del Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva en Universitarios de Córdoba, Argentina. *Psyche, 22*(1), 83-96.
- Miguel de Priego, W. (2014). *Ansiedad y autorregulación emocional en acogedores de Lima*. (Tesis de licenciatura en psicología). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Miklósi, M.; Martos, T.; Szabó, M.; Kocsis-Bogár1, K. & Forintos, D. (2014). Cognitive emotion regulation and stress: a multiple mediation approach. *Translational Neuroscience, 5*(1), 64-71. DOI: 10.2478/s13380-014-0207-9.
- 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).
- Nolen-Hoeksema, S., & Aldao, A. (2011). Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences, 51*(6), 704-708. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2011.06.012>
- Organización Internacional del Trabajo - OIT. (2016). *Estrés en el trabajo: un desafío colectivo*. Centro Internacional de Formación de la OIT, Italia.



- Osorio, J.E. & Cárdenas, L. (2017). Estrés laboral: estudio de revisión. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 13(1), 81-90.
- Palacios, M. & Paz, M. (2014). Condiciones de trabajo, estrés y manifestaciones psicosomáticas en médicos de hospitales de la ciudad de México. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 60 (235), 322-334.
- Palacios, M.E; Morán, I.C. & Paz, M.P. (2014). Validación del inventario de Wolfgang en médicos mexicanos. Medición del estrés laboral en hospitales. *Revista Mexicana de Salud en el Trabajo*, 6(16): 62-68. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/270582703\\_Validacion\\_del\\_inventario\\_de\\_Wolfgang\\_en\\_medicos\\_mexicanos](https://www.researchgate.net/publication/270582703_Validacion_del_inventario_de_Wolfgang_en_medicos_mexicanos)
- Paris, L.E. (2015). *Estrés laboral en trabajadores de la salud*. Buenos Aires: Teseo, Universidad Abierta Interamericana.
- Páez, D. & da Costa, S. (2014). Regulación afectiva (de emociones y estado de ánimo) en el lugar de trabajo. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 14(2), 190-203. Recuperado de <http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/rpot/index>
- Perchtold, C.M, Papousek, I., Fink, A., Weber, H., Rominger, C. & Weiss, E.M. (2019). Gender differences in generating cognitive reappraisals for threatening situations: reappraisal capacity shields against depressive symptoms in men, but not women. *Front. Psychol.* 10:553. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00553
- Raio, C.M; Orederu, T.A.; Palazzolo, L., Shurick, A.A. & Phelps, E.A. (2013). Cognitive emotion regulation fails the stress test. *PNAS*, 110 (37), 15139-15144.
- Raj, A. (2015). Job stress among staff nurses working in critical care units and their socio-demographic correlates: a cross sectional survey. *Global Journal for Research Analysis*, 4(12), 334-35.
- Regulación emocional basada en Mindfulness - REM. (s.f). *REM, volver a casa*. Recuperado de <http://remvolveracasa.com/>
- Richardson, C. (2017). Emotion regulation in the context of daily stress: Impact on daily affect. *Personality and Individual Differences*, 112, 150–156. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2017.02.058>
- Rodríguez, R.; Moreno, B.; De Rivas, S.; Herrero, M. (2011). Recursos personales positivos en la relación con el paciente: las estrategias de regulación emocional. *Norte de salud mental*, 9(41), 38-48.

- Rojas, M. & Ramos, N. (2013). Salud, optimismo y afrontamiento en trabajadores profesionales y no profesionales que trabajan en contextos altamente estresantes. *Acta colombiana de psicología*, 16 (1), 149-157.
- Rubini, C. (2016). *Ansiedad y regulación emocional en personal de enfermería psiquiátrica* (Tesis de licenciatura en psicología). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Saedpanah, D., Salehi, S., & Moghaddam, L. F. (2016). The effect of emotion regulation training on occupational stress of critical care nurses. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(12). doi: 10.7860/JCDR/2016/23693.9042
- Santos, A.F.O. & Cardoso, C.L. (2010). Mental health professionals: occupational stressors stress and mental health. *Psicologia em Estudo*; 2(15):245-253.
- Sayed, H. Y. & Ibrahim, M.M. (2012). Stressors among nursing staff working in intensive care unit in governmental and non-governmental hospitals at Makkah Al-Moukarramah, KSA. *Journal of American Science*, 8(6), 25 - 31.
- Scheibe, S. & Zacher, H. (2013). A lifespan perspective on emotion regulation, stress and well-being in the workplace. *Research in Occupational Stress and Well Being*, 11, 163-193.
- Sheppes, G.; Suri, G. & Gross, J. (2015). Emotion Regulation and Psychopathology, *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 379-405, Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=2588401>
- Shermohammed, M; Mehta, P.; Zhang, J.; Brandes, C.; Chang, L. & Somerville, L. (2017). Does Psychosocial Stress Impact Cognitive Reappraisal? Behavioral and Neural Evidence. *Journal of Cognitive Neuroscience*, AOP, 1–14. DOI:10.1162/jocn\_a\_01157
- Shin, S.Y. & Lee, S.G. (2016) Effects of Hospital Workers' Friendship Networks on Job Stress. *PLOS ONE*, 11(2), 1-15. DOI: 10.1371/journal.pone.0149428
- Sihag, A. & Bidlan, J.S. (2014). Coping with occupational stress and burnout in healthcare. *Indian Journal of Positive Psychology*, 5(3), 325-328.
- Smrtnik, H. & Prosen, S. (2016) Coping and emotion regulation strategies in adulthood: specificities regarding age, gender and level of education. *Druš. Istraž. Zagreb God.*, 25(1), 43 -62. DOI:10.5559/di.25.1.03
- Spooner, R. & Patton, W. (2007). Determinants of burout amog public hospital nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 8-16.

- Sun, J.W.; Lin, P.Z.; Zhang, H.H, Li, J.H. & Cao, F.L. (2017). A non-linear relationship between the cumulative exposure to occupational stressors and nurses' burnout and the potentially emotion regulation factors, *Journal of Mental Health*, 1-7. DOI:10.1080/09638237.2017.1385740
- Suri, G., Whittaker, K. & Gross, J. (2014). Launching reappraisal: It's less common than you might think. *Emotion*. DOI: 10.1037/emo000001
- Tabak, N, Orit K. (2007). Relationship between how nurses resolve their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 15, 321-31.
- Thompson, R.A. (1994). Emotional regulation: A theme in search for definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25–52.
- Troy, A. S., & Mauss, I. B. (2011). Resilience in the face of stress: Emotion regulation ability as a protective factor. In S. Southwick, D. Charney, M. Friedman, & B. Litz (Eds.), *Resilience to stress* (pp.30-44). Cambridge University Press. Recuperado de: [https://www.ocf.berkeley.edu/~eerlab/pdf/papers/2011\\_Troy\\_Resilience\\_in\\_the\\_face\\_of\\_stress.pdfv](https://www.ocf.berkeley.edu/~eerlab/pdf/papers/2011_Troy_Resilience_in_the_face_of_stress.pdfv)
- Troy, A. S., Shallcross, A. J., & Mauss, I. B. (2013). A person-by-situation approach to emotion regulation: Cognitive reappraisal can either help or hurt, depending on the context. *Psychological Science*, 24, 2505–2514. DOI: 10.1177/0956797613496434.
- Wang, M. & Saudino, K. (2011). Emotional regulation and stress, *Emotion Regulation and Stress Journal of Adult Development*. 18, 95-103. DOI: 10.1007/s10804-010-9114-7
- Wolfgang, A.P. (1988). The health professions stress inventory. *Psychological Reports*, 62, 220-2. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3363060>.
- Yada, H.; Lu, X.; Omori, H.; Abe, H.; Matsuo, H.; Ishida, Y. & Katoh, T. (2015). Exploratory study of factors influencing job-related stress in japanese psychiatric nurses. *Nursing Research and Practice*, 1-7. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/805162>
- 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

- Yang, S., Meredith, P., & Khan, A. (2015). Stress and burnout among healthcare professionals working in a mental health setting in Singapore. *Asian Journal of Psychiatry, 15*, 15–20.
- Zarolia, P., McRae, K. & Gross, J.J. (2015). Emotion Regulation. In R. Scott & S. Kosslyn (Eds.), *Emerging Trends in the Social and Behavioral Sciences: An Interdisciplinary, Searchable and Linkable Resource*. DOI:10.1002/9781118900772.etrds0112



**Anexo A**  
**Ficha Sociodemográfica**

Edad: \_\_\_\_\_ años

Sexo: F  M

Estado civil: Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)   
Conviviente  Separado(a)  Otro: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de residencia en Lima: \_\_\_\_\_ Tiempo de residencia en Lima: \_\_\_\_\_

Grado de instrucción: Técnico completo  Superior incompleto   
Superior completo  Otro: \_\_\_\_\_

¿Tiene hijos? Si  No  Número de hijos: \_\_\_\_\_

Profesión: Médico  Enfermero(a)  Técnico(a) de enfermería

Pabellón en el que trabaja actualmente:

Pabellón 1  Pabellón 2  Pabellón 4  Pabellón 5  Pabellón 8

Pabellón 9  Pabellón 12-13  Pabellón 20  Psiquiatría Forense

Unidad de Cuidados Especiales (UCE)  Emergencias

Consulta externa adultos  Consulta externa niños y adolescentes

Años de profesión: \_\_\_\_\_ Tiempo de servicio en el hospital: \_\_\_\_\_

Número de horas que trabaja a la semana: \_\_\_\_\_

## Anexo B Consentimiento Informado

Yo, \_\_\_\_\_, acepto que Mariela Fuentes Mejia de la Especialidad de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú, pueda aplicarme las siguientes pruebas: “Inventario de Estrés para Profesionales de la Salud” (IEPS)” (Wolfgang, 1988) 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 los profesionales de la salud mental 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 2016

\_\_\_\_\_  
Firma del (de la) participante

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

## Anexo C

### Confiabilidad Estrategia Supresión por profesión

Tabla C.1

*Estrategia de Supresión ( $\alpha = .59$ )*

	Médicos ( $\alpha = .76$ );		Enfermeros ( $\alpha = .60$ )		Técnicos ( $\alpha = .47$ )	
	Correlación total de elementos corregida	Alfa si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa si el elemento se ha suprimido
ERQP_S2	.54	.72	.43	.49	.20	.46
ERQP_S4	.49	.74	.41	.50	.33	.34
ERQP_S6	.70	.62	.49	.43	.47	.20
ERQP_S9	.53	.72	.21	.65	.11	.53

“S6: Controlo mis emociones no expresándolas”, es el que mayor peso de confiabilidad brinda a la escala pues en caso de ser suprimido la escala bajaría a .20 en confiabilidad. Este ítem es el que directamente explica la definición de la estrategia supresión.

En cambio el ítem “S9: Cuando estoy sintiendo emociones negativas, me aseguro de no expresarlas”, este es el ítem que en caso se eliminase se podría elevar la confiabilidad. De este modo, probablemente puede tener una carga de deseabilidad alta, al ser lo que se espera que se haga, y al ser una evaluación donde el personal técnico es de más baja jerarquía puede haber influenciado para que no sea contestado de manera sincera.

## Anexo D

### Confiabilidad Conflicto de Trabajo

Tabla D.1

*Investigaciones pasadas de Inventario de Estrés de Wolfgang*

Áreas de Inventario de Estrés de Wolfgang	Estudio actual (2018)	Akhtar, S. & Lee, J. (2002)	Gupchup & Wolfgang (1994)
Conflicto de Trabajo	.62	.70	.76
Responsabilidad por el cuidado del paciente	.74	.61	.74
Reconocimiento Profesional	.82	.78	.84
Incertidumbre Profesional	.72	.80	.77

Tabla D.2

*Conflicto de trabajo CT (área de IEW) ( $\alpha = .62$ )*

	Médicos ( $\alpha = .66$ )		Enfermeros ( $\alpha = .48$ )		Técnicos ( $\alpha = .62$ )	
	Correlación total de elementos corregida	Alfa si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa si el elemento se ha suprimido
CT1	.50	.59	.55	.33	.35	.59
CT2	.07	.68	.26	.43	.30	.60
CT9	.37	.64	.25	.44	.26	.61
CT10	.51	.60	.36	.40	.12	.63
CT15	.50	.59	-.01	.54	.30	.60
CT21	.00	.73	.32	.39	.50	.53
CT22	.52	.59	.14	.48	.48	.54
CT24	.46	.61	.10	.50	.22	.62

Los enfermeros son el grupo que tiene más baja confiabilidad:

“C1: Tener tanto trabajo que no todo puede estar bien hecho”

“C21: No tener suficiente personal para proveer adecuadamente los servicios necesarios”

En caso de eliminar estos ítems la confiabilidad bajaría, se consideran como bases de la definición de la escala

En cambio el “C15: Supervisar el desempeño de compañeros de trabajo”. Supervisión es una de las funciones principales de enfermería (anexo F), al ser enfermeras se encuentran a cargo de la supervisión de todas las técnicas de enfermería. Debido a que este ítem puede significar cierta carga de deseabilidad al traducirse como estrés su principal función puede haber sido tratado con suspicacia y no total sinceridad.



## Anexo E

### Porcentaje de mujeres y hombres por profesión

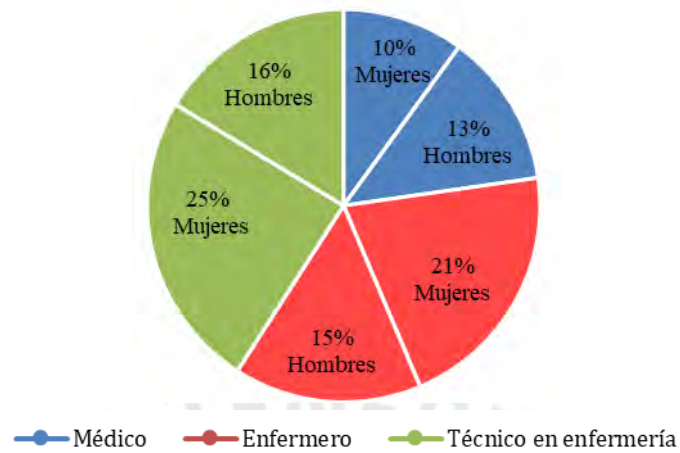


Figura E.1 Porcentaje de mujeres y hombres por profesión

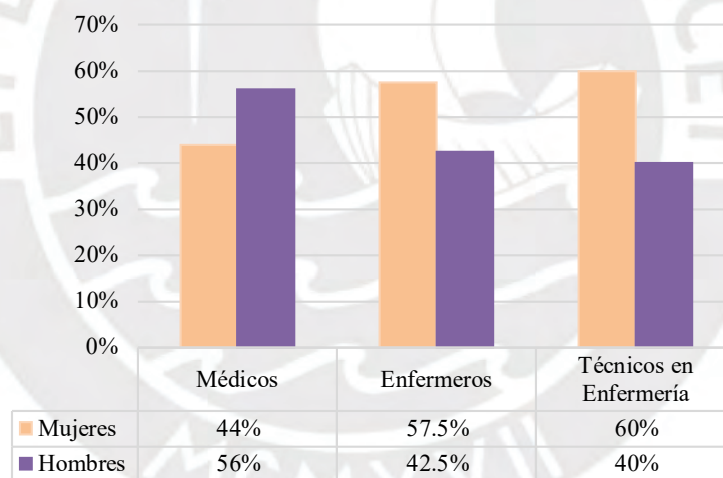


Figura E.2 Porcentaje de profesiones, con detalle de hombres y mujeres

## Anexo F

### Funciones por profesión de acuerdo a HVLH

	<b>Médico</b>	<b>Enfermero(a)</b>	<b>Técnicos en enfermería</b>
<b>Función básica</b>	Coordinar y supervisar el desarrollo de las actividades asistenciales y administrativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificar, ejecutar y evaluar la atención integral de enfermería con frecuencia continua y personalizada considerando los tres niveles de atención</li> <li>- Brindar cuidados de enfermería identificando las necesidades y/o problemas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realiza las actividades programadas según necesidades del servicio asignadas por el personal profesional de enfermería del servicio.</li> <li>- Aplica técnicas y métodos vigentes en la atención directa de los pacientes hospitalizados supervisados por la enfermera del servicio</li> <li>- Moviliza y enseña al paciente a la aplicación de su autocuidado.</li> </ul>
<b>Atribución a cargo</b>	Supervisión, control y evaluación de los procesos	Coordinar las acciones de enfermería con los planes de atención médica, campo docente, servicio de apoyo y otros sectores de la comunidad a fin de proporcionar una atención integral en la salud.	Ninguna
<b>Funciones específicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordinar los procesos de atención a los pacientes en consultorios externos.</li> <li>- Supervisar el desarrollo de las actividades</li> <li>- Examinar, diagnosticar y prescribir tratamientos psiquiátricos.</li> <li>- Asesorar al personal en el ámbito de la especialidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Supervisar actividades de enfermería en el servicio asistencial</li> <li>- Brindar cuidados de enfermería y aplicar terapéutica médica.</li> <li>- Establecer el Rol de turnos del personal de enfermería y supervisar su cumplimiento.</li> <li>- Evaluar la calidad y continuidad de la atención que brindan los servicios a su cargo.</li> <li>- Participar en la supervisión y evaluación del personal técnico y auxiliar de enfermería a su cargo.</li> <li>- Supervisar y evaluar la calidad y continuidad de la atención que brinda el enfermero asistencial y el personal técnico de enfermería.</li> <li>- Prestar atención a pacientes aplicando tratamientos especializados.</li> <li>- Mantener una constante comunicación, adecuadas relaciones interpersonales con el equipo de salud mental, a fin de potencialidad y garantizar la óptima atención del paciente psiquiátrico, familia y comunidad.</li> <li>- Participar en situaciones de urgencia como miembro del equipo terapéutico en los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación del paciente del sector a su cargo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar técnicas y métodos vigentes más complejos en la atención directa de pacientes hospitalizados y/o ambulatorios, bajo indicación y/o supervisión profesional</li> <li>- Realizar el control de pacientes con medicación, según indicación profesional</li> <li>- Puede corresponderle brindar apoyo directo al médico en los exámenes clínicos.</li> <li>- Realizar y entregar el reporte del servicio en forma verbal y escrita no pudiéndose retirar si no hubiere su reemplazo</li> <li>- Participar en la ronda de enfermería bajo la dirección de la enfermera</li> <li>- Proporcionar seguridad y protección al paciente psiquiátrico, alejando de su alcance objetos cortantes, tóxicos y de todo material con que pueda causar daño y autoagredirse.</li> <li>- Vigilar en forma permanente a los pacientes delicados y con tratamientos especiales: electroshock, tratamiento parenteral y otros; asegurando la comodidad y confort durante las 24 horas del día.</li> <li>- Participar en terapias psicoeducacionales designadas por la enfermera.</li> <li>- Observar las conductas del paciente en las diferentes actividades e informar a la enfermera en forma objetiva y oportuna.</li> <li>- Utilizar la persuasión y colaborar con la enfermera en las intervenciones de protección (sujeción mecánica en pacientes con agitación o en situaciones de emergencia).</li> <li>- Brindar apoyo a la enfermera en la administración de tratamiento farmacológico, procedimientos especiales y control de funciones</li> <li>- Registrar las licencias, altas, visitas de los pacientes.</li> <li>- Mantener buenas relaciones interpersonales con los pacientes, la familia y el equipo terapéutico</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia, adaptado de un Hospital Psiquiátrico – Instituto Nacional de Salud Mental

## Anexo G

### Correlaciones entre IEPS Y ERQP por Profesiones

Se segmentó la población general por profesiones. En la población de Médicos y Técnicos de enfermería no se presentan correlaciones significativas entre IEPS y ERQP. En cambio, en la población de enfermeros se encontraron las correlaciones mostradas en la tabla G.1.

Tabla G.1

*Correlaciones entre IEPS Y ERQP en enfermeros*

	Reevaluación	Supresión
Estrés General	.33*	-
Reconocimiento Profesional (RP)	-	-
Responsabilidad Cuidado del Paciente (RCP)	.35*	-
Conflictos de Trabajo (CT)	.37*	.46**
Incertidumbre Profesional (IP)	-	-

N = 40

\* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$

Además, en la muestra de enfermeros se halló una correlación directa entre reevaluación y supresión ( $r=.43$ ,  $p < .01$ ); y en la muestra de técnicos de enfermería se encontró una correlación directa entre reevaluación y supresión ( $r=.39$ ,  $p < .01$ ).