

Validación de la “Escala de Estrés de Enfermería” (NSS), de Gray-Toft y Anderson

José Ángel López Fernández

AUTOR: José Ángel López Fernández

jalopez@cop.es

<http://www.cop.es/colegiados/T-00921/jal.htm>

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Validación de la “Escala de Estrés de
Enfermería” (NSS), de Gray-Toft y
Anderson

2002

MEMORIA DE LICENCIATURA

REALIZADA POR:

D. José Ángel López Fernández

DIRIGIDA POR:

Dr. D. Félix Pérez Quintana

Departamento de Psicología Cognitiva, Social y Organizacional

*Para hacer que un gran sueño se convierta en realidad
el primer requisito es tener una gran capacidad para soñar;
lo segundo es tener fe en el sueño.*

H. Selye, "The Stress of Life", 1956.

A MI FAMILIA

AGRADECIMIENTOS

Detrás de todos estos documentos finalmente presentados hay muchas horas de trabajo, de conversaciones, de idas y venidas, de café; mucho material consultado, más el desechado que el aprovechado; mucho esfuerzo útil y muchas exploraciones infructuosas; mucho estrés y también muy buenos momentos; muchas personas, que siempre han puesto su granito de arena o verdaderas montañas.

Es la punta del iceberg. Y casi toda esa masa ingente del iceberg queda bajo la superficie, sin encontrar aparentemente una forma adecuada de ser reconocida, pero siendo al mismo tiempo esencial para que aquella punta no sólo pueda asomar sino que pueda mantenerse allá arriba. Con estos agradecimientos sólo ponemos algo de luz sobre esa punta que asoma, conscientes que mucho más queda por decir:

A mi director de trabajo, Dr. D. Félix Pérez Quintana, por su estilo de llevar las cosas, por el constante apoyo ofrecido más allá de la función de dirección.

Al Dr. D. Luis Díaz Vilela, por su disponibilidad.

A mi familia, por el apoyo prestado mucho antes y durante, y por las valiosas horas que cedieron del tiempo que debíamos pasar juntos para que pudiera finalizar este trabajo.

Al personal administrativo de la Universidad que ha aportado su granito de arena para llevar a buen puerto estas hojas, cuando vivimos tiempos de cambio y reorganización.

A todos los investigadores que antes de mí han colocado ahí su conocimiento

para hacer posible que fuera aprovechado por los demás, así como a los participantes en esta investigación.

ÍNDICE

1	MARCO TEÓRICO	6
1.1	<i>Introducción.</i>	6
1.2	<i>El estrés</i>	7
1.2.1	<i>La medida del estrés</i>	9
1.2.2	<i>Estrés en el trabajo</i>	13
1.3	<i>Estrés en enfermería</i>	17
1.3.1	<i>Relaciones de estrés con otras variables</i>	20
1.3.1.1	<i>Satisfacción</i>	20
1.3.1.2	<i>Carga de trabajo</i>	21
1.3.1.3	<i>Compromiso con la organización</i>	22
1.3.1.4	<i>Conflicto y ambigüedad de rol</i>	22
1.3.1.5	<i>Ansiedad</i>	22
1.3.2	<i>Instrumentos de medida del estrés usados en enfermería</i>	23
1.4	<i>"Nurse Stress Scale"</i>	26
1.4.1	<i>Construcción de la escala original</i>	26
1.4.2	<i>Usos y otros estudios de la NSS</i>	28
2	OBJETIVOS	32
3	HIPÓTESIS	32

4	MÉTODO	33
	4.1 <i>Sujetos</i>	33
	4.2 <i>Instrumentos</i>	34
	4.3 <i>Procedimiento</i>	35
5	RESULTADOS	37
	5.1 <i>Estudio descriptivo de los ítems</i>	37
	5.2 <i>Validez interna</i>	41
	5.2.1 <i>Análisis factorial</i>	41
	5.2.1.1 <i>Matriz de correlaciones</i>	41
	5.2.1.2 <i>Factorización</i>	42
	5.2.2 <i>Consistencia interna</i>	49
	5.3 <i>Validez externa</i>	50
	5.3.1 <i>Correlatos de los índices: Con ansiedad</i>	50
	5.3.2 <i>Correlatos con otros índices</i>	52
6	DISCUSIÓN	54
7	CONCLUSIONES	59
8	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
	ANEXO 1. Tabla 2. Matriz de correlaciones de los ítems de la escala	73
	ANEXO 2. Escala de estrés de enfermería	77

ANEXO 3. Organizational Assesmente Inventory	80
ANEXO 4. Cuestionario de rol	102
ANEXO 5. Cuestionario de Ansiedad Estado / Rasgo	103
ANEXO 6. Tabla 6. Correlaciones de los factores con otros índices	105

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de los ítems	40
Tabla 3. Pesos y comunalidades en el Análisis factorial de máxima verosimilitud con rotación quartimax.	43
Tabla 4. Estadísticos básicos de los Factores y de los índices Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo.....	48
Tabla 5. Correlaciones entre los Factores y los índices de Ansiedad	51
Tabla 2. Matriz de correlaciones de los ítems de la escala	73
Tabla 6. Correlaciones de los factores con otros índices	105

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Fuentes de estrés en el trabajo consideradas en publicaciones científicas	16
Cuadro 2. Fuentes de estrés en enfermería.....	19
Cuadro 3. Relación cronológica de artículos publicados en revistas científicas con referencias a la NSS.....	30

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Gráfico de sedimentación	44
Gráfico 2. Histograma del ítem ST1	45
Gráfico 3. Histograma del ítem ST11	45
Gráfico 4. Histograma del ítem ST5	46
Gráfico 5. Histograma del factor ESTRES	47
Gráfico 6. Histograma del factor STMUERTE	48

Memoria de Licenciatura

Validación de la "Escala de Estrés de Enfermería" (NSS), de Gray-Toft y Anderson

1 MARCO TEÓRICO

1.1 Introducción.

Leyendo acerca de los antecedentes históricos del estudio del estrés volvimos a encontrar ese fenómeno que parece marcar toda la investigación científica, por tanto actividad humana: el azar y el caos.

Nos referimos a W. R. Cannon, médico estadounidense que figura como uno de los precursores de los estudios sobre la respuesta fisiológica del estrés. Este científico, inicialmente neurólogo, se encontró con el estrés de forma similar a como cuenta la leyenda que Newton se encontró con la Ley de la Gravedad (gracias a una manzana que le cayó en su cabeza mientras dormía la siesta). Cannon empezó a interesarse por el estrés cuando en sus investigaciones estrictamente fisiológicas surgió algo que no había previsto y que de alguna forma le estaba "emborronando" sus datos. Él estaba investigando la aplicación de los incipientes Rayos X al estudio del sistema digestivo, y se encontró con la sorpresa de que la producción de jugos gástricos no respondía de forma matemática a la ingesta, sino que estaba moderada por una variable no tomada en cuenta hasta ese momento: el estrés que sufrían sus sujetos experimentales.

Y H. Selye, otro médico húngaro considerado como "padre" de los estudios sobre el estrés, investigaba en Canadá el efecto de ciertas hormonas ováricas inyectadas a ratas cuando se encontró con el estrés al darse cuenta de que sus erráticos e incongruentes datos tenían que ver con una "torpe" manipulación de las herramientas experimentales y no con el diseño experimental (Selye, 1956). Esa manipulación estaba causando la respuesta de estrés que observaba en sus ratas, respuesta que había atribuido equivocadamente al efecto de las hormonas. Ese error hubiera sumido en la más profunda de las depresiones a más de

un investigador, pero fue reinterpretado y aprovechado por Selye no solo para aprender de él, sino para convertirlo en impulso creador, acuñando para la ciencia el nuevo término de *estrés* (según él mismo se atribuye) y provocando que fuera citado en numerosas publicaciones científicas y divulgativas por sus valiosas aportaciones al conocimiento de este fenómeno.

En esta introducción histórica al tema de la medida del estrés que nos concierne, aparece el estrés considerado como una respuesta del organismo frente a ciertos estímulos externos o internos. En concreto, ambos médicos se encontraron con una respuesta física, fisiológica, orgánica. Posteriormente los estudios también tuvieron en cuenta otros componentes psicológicos de la respuesta de ese organismo.

Un significado diferente del término estrés recogido por otra línea de investigaciones es el de considerarlo no ya respuesta, sino como el estímulo, el agente causante de aquella respuesta. En este contexto, se emplea un nuevo término acuñado para reducir la confusión y que recoge este significado: el *estresor*. Este trabajo se enmarca en esta línea de investigaciones.

1.2 El estrés

Las afirmaciones de varios autores sobre la falta de definición e incluso de traducción adecuada del término "estrés" pudiera llevarnos a formularnos la pregunta de si existe realmente el estrés (Selye, 1956, 1993; Kaplan, 1983; Engel, 1985; Martin, 1989; Paterson y Neufeld, 1989; Sutherland y Cooper, 1990; Avison y Gotlib, 1994a; Quick, 1997). A esa duda podríamos llegar también tras consultar los índices de los libros publicados sobre el tema del estrés: muy pocos tienen algún capítulo dedicado a la

medida del estrés. En general se centran sobre las definiciones, sobre las fuentes de estrés, sobre las repercusiones que el estrés tiene en las personas ya sean fisiológicas como psicológicas o psicosociales, las estrategias de afrontamiento, y las formas de control o prevención. Algunos dedican algún apartado al diagnóstico individual u organizacional del estrés.

En cualquier caso, cierto es el gran interés por el estrés que hay tanto en la comunidad científica como en la población en general, y prueba de ello es que abundan los estudios sobre los efectos que este constructo tiene sobre la salud (Martin, 1989; Selye, 1993), habiéndose triplicado el número de informes científicos sobre el estrés en el periodo de nueve años comprendido entre 1976 y 1985 (Derogatis y Coons, 1993), y quintuplicado el número de los que abordan el estrés cronificado en forma del "síndrome del burnout" (Santamaría, López y Hernández, 2001). La Administración Pública también presta mucha atención a este fenómeno, siendo un indicador de ello la inclusión del seguimiento del estrés laboral en la *Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo* que anualmente realiza el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS) de 2002, y en la *IV Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo* del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) de 2002. Contradictoriamente, Santed, Sandín, y Chorot (1998) encuentran que los estudios sobre medida de los eventos vitales informan de bajas correlaciones con la enfermedad. Incluso Kessler (1983) llega a decir que algunas investigaciones aceptan como dogma de fe que ciertos estresores provocan enfermedad sin que haya verificación empírica de tal relación.

Para muchos investigadores estrés es una respuesta; para otros, un estímulo ambiental, y finalmente, para unos terceros, una interacción entre el ambiente y el sujeto. Dicho de otra forma, el estrés ha sido estudiado por algunos autores como variable dependiente, mientras otros lo han estudiado como variable independiente (Sutherland y

Cooper, 1990). Esta falta de concreción del constructo puede generar problemas en las investigaciones, especialmente en lo relacionado a su validez.

Las investigaciones que se vienen realizando sobre el estrés psicosocial presentan unas características que son recogidas por Kaplan (1983) y Pearlin (1983). Por un lado los estudios se centran en las relaciones interpersonales y sobre los acontecimientos vitales concretos, no tanto sobre los antecedentes socio-económicos. Por otro lado, esos estudios abordan el papel de los mecanismos individuales de autoprotección y de las redes sociales de apoyo a la hora de reducir el impacto de los estresores. Finalmente, presentan ciertas limitaciones metodológicas producto de sus ataduras a las herramientas disponibles para el análisis, y de la inexistencia de un marco teórico conceptual que las guíe.

En este trabajo vamos a tratar sobre el estrés desde una definición expuesta por Lester, Nebel, y Baum (1994), no como respuesta sino como fuente de molestias, esto es, nos vamos a centrar sobre los "estresores": "estresor" es cualquier estímulo interno o externo que es percibido como amenaza o peligro.

1.2.1 La medida del estrés

Siguiendo a Lester et al. (1994) el estrés tradicionalmente ha sido medido a través de cuatro diferentes ámbitos de medida:

- 3 autoinformes
- 3 conductuales
- 3 fisiológicos
- 3 bioquímicos

Los autoinformes han sido el procedimiento de medida del estrés más

extendido y algunos investigadores (Derogatis y Coons, 1993) afirman que seguirán siendo usados todavía durante mucho tiempo, aunque otros como Lester et al. (1994) apuntan que estos deberían servir más para generar impresiones que para obtener información específica.

Los autoinformes son fáciles de aplicar, de interpretar, y de comunicar sus resultados a los gestores, con una apariencia más objetiva en cuanto cuantitativa, permiten manejar mayor cantidad de información y contrastar diferencias individuales, y son más económicos que otros procedimientos. Por otro lado es más fácil que sean influenciados por errores intencionados o no, y por los estados emocionales, están sujetos a las interferencias de la memoria al referirse a acontecimientos pasados y a los sesgos de respuesta, pueden presentar problemas en sujetos con dificultades lectoras y dan una imagen estática de la realidad investigada (Quick, 1997). Dentro de las medidas que asumen el estrés como estímulo, las escalas de acontecimientos vitales aparecen como las menos afectadas por los sesgos de respuesta y por las distorsiones de la memoria (Derogatis y Coons, 1993).

Entre los autoinformes, las medidas de frecuencia han sido consideradas como más objetivas frente a las de intensidad (Santed, Sandín, y Chorot, 1998), aunque aparecen resultados inconsistentes y algunos investigadores resaltan la importancia de la gravedad del acontecimiento estresante como un factor determinante en sus efectos posteriores (Pearlin, 1983; Sandi, 2001).

En cuanto a la medida del estrés Kessler (1983) apunta unos problemas con los que se encuentra la investigación a la hora de inferir causalidades: las muestras suelen ser pequeñas, y existe dificultad para comparar las respuestas de aquellos

sujetos que experimentan estrés y las respuestas de los sujetos que no los experimentan. Otros problemas son expuestos por Lester et al. (1994): los estudios suelen mantener una forma uni-disciplinar, de abordar el tema y presentan entre ellos inconsistencia operativa y conceptual.

La medida del estrés se debería hacer de forma multinivel: sobre el estresor, sobre el afrontamiento cognitivo que emplee ante el estresor, sobre la respuesta que el sujeto en sus planos psicológico y fisiológico exhiba frente al estresor, y sobre las consecuencias que todo ello tiene para el sujeto.

Por otro lado, Tobeña (ref. Sandi, 2001) nos indica que las medidas sobre las fuentes de estrés deberían capturar ciertas características de los estresores:

- 3 Tipo de estresor:
 - físico
 - biológico
 - psicológico
- 3 Intensidad
- 3 Duración
- 3 Frecuencia

Wheaton (1994) introduce la necesidad de verificar que las expresiones usadas en los items de los cuestionarios representen de forma unívoca las fuentes de estrés eliminando la interacción que provoquen otros estresores y factores en la interpretación y respuestas dadas por los sujetos. Además habría que distinguir entre las fuentes externas de estrés y la percepción subjetiva de estrés, y entre estresores que actúan de forma continua y aquellos que los son de forma circunstancial. Baily y Bhagat (1987), Dohrenwend, Raphael, Shwartz, Stueve, y

Skodol (1993) y Santed, Sandín, y Chorot (1998) hablan de error en la medida ante la posibilidad de que los sujetos entiendan cosas distintas al leer una misma expresión. No cabe duda que aparte de factores idiosincrásicos, la propia confusión que existe en la comunidad científica sobre el constructo facilita aquellos errores. Finalmente, según Baily y Bhagat (1987) habría que tener en cuenta la naturaleza temporal del fenómeno, diferenciando los estresores crónicos de los episódicos, siendo los crónicos más importantes en sus efectos sobre la salud según Lazarus y Folkman (1986) aunque la investigación se haya centrado sobre los de corta duración.

Una forma de reducir estas fuentes de error en el significado atribuido a cada ítem sería desarrollar entrevistas posteriores a la contestación de los cuestionarios para que los sujetos puedan ampliar y matizar sus respuestas (Wheaton, 1994).

Aparte de los criterios que cualquier procedimiento diagnóstico debiera cumplir en cuanto a su validez (interna y externa, de constructo, discriminante, concurrente y predictiva), a su fiabilidad (test-retest -de difícil logro en el entorno cambiante del trabajo y las organizaciones-, interjueces y de consistencia interna) y a su viabilidad (con relación a su grado de complejidad y coste tanto para el investigador como para los trabajadores y las organizaciones), Quick (1997) añade la necesidad de que sea suficientemente comprensivo de todos los posibles síntomas y causas, de que se tengan en cuenta la importancia relativa de los diferentes factores que intervienen, y de que el grado de instrumentalización incluya procedimientos cuantitativos y cualitativos de forma congruente con los objetivos perseguidos.

Atendiendo a Wheaton (1994) y a Selye (1983) las medidas de estrés

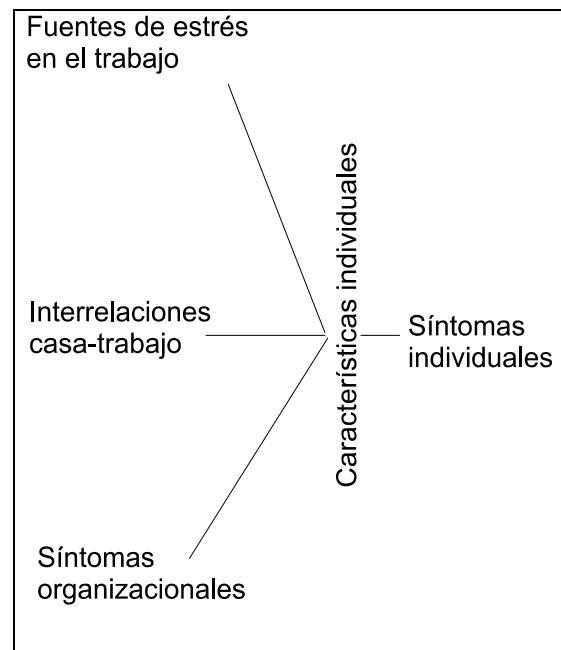
debieran entrar a considerar aquellos eventos agradables y los "no-acontecimientos" cuyo poder estresante pudiera contribuir de forma acumulativa a la percepción global que los sujetos tengan del estrés que vengán sufriendo.

1.2.2 Estrés en el trabajo

Lazarus y Folkman (1986) afirman que existen diferencias individuales en la forma en que un sistema determinado afectará a cada persona, de tal forma que no se puede encontrar relaciones causales entre un "estresor" y la "respuesta de estrés". Más bien hay que tener en cuenta que:

- + Se da una interacción entre el estresor y la reacción.
- + Se produce una evaluación cognitiva tanto sobre la situación estresante como sobre las propias capacidades de respuesta a ese estresor.
- + Hay que contar con las estrategias de afrontamiento que emplea el sujeto, así como con la eficacia para reducir su estrés

Sutherland y Cooper (1990) recogen un modelo de estrés que contempla las fuentes de estrés en el trabajo, las características individuales, los síntomas individuales y los organizacionales, y finalmente las consecuencias. En este modelo, tanto las fuentes de estrés en el trabajo propiamente dichas, como las relaciones casa-trabajo y los síntomas organizacionales inciden sobre el



trabajador provocando la aparición de los síntomas individuales. (Figura 1).

Holt (1993) presenta una exhaustiva relación de estresores que han sido medidos en la investigación del estrés ocupacional donde incluye las categorías de:

- 3 Características físicas del entorno laboral
- 3 Variables relacionadas con el tiempo
- 3 Características psicosociales y organizacionales del trabajo y su entorno
- 3 Cambio en el trabajo
- 3 Roles
- 3 Ajuste persona-ambiente/trabajo
- 3 Estrés debido a fuentes extralaborales
- 3 Otras varias

O'Brien (1998) nos muestra una lista de los principales determinantes del

estrés laboral, con las siguientes categorías:

- 3 Contenido del trabajo
- 3 Estructura y política organizacional
- 3 Ambiente laboral
- 3 Factores no relacionados con el trabajo
- 3 Personalidad

Quick (1997) presenta un listado de estresores y demandas organizacionales:

- 3 Demandas físicas
- 3 Demandas de la tarea
- 3 Demandas ligadas al rol
- 3 Demandas interpersonales

Matteson e Ivancevich (1987) ofrecen un modelo retroalimentado donde los estresores organizacionales son a su vez afectados por factores extraorganizacionales, las diferencias individuales y las propias consecuencias de los estresores sobre las personas y la organización. Categorizan los estresores organizacionales en:

- 3 Factores intrínsecos al trabajo
- 3 Control y estructura organizacionales
- 3 Sistemas de recompensas
- 3 Sistemas de Recursos Humanos
- 3 Liderazgo

Hemos esquematizado estos trabajos que presentamos resumidos en el Cuadro 1.

El INSHT (2002) cifra en un 12.4% el número de trabajadores que presentan cefaleas como síntoma de estar sufriendo estrés laboral, un 10.2% los que presentan alteraciones del sueño, y un 10.2% los que presentan sensación continua de cansancio. Es decir, cerca de un 30% de trabajadores presenta algún síntoma psicossomático debido a las condiciones de trabajo. Precisamente son la Administración y los Servicios Sociales donde se concentran los mayores porcentajes de trabajadores que presentan estos síntomas al mismo tiempo (un 7.6% en la Administración, y un 7.1% en los Servicios Sociales).

Cuadro 1. Fuentes de estrés en el trabajo consideradas en publicaciones científicas

Leyenda de los primeros autores de las publicaciones:		
1 Matteson (1987)	2 Quick (1987)	3 Sutherland (1990)
4 O'Brien (1998)	5 Holt (1999)	

Fuentes de estrés en el trabajo	Publicaciones que las consideran				
	1	2	3	4	5
ajuste persona - ambiente/trabajo					7
cambio					7
características individuales	7		7		
carrera			7		
inter-relaciones casa-trabajo			7		
clima organizacional			7	7	
consecuencias sobre las personas	7				
consecuencias sobre la organización	7				
contenido del trabajo	7	7		7	
estructura organizacional	7		7	7	

fuentes extralaborales	7			7	7
condiciones físicas		7	7		7
demandas interpersonales		7	7		
liderazgo	7				
psicosociales del entorno					7
psicosociales organizacionales					7
sistemas de recompensas	7				
gestión de Recursos Humanos	7				
rol organizacional		7	7		7
síntomas organizacionales			7		
cuestiones temporales					7

Vemos que las fuentes de estrés que han recibido más atención por los investigadores han sido el contenido del trabajo y la tarea, la estructura organizacional, las fuentes de estrés extralaborales, las condiciones físicas del entorno laboral y el rol organizacional del trabajador.

Mientras se ha prestado una gran atención a las características físicas del contexto y a la tarea, actualmente los investigadores ven que es necesario atender a la medida de otras variables: diferencias individuales, variabilidad en las expectativas y en los niveles de tolerancia, variabilidad entre las respuestas individuales al mismo estresor. Lazarus y Folkman (1986) llegan a decir que no hay ningún criterio objetivo suficientemente bueno para describir una situación como estresante, sino que sólo lo puede determinar la persona que experimenta tal situación.

1.3 Estrés en enfermería

El personal de enfermería constituye alrededor del 60% del total de la fuerza laboral de los Servicios de Salud en Atención Primaria y Hospitalaria de Canarias (Servicio Canario de Salud, 2001). Este grupo laboral, en general, es especialmente castigado con relación a otros colectivos en cuanto que su expectativa de vida es menor, siendo mayor su consumo de tabaco, alcohol y café, así como el número de suicidios y de patologías psiquiátricas, según cita Sutherland y Cooper (1990). Sin embargo, otros estudios encuentran que el colectivo de enfermería alcanza menores niveles de estrés que los profesionales de otras organizaciones de Hong Kong (Callaghan, Tak-Ying y Wyatt, 2000).

Tanto el MTAS (2002) como el INSHT (2002) sitúan a las actividades sanitarias como uno de los dos trabajos que obtienen mayores niveles medios de estrés. El personal de enfermería, por situación profesional (Asalariados del sector público), nivel de estudios (Universitarios), Ocupación (Técnicos y profesionales científicos), y Sección de actividad (Sanitarias) se integra en los colectivos cuyo porcentaje es el segundo mayor tanto en nivel medio de estrés laboral como en frecuencia de percepción de su trabajo como estresante.

Hemos confeccionado el Cuadro 2 donde presentamos una relación de las fuentes de estrés para el personal de enfermería que encuentran diversos investigadores: Gray-Toft y Anderson (1981); Dewe (1987); Reig y Caruana (1990a); Guppy y Gutteridge (1991); Downey, Bengiamin, Heuer y Juhl (1995); Kushnir, Rabin, y Azulai (1997); Callaghan, Tak-Ying y Wyatt (2000); French, Lenton, Walters, y Eyles (2000); Pérez, López, y Díaz (2001); y citados por Sutherland y Cooper (1990): Hingley (1988), Marshall (1980), Ivancevich y Smith (1982), Dawkins (1985), Leatt y Schneck (1985), Cooper (1986),

Jones (1987), Pierce (1987).

Cuadro 2. Fuentes de estrés en enfermería.

Leyenda de primeros autores de las publicaciones:				
1 Marshall (80)	2 Gray-Toft (81a)	3 Ivancevich (82)	4 Dawkins (85)	5 Leatt (85)
6 Cooper (86)	7 Dewe (87)	8 Jones (87)	9 Pierce (87)	10 Hingley (88)
11 Reig (90a)	12 Gruppy (91)	13 Peiró (94)	14 Downey (95)	15 Kushnir (97)
16 Callaghan (00)	17 French (00)	18 Pérez (01)		

Fuentes de estrés	Publicación																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Contacto con la muerte	7	7			7	7					7	7		7	7		7	7	
Conflictos con los médicos	7	7			7									7			7	7	
Preparación inadecuada		7				7			7									7	7
Falta de apoyo		7								7									7
Problemas con los	7	7				7	7						7					7	7
Carga de trabajo	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7		7			7	7	7	7
Tareas de enfermería	7												7						
Incertidumbre relativa al	7	7					7											7	7
Conflictos casa-trabajo	7					7				7					7				
Conflictos con superiores			7	7		7			7								7	7	7
Conflictos con subordinados						7													
Relaciones con los pacientes	7				7	7	7	7		7	7							7	7
Relaciones con los familiares	7					7					7							7	
Relaciones interpersonales												7					7		
Factores relacionados al rol de enfermería	7				7	7			7										
Autoestima, responsabilidad, competencia y confianza profesional,	7								7	7					7				
Factores organizativos				7				7					7						
Falta de recursos				7		7													
Discriminación																			7
Cambio						7													
Aparcamiento									7										
Planes de carrera									7										

Fuentes de estrés	Publicación																			
Estatus del equipo									7											
Rotura de ordenador y otros																				7

Vemos que la fuente de estrés más tenida en cuenta en los estudios publicados es, con diferencia, la carga de trabajo.

Ordenadas por el número de veces que son citadas en esos estudios, las otras fuentes de estrés en enfermería de mayor peso serían las relaciones con los pacientes, el contacto con la muerte, los problemas con los compañeros y los conflictos con los superiores, siguiendo el bloque compuesto por los conflictos con los médicos, sentir que tienen una preparación inadecuada y la incertidumbre relativa al tratamiento. Después encontramos otro bloque compuesto por las relaciones con los familiares y por factores relacionados con el rol de enfermería.

Antes de finalizar con otras fuentes de estrés como son la falta de recursos, otros factores organizativos o aquellos más puntuales o anecdóticos como la discriminación o la falta de aparcamiento, encontramos un último grupo de fuentes de estrés compuesto por la falta de apoyo, los conflictos casa-trabajo y los relacionados con la propia competencia como profesional, y los sentimientos de autoestima y responsabilidad.

1.3.1 Relaciones de estrés con otras variables

1.3.1.1 Satisfacción

Diversos autores han encontrado relación inversa entre el nivel de satisfacción en el trabajo y el estrés que sufre el personal de enfermería (Gray-Tof y Anderson, 1981b, 1983; Sutherland y Cooper, 1990; Healy y McKay, 1999, 2000), no encontrando diferencias entre los niveles de satisfacción que manifiestan diferentes ambientes de

trabajo de enfermería (Simmons, Nelson, y Neal, 2001).

Otros estudios encuentran una débil asociación entre satisfacción laboral y estrés en el personal de enfermería (Hinds, Sanders, Srivastava, Hickey, Jayawardene, Milligan, Olson, Puckett, Quargnenti, Randall, y Tyc, 1998)

Reig y Caruana (1990b) encuentran relaciones positivas del estrés con insatisfacción laboral en médicos y personal de enfermería.

Ribera, Cartagena, Reig, Romá, Sans, y Caruana (1993) encuentran relaciones entre insatisfacción laboral y estrés laboral en personal de enfermería.

1.3.1.2 Carga de trabajo

Sutherland y Cooper (1990) encuentran relaciones del estrés tanto con la sobrecarga cuantitativa física y mental (tener mucho que hacer), incluyendo la presión para hacer el trabajo en un tiempo determinado, como la infracarga por empobrecimiento del trabajo, así como con la sobrecarga e infracarga cualitativa, aunque en concreto parece que la sobrecarga cualitativa afecta a los trabajadores de cuello blanco, y no a los de cuello azul.

Gray-Toft y Anderson (1981b) encuentran diferencias significativas en la frecuencia total de estrés que informan personal de enfermería en función de las unidades de trabajo a las que pertenecen.

Reig y Caruana (1990c) encuentran asociación entre sobrecarga laboral y estrés de los profesionales de la salud.

1.3.1.3 Compromiso con la organización

Hinds et al. (1998) encuentran bajas relaciones entre las medidas de estrés, compromiso organizacional y satisfacción laboral entre personal de enfermería oncológica pediátrica.

1.3.1.4 Conflicto y ambigüedad de rol.

French y Caplan (1979) y Sutherland y Cooper (1990) encuentran que las personas sufren estrés cuando no pueden compaginar varias expectativas o demandas.

Gray-Toft y Anderson (1983), Peiró, González, y Lloret (1994) y Glazer (1999) encuentran relaciones entre estrés, y conflicto y ambigüedad de rol

1.3.1.5 Ansiedad

Muchas teorías sobre el estrés dan gran importancia a su relación con los procesos cognitivos y con estados emocionales tales como la ansiedad. La medida de la ansiedad, junto a la de agresión-hostilidad, se ha consolidado como una medida válida del estrés-respuesta, ya desde las formulaciones iniciales realizadas por Cannon (Derogatis y Coons, 1993)

Diversas investigaciones presentan correlatos entre ansiedad y determinadas situaciones de estrés ocupacional (Holt, 1993), así como otras han estudiado el papel

moderador de la ansiedad como característica personal.

Spielberger (1975) presenta experimentos donde demuestra la correlación positiva existente entre ansiedad y el estrés en el rendimiento de sujetos sometidos a tareas estresantes, haciendo notar que cuando la respuesta ansiosa es medida mediante registros fisiológicos no encuentra diferencia en la respuesta al estrés físico entre sujetos con baja ansiedad y con alta ansiedad. En cambio, los sujetos sí se diferencian en su respuesta al estrés en función de la medida con autoinformes acerca de la valoración subjetiva de la amenaza y en función del tipo de estresor (no encuentra diferencias cuando el estresor es físico -descargas eléctricas, por ejemplo- pero sí aparecen cuando el estresor es de tipo psicosocial -amenazas a la autoestima, por ejemplo-).

Eysenck (1989) confirma el distinto resultado de las medidas de ansiedad atendiendo a la congruencia o no del tipo de estresor con la medida (física, autoinformes, rendimiento, por ejemplo).

Gray-Toft y Anderson (1981b) encuentran correlaciones altas de Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado con las puntuaciones totales en estrés.

Finalmente, y haciendo referencia al campo clínico, el DSM-IV incluye al estrés dentro de los cuadros ansiosos en sus categorías diagnósticas. Mantiene una categoría específica para el "Trastorno por estrés postraumático" (F43.1) y otra para el "Trastorno por estrés agudo" (F43.0), y todo el capítulo de "Trastornos adaptativos" se dedica a categorizar las consecuencias de sufrir estresores psicosociales (Pichot, 1995).

1.3.2 Instrumentos de medida del estrés usados en enfermería

Uno de los problemas de la medida del estrés en enfermería viene dado por la complejidad de tareas y funciones, por la diversidad de esas tareas y por los significados diferentes que los términos empleados pueden tener para cada trabajador. (Menaghan, 1994), y todo ello se da no solo en el mismo contexto organizacional, sino que hay que tenerlo muy presente cuando además se hacen adaptaciones de los instrumentos a otras culturas distintas de la originaria (Pérez, López, y Díaz, 2001)

También en enfermería las medidas más usuales han sido los autoinformes.

Sutherland y Cooper (1990) dicen que sería necesario tener en cuenta la opinión de las enfermeras acerca de las dificultades de su trabajo, y que habría que introducir medidas de las diferencias individuales, aparte de los estresores.

A continuación relacionamos las medidas específicas de estrés que han sido utilizadas sobre personal de enfermería, según son citadas en las revistas científicas. En su mayoría han sido empleadas en medios hospitalarios, y casi todas son de origen anglosajón:

- 3 *Community Psychiatric Nurse Stress Questionnaire*, empleada por Coffey y Coleman (2001), en Salud Mental del Reino Unido
- 3 *Cornell Index*, Weider et al. (1948), ref. en Sutherland y Cooper (1990).
- 3 *Critical Care Nursing Stress Scale*, empleado por Sawatzky (1996), en UCI de Canadá
- 3 *Cuestionario de estrés ocupacional para profesionales de la salud*, por Reig y Caruana (1990a), en España (Alicante).
- 3 *Health Professions Stress Inventory*, por Wolfgang (1988), en EE.UU.
- 3 *Hoptkins Symptom Checklist*, Derogatis et al. (1974), ref. en

- Sutherland y Cooper (1990).
- 3 *Moral Distress Scale*, empleada por Corley et al. (2001) de EE.UU..
 - 3 *Nurse Stress Checklist*, empleado por Benoliel et al. (1990) de EE.UU. Tsai y Crockett (1993) de Taiwan, y por Tsai (1997) de Taiwan.
 - 3 *Nurse Stress Index*, de Hingley et al. (1988). Ha sido empleado por Harris (1989), por Cooper y Mitchell (1990a, 1990b), por Michie et al. (1996) -estos tres en el Reino Unido-, por Boey et al. (1997) en Singapur, por Healy y McKay (1999, 2000) en Australia, por De Gucht et al. (1999) en Bélgica, y por Ragazzoni et al. (1999) en Italia.
 - 3 *Nurse Stress Inventory*, empleado por Boey (1999) de Singapur.
 - 3 *Nurse Stress Scale*, por Gray-Toft y Anderson (1981a). La desarrollamos en el epígrafe siguiente.
 - 3 *Pediatric Oncology Nurse Stressor Questionnaire*, empleado por Emery (1993) de EE.UU.
 - 3 *Perceived Stress Scale*, empleado por Hinds et al. (1998) de EE.UU, por Lewis et al. (1994) y por Sawatzky (1996) en UCI de Canadá.
 - 3 *Psychiatric Nurses' Occupational Stress Scale*, Dawkins et al. (1985), ref. en Sutherland y Cooper (1990).
 - 3 *Stress Audit* (de Popoff y Funkhouser), empleado por Heuer et al. (1996) en cuidados intensivos neonatal de EE.UU.
 - 3 *Stressor Scale for Paediatric Oncology Nurses*, por Hinds (1998) de EE.UU.
 - 3 *Student Nurse Stress Index*, por Jones et al. (1999), entre estudiantes del Reino Unido.
 - 3 *Symptom Check List (SCL 90-R)*, Derogatis (1977), ref. en Sutherland y Cooper (1990).

3 *Symptom Distress Checklist*, por Mohl et al. (1982), también en medio general de EE.UU.

1.4 "Nurse Stress Scale"

Dedicamos un epígrafe aparte a este instrumento de medida del estrés en enfermería cuya validación es el objeto de esta Memoria de Licenciatura. En esta escala (en adelante NSS) los autores parten de una definición de estrés como estresor. Miden la frecuencia de ocurrencia de las fuentes de estrés que afectan al personal de enfermería en su trabajo.

1.4.1 Construcción de la escala original

Las primeras referencias publicadas de Pamela Gray-Toft sobre el estrés en enfermería corresponden a un artículo de 1980 sobre programas de entrenamiento para prevenir el "burnout" en esos trabajadores. Posteriormente, otro artículo de Gray-Toft y Anderson (1981a) estudia las características psicométricas de la NSS; aquí indican que pretendían medir la frecuencia de ocurrencia de las fuentes de estrés que aquejaban al personal de enfermería en un ambiente hospitalario. En concreto, era un Hospital general de gran tamaño, privado, perteneciente a una congregación religiosa metodista, ubicado en Indianápolis (EE.UU.).

Para construir los ítems que componen la escala se basaron en la literatura científica existente hasta el momento, así como en entrevistas con las enfermeras, con los médicos y con el capellán. Cada ítem describe una situación laboral que es considerada,

sin mayor concreción, como "estresante". Nos llama la atención el hecho de haber incluido al capellán tanto en el diseño de la escala como en la intervención subsiguiente; cabe suponer que pudiera venir justificado por el talante religioso del hospital en cuestión, independientemente de que realizara aportaciones válidas a tener en cuenta desde su conocimiento de las personas que trabajan en aquel entorno.

Usaron una muestra de 122 personas que trabajaban en funciones de enfermería de cinco diferentes unidades hospitalarias (medicina general, cirugía general, cirugía cardiovascular, oncología y enfermos terminales). Hasta el momento no tenemos otros datos demográficos sobre la muestra.

Asumen la definición de estrés enmarcado en las teorías que lo consideran un estímulo ambiental, tanto en sus componentes físicos, como psicológicos o sociales. Sin embargo, la redacción de algunas situaciones parecería orientarse hacia el estrés como respuesta ("sentirme inadecuadamente preparado", "miedo de cometer errores").

Los 34 ítems de la NSS se agruparon en 7 factores tras un análisis factorial de componentes principales con rotación quartimax. Estos factores se referían al ambiente físico (sobrecarga de trabajo), al ambiente psicológico (muerte de los pacientes, preparación inadecuada para afrontar las necesidades emocionales de los pacientes y sus familias, falta de apoyo personal, incertidumbre relativa a los tratamientos) y al ambiente social (conflicto con los médicos, conflictos con otros enfermeros y supervisores). Estas subescalas fueron factorizadas obteniendo un factor común subyacente de estrés, permitiendo el cálculo de una puntuación total de estrés mediante la suma de las respuestas individuales a los 34 ítems.

Emplearon dos estimaciones de fiabilidad de la NSS: test-retest y consistencia

interna. Obtuvieron unos valores del coeficiente test-retest de .81, y de consistencia interna de la escala de 0.79 Spearman-Brown, 0.79 Guttman, 0.89 coeficiente alpha Cronbach, 0.89 alpha item tipificados.

La validez de la NSS fue probada estudiando su relación con ansiedad-rasgo, ansiedad-estado, satisfacción laboral y rotación laboral del personal. Encontraron correlaciones significativas positivas con ansiedad-rasgo y ansiedad-estado, y negativas con satisfacción laboral, así como relaciones positivas con rotación laboral.

1.4.2 Usos y otros estudios de la NSS

Al hacer una revisión bibliográfica de los artículos publicados en revistas científicas (aparte de los de Gray-Toft) encontramos que la NSS ha sido empleada en investigaciones sobre el estrés del personal de enfermería en distintos países (Australia, Bélgica, Canadá, España, Estados Unidos de Norteamérica, Francia, Reino Unido, Singapur), todos ellos en ambiente hospitalario excepto uno que incluyó también una muestra de enfermería general e hizo una adaptación y expansión de la NSS original (French et al, 2000). Es de resaltar que la mayor parte de estas citas han sido recogidas en la base de datos MEDLINE, lo que nos viene a indicar que es precisamente el personal sanitario el más interesado en esta escala. De hecho, y como hemos visto en la revisión bibliográfica, la NSS es la escala sobre estrés en enfermería que más ha sido mencionada.

En el Cuadro 3 hemos resumido las investigaciones que han hecho uso de la NSS.

En España, el estudio publicado por Más y Escribá (1998) corresponde a un proceso de traducción de la escala al castellano, sin entrar en más análisis estadísticos.

Pérez, López, y Díaz (2001) realizamos un estudio de replicación en España de la NSS sobre personal de enfermería hospitalaria donde confirmamos parcialmente la estructura comunicada por Gray-Toft y Anderson, encontrando los mismos factores de sobrecarga de trabajo, preparación inadecuada, muerte de los pacientes, falta de apoyo personal e incertidumbre relativa a los tratamientos, sin bien aparecen otros como rotura del equipo electrónico (ordenador, etc.), dolor y sufrimiento, conflicto con el supervisor, probabilidad de cometer errores. La consistencia interna encontrada en este estudio fue de .92 para el coeficiente Alpha.

Cuadro 3.
Relación cronológica de artículos publicados en revistas científicas con referencias a la NSS

Año publicación	País	Primer autor	Ámbito de aplicación
1986	Reino Unido	Milne	Hospital
1990-1991	Australia	Orpen	Hospital
1991	EE.UU.	Bene	Hospital
1992	(1)	Lewis	Hospital (diálisis)
1993	(1)	Morano	Hospital
1993	Bélgica	Razavi	Hospital (oncología)
1993	EE.UU	Wright	Hospital (UCI)
1994	EE.UU	Lewis	Hospital (diálisis)
1995	Reino Unido.	Tyler	(1)
1996	(1)	Collins	Hospital
1996	EE.UU	Hillhouse	Hospital
1997	EE.UU.	Hillhouse	Hospital
1997	EE.UU	Meneal	Hospital (oncología)

Año publicación	País	Primer autor	Ámbito de aplicación
1998	España	Más	Hospital
1999	España	Escribá	Hospital
1999	EE.UU.	DePew	Hospital
1999	EE.UU	Kennedy	Geriátrico
1999	Australia	Healy	(1)
2000	España	Escribá	Hospital
2000	Canadá	French	Hospital / general (2)
2000	Australia	Healy	(1)
2001	EE.UU.	Cole	Hospital (UCI)
2001	Francia	Escot	Hospital (oncología)
2001	Reino Unido	Payne	Hospicio
2001	Bélgica	Stordeur	Hospital
2001	España	Pérez	Hospital

(1) No determinado

(2) Estudio sobre la "Expanded Nursing Stress Scale"

2 OBJETIVOS

La NSS es una escala que ha sido usada en ambiente hospitalario en diferentes países. En este trabajo pretendemos realizar los estudios de validación de dicha escala para una muestra española de personal de enfermería en Canarias.

3 HIPÓTESIS

Las hipótesis que pretendemos contrastar para estimar la validez externa de la escala NSS son:

- a) Existe correlación positiva entre el estrés percibido por el personal de enfermería, y conflicto y ambigüedad de rol.
- b) Existe correlación negativa entre el estrés percibido por el personal de enfermería y su satisfacción laboral.
- c) Existe correlación positiva entre el estrés percibido por el personal de enfermería, y ansiedad (estado y rasgo).
- d) Existe correlación positiva entre el estrés percibido por el personal de enfermería, y su sobrecarga laboral.
- e) Existe correlación positiva entre el estrés percibido por el personal de enfermería y su tendencia al abandono de la organización.

4 MÉTODO

4.1 Sujetos

En el primer estudio fueron recogidos 195 cuestionarios de personas que realizaban tareas de enfermería en un Hospital General, de gran tamaño, público. En el segundo contamos con 120 sujetos.

La muestra del primer estudio presentaba una media de 31.7 años de edad, con una edad mínima de 21 y una edad máxima de 57; la moda es de 26 años.

El 46.6 % de la muestra son mujeres.

El 45.8% de la muestra estaba casado, el 40% soltero, y el 12.5% separados o divorciados.

Un 32.5 % era personal contratado, con un 60.8% de laborales fijos, un 0.8% de interinidad y un 2.5% de sustituciones.

Un 26.7% trabajaba en turno de mañana, un 5.8% en turno de noche, mientras un 60.8 tenía turno variable regular, y un 3.3% tenía turno variable irregular.

Las Unidades donde trabajaba este personal correspondían a los 31 servicios siguientes, con los mayores porcentajes en las de Otorrino-Cobalto, Cardiología, Pediatría, Cirugía cardiovascular, y Cirugía General: Administración y gestión, Cardiología Cirugía cardiovascular y trauma, Cirugía plástica, Cirugía general, Coronarias, Farmacología

clínica, Fisioterapia - Rehabilitación, Ginecología, Guardería, Hematología-Digestivos, Hospitalización privada, Infecciosos, Laboratorio de Hematología y Hemoterapia, Laboratorio central, Medicina preventiva, Medicina interna-Oncología, Nefrología-Hemodiálisis-Renales, Neurocirugía, Neurología y Rehabilitación, Nutrición y dietética, Oftalmología, Otorrino-Cobalto, Pediatría, Prematuros, Psiquiatría, Radiodiagnóstico, Radioterapia-Cobalto, Trauma y Ortopedia, UCIC, Urgencias y Urología.

4.2 Instrumentos

- "Escala de Estrés de Enfermería", una traducción propia de la NSS de Gray-Toft y Anderson (1981a) realizada por nuestro equipo empleando un sistema de traducción de doble dirección. Es el instrumento que nos pretendemos validar y evalúa las fuentes de estrés que sufre el personal de enfermería en ambientes hospitalarios. Los anclajes en nuestra escala fueron: Nunca, Ocasionalmente, Frecuentemente, Muy frecuentemente, asignándoles correlativamente los valores 1 a 4. (Anexo 2)

- "Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo" ("State - Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire", STAI) (Spielberger et al, 1970). Este cuestionario mide variables individuales de ansiedad en la población normal y clínica, en sus componentes de ansiedad estado y ansiedad rasgo (Anexo 5).

- "Organizational Assesment Inventory" (OAI) (Van de Ven y Ferry, 1980). Es un cuestionario de índices de puesto de trabajo que incluye las que contemplamos en este trabajo: satisfacción, sobrecarga de trabajo, propensión al abandono. (Anexo 3).

- "Conflicto y Ambigüedad de Rol" (Camman, Fichman, Jenkins y Klesh, 1983). Es un cuestionario que mide conflicto, ambigüedad y sobrecarga de rol en contextos organizacionales. (Anexo 4).

4.3 Procedimiento

La fuente de los datos empleados en esta Memoria procedía de dos estudios consecutivos. En el primer estudio se utilizó la NSS y el STAI; en el segundo, la NSS, el OAI y las escalas de Rol del MOAQ.

El primer estudio consistió en la factorización y análisis de la consistencia interna de nuestra versión española de la NSS.

El segundo estudio consistió en el análisis de la validez externa de esta escala mediante correlaciones de la NSS con los índices de satisfacción laboral, sobrecarga, conflicto y ambigüedad de rol y propensión al abandono.

5 RESULTADOS

5.1 Estudio descriptivo de los ítems

En la Tabla 1 presentamos los estadísticos descriptivos correspondientes a las respuestas dadas a los 34 ítems de nuestra escala: número de casos válidos y perdidos, media, mediana, moda, desviación típica, coeficiente de asimetría, coeficiente de apuntamiento, y la prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra. Todos los ítems tienen un rango de 3, con un valor máximo de 4 y mínimo de 1.

Observamos que existe una proporción alta de valores perdidos que bajan hasta 125 el número final de casos válidos para algunos análisis en el primer estudio, muestra de la reactancia despertada entre los encuestados a la hora de contestar los cuestionarios. La prueba KM nos da una probabilidad de .000 para cada uno de los ítems, con lo que no podemos rechazar la hipótesis nula de falta de normalidad en las distribuciones de respuesta a dichos ítems. No obstante, cuando comparamos para cada ítem los valores de media y mediana vemos que son muy próximos para el 32% de los ítems, siendo bastante aproximados para otro 38%.

Las medias de cada ítem se distribuyen alrededor del valor 2.13 (media de las medias), sin que aparezcan puntuaciones extremas. Por abajo, la puntuación menor de nuestra distribución es 1.51, correspondiente al ítem ST16 "la falta de oportunidades para expresar a otras personas de mi unidad mis sentimientos negativos hacia los pacientes"; esto es, este estresor aparece con poca frecuencia en nuestra muestra. Por arriba, la puntuación mayor es 2.94, correspondiente al ítem ST34 "Insuficiente personal para cubrir adecuadamente el trabajo de la unidad"; o

sea, este estresor se da con frecuencia en nuestra muestra.

El 88% de los 34 ítems presentan puntuaciones de asimetría positivas, mientras el 12% restante las tienen negativas, aunque de pequeño valor. Los valores absolutos de todas estas puntuaciones son menores de 1, excepto en unos ítems que tienen valores positivos superiores a 1: ítems ST6 "conversar con un paciente sobre su muerte inminente", ST16 "la falta de oportunidades para expresar a otras personas de mi unidad mis sentimientos negativos hacia los pacientes", ST20 "haber sido transferido/a a otra unidad con escasez de personal" y ST24 "ser criticado/a por un supervisor". Ello quiere decir que en estos ítems la mayoría de los sujetos se sitúa a la izquierda de la distribución, puntuando bajo en la escala.

En cuanto a la medida de apuntamiento, el coeficiente de Curtosis de los ítems se distribuye entre los valores -1.037 (ST27 "tener que realizar muchas tareas no relacionadas con la enfermería, tales como tareas administrativas"), con una curva más estrecha y apuntada que la normal para ese ítem, y el valor 2.313 (ST16 "la falta de oportunidades para expresar a otras personas de mi unidad mis sentimientos negativos hacia los pacientes"), más ancha y aplanada que la normal para ese ítem, de una forma destacada entre el resto de los valores. El ítem ST24 "ser criticado/a por un supervisor" también da un coeficiente de apuntamiento de 1.096.

Nuestros resultados en las medias y desviaciones típicas son similares en general a los de Gray-Toft, aunque vemos que su muestra percibe una ligera mayor frecuencia de estresores, pues la media de sus medias es 2.23 (frente a la nuestra de 2.13).

Algunas diferencias de medias entre nuestros resultados y los originales de los autores norteamericanos son:

- ST1 "rotura del equipo técnico (ordenador, instrumentos y equipos electrónicos, etc)", nuestra media se sitúa en 1.99, mientras la de Gray-Toft lo hace en 3.23.

- ST6 "conversar con un/a paciente sobre su muerte inminente", nuestra media se sitúa en 1.76 mientras la de Gray-Toft se sitúa en 2.23.

- ST7 "falta de oportunidad para hablar abiertamente con otras personas de la unidad sobre problemas relacionados con ésta", nuestra media se sitúa en 1.82, la de Gray-Toft en 2.13

- ST19 "tomar una decisión con respecto a un paciente cuando el médico no está disponible", nuestra media es de 2.21, mientras la de Gray-Toft es de 1.84.

- ST20 "haber sido transferido/a a otra unidad con escasez de personal", nuestra media es de 1.82, la de Gray-Toft 2.44

- ST25 "disponibilidad de personal y horario impredecibles", nuestra media es 2.12, la de Gray-Toft 2.97

- ST27 "Tener que realizar muchas tareas no relacionadas con la enfermería, tales como tareas administrativas" nuestra media es de 2.64, la de Gray-Toft 2.22

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de los items									
Sign.	N		Media	Mediana	Moda	Desv. típ.	Asimet.	Curto.	Z KM
	Válid.	Perd.							
ST1 ,000	148	47	1,99	2,00	2	,86	,596	-,246	3,085
ST2 ,000	148	47	2,01	2,00	2	,80	,625	,157	3,493
ST3 ,000	148	47	2,54	3,00	2 (a)	,83	,015	-,527	2,793
ST4 ,000	148	47	2,68	3,00	3	,78	,016	-,478	2,958
ST5 ,000	147	48	1,69	2,00	2	,69	,756	,409	3,258
ST6 ,000	146	49	1,76	2,00	1	,88	1,042	,363	3,365
ST7 ,000	146	49	1,82	2,00	2	,69	,391	-,401	3,171
ST8 ,000	146	49	2,29	2,00	2	,90	,234	-,697	2,868
ST9 ,000	146	49	1,97	2,00	2	,76	,713	,642	3,716
ST10 ,000	145	50	2,13	2,00	2	,84	,690	,186	3,865
ST11 ,000	146	49	1,83	2,00	2	,71	,494	-,055	3,141
ST12 ,000	146	49	2,15	2,00	2	,94	,496	-,593	3,085
ST13 ,000	144	51	1,91	2,00	1	,90	,647	-,493	2,877
ST14 ,000	145	50	1,94	2,00	2	,75	,506	,059	3,297
ST15 ,000	145	50	2,10	2,00	2	,77	,282	-,310	3,259
ST16 ,000	146	49	1,51	1,00	1	,67	1,364	2,313	4,122
ST17 ,000	147	48	2,29	2,00	2	,89	,265	-,634	3,000
ST18 ,000	147	48	2,28	2,00	2	,71	,354	,125	3,873

ST19 ,000	145	50	2,21	2,00	2	,84	,516	-,143	3,620
ST20 ,000	147	48	1,82	2,00	1	,95	1,007	,058	3,323
ST21 ,000	147	48	2,80	3,00	3	,84	-,083	-,779	2,602
ST22 ,000	147	48	1,94	2,00	2	,80	,752	,394	3,467
ST23 ,000	147	48	2,12	2,00	2	,80	,526	,061	3,626
ST24 ,000	147	48	1,70	2,00	1	,78	1,108	1,096	3,289
ST25 ,000	146	49	2,12	2,00	2	,89	,342	-,693	2,732
ST26 ,000	142	53	1,94	2,00	2	,77	,576	,080	3,220
ST27 ,000	147	48	2,64	3,00	3	1,00	-,141	-1,037	2,409
ST28 ,000	144	51	2,63	3,00	3	,90	-,060	-,769	2,522
ST29 ,000	147	48	1,98	2,00	2	,88	,775	,073	3,393
ST30 ,000	146	49	2,43	2,00	2	,85	,250	-,536	3,246
ST31 ,000	147	48	2,28	2,00	2	,95	,339	-,759	3,009
ST32 ,000	146	49	2,06	2,00	2	,84	,306	-,669	2,753
ST33 ,000	146	49	1,94	2,00	2	,62	,388	,875	3,951
ST34 ,000	147	48	2,94	3,00	4	,95	-,370	-,944	2,621

5.2 Validez interna

5.2.1 Análisis factorial

Anteriormente a este trabajo hicimos un análisis de componentes principales con rotación quartimax que fue presentado como poster en el X Congreso Europeo de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones (Pérez, López, y Díaz, 2001) en el que confirmamos parcialmente la estructura factorial de Gray-Toft y Anderson, con los siguientes nueve factores: sobrecarga de trabajo, rotura del equipo electrónico (ordenador,...), muerte del paciente, preparación inadecuada, dolor y sufrimiento, falta de apoyo personal, probabilidad de cometer errores, incertidumbre relacionada con conflictos con médicos y otros compañeros, conflicto con los supervisores.

La elección del tipo de análisis vino marcada por nuestra intención de seguir el mismo proceso que Gray-Toft y Anderson en la construcción de la escala original.

Dado que se espera encontrar un factor único subyacente a la escala realizamos en este trabajo un análisis de máxima verosimilitud. La rotación quartimax busca los resultados donde aparezcan pesos altos en un factor mientras son casi cero en el resto.

5.2.1.1 Matriz de correlaciones

La Tabla 2 (Anexo 1) presenta la matriz de correlaciones entre los items de la escala.

El índice de KMO es de .839, lo que nos indica la idoneidad de la matriz de

correlaciones para ser factorizada en un grado meritorio. Las correlaciones entre los items son bajas en general, y el valor del determinante es mayor que cero.

La prueba de esfericidad de Barlett nos da significativa ($P^2 = 1893.882$, $p \# .000$), lo que nos indica que la matriz de correlaciones no es una matriz identidad; esto es, hay intercorrelaciones significativas que permiten el análisis factorial.

Los items 1, 7, 11 y 17 tienen correlaciones bajas con el resto de los items, y el item 11 además presenta algunas correlaciones negativas. El resto de la matriz de correlaciones presenta valores que son moderados.

5.2.1.2 Factorización

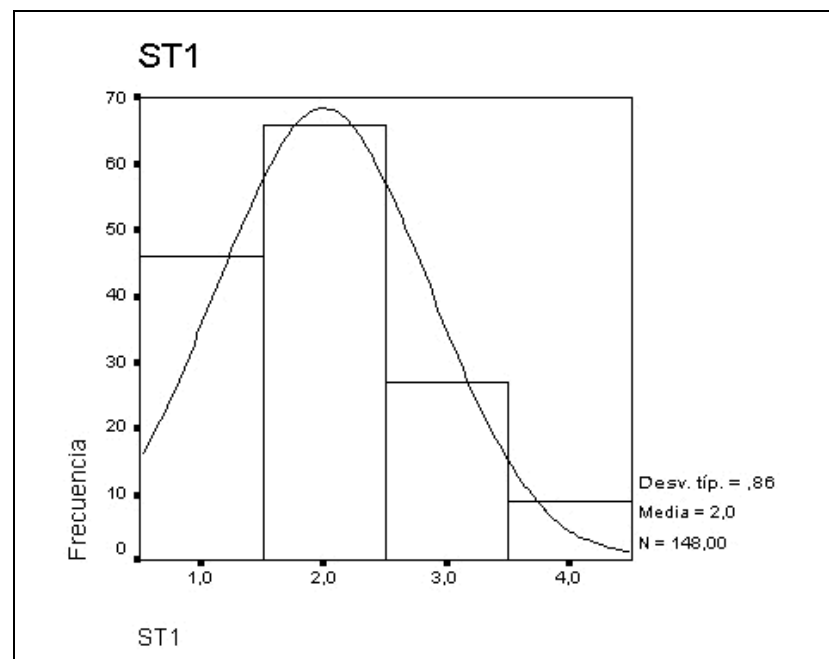
El análisis factorial de máxima verosimilitud con rotación quartimax extrajo un factor que agrupaba a la mayoría de los items, menos dos que eran compartidos con otro segundo factor. Este análisis se realizó porque esperábamos la existencia de un factor subyacente de estrés en la escala.

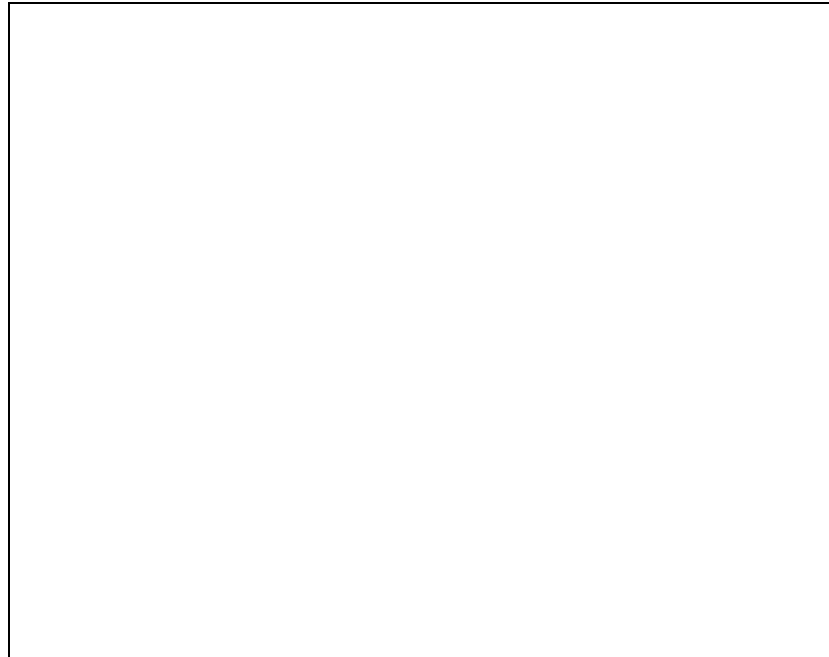
El primer factor lo venimos en llamar ESTRES y explica el 26.952% de la varianza. Al segundo, que explica un 4.081%, lo llamamos "Muerte de un paciente" con etiqueta STMUER, e incluye los items ST8 "la muerte de un/a paciente" y ST12 "la muerte de un/a paciente con quien entablé una relación estrecha".

En la Tabla 2 se presentan los pesos y las comunalidades obtenidas por el método de extracción de máxima verosimilitud. El Gráfico 1 presenta el de sedimentación, donde queda claro la presencia de un factor el que saturan la mayoría de los items.

Tabla 3. Pesos y comunalidades en el Análisis factorial de máxima verosimilitud con rotación quartimax.				
		Factor		h ²
		1	2	
ST19	decido sin medico	,667		,575
ST31	no medico urgencia		,665	,611
ST26	mal tto. medico	,661		,604
ST15	no preparado familia	,626		,628
ST14	desacuerdo	,617		,602
ST13	no medico muerte	,600		,590
ST21	sufrimiento	,594		,554
ST18	no respuesta		,578	,587
ST32	no sabe que decir	,578		,495
ST10	miedo error	,568		,571
ST30	no tiempo tareas	,542		,572
ST25	gente/horas impredec.	,531		,581
ST33	no sabe eq.tecn	,528		,508
ST24	supervisor criticado	,519		,608
ST29	dificil compa dentro	,516		,455
ST4	no mejora paciente		,515	,540
ST16	sentim. negativos	,510		,504
ST28	no tiempo ap.emoc.		,506	,515
ST2	critica medico	,498		,607
ST23	no preparado paciente	,496		,552
ST9	medico conflicto	,489		,499
ST22	dificil compa fuera	,486		,462
ST34	gente insuf	,473		,538
ST17	no informa medico	,467		,476
ST3	dolor paciente	,456		,598
ST6	muerte hablar	,452		,572
ST7	no hablar abierto	,444		,537
ST27	burocracia	,419		,475
ST20	transferido	,407		,506
ST5	supervisor conflicto			,443
ST1	equipos rotos			,371
ST11	no compartir			,495
ST12	muerte estrecha	,472	,724	,678
ST8	muerte	,570	,621	,726
Valor propio		9,121	1,430	
% Varianza		26,827	4,206	

Tres items no tienen peso mayor o igual que .30 en ninguno de estos dos factores, y su proporción de varianza explicada por los factores comunes se sitúa en el rango .3 a .5 que consideramos baja: ítem ST1 "la rotura del equipo técnico (ordenador, instrumentos, equipos electrónicos, etc.)", ítem ST5 "conflictos con el/la supervisor/a", e ítem ST11 "falta de oportunidades de compartir experiencias y sentimientos con otras personas de su unidad". Los Gráficos 2, 3 y 4 representan los histogramas de esos tres ítems.







Los ítems ST1, ST11, y ST5 tienen coeficientes de asimetría positivos, siendo mayor el de ST5. ST1 y ST11 tienen un coeficiente de apuntamiento Curtosis negativo, mientras ST5 lo tiene positivo.

Los Gráficos 5 y 6 nos dan los histogramas de las respuestas de los ítems que componen los Factores ESTRES y STMUER, y la Tabla 4 sus estadísticos descriptivos. La media de los ítems del factor ESTRES está centrada sobre la mediana, con una distribución inclinada hacia la izquierda de la curva normal, y ligeramente más apuntada. La media de los ítems del factor STMUER "muerte de un paciente" es algo superior a su mediana, con una distribución también inclinada hacia la izquierda de la normal, y más apuntada que ella.

Atendiendo a la significación de la prueba Kolmogorov-Smirnov para una muestra podemos decir que ESTRES se ajusta a una distribución normal ($Z = .805$, $p \# .536$), mientras que para STMUER no podemos rechazar la hipótesis nula de falta de normalidad ($Z = 2.286$, $p \# .000$).

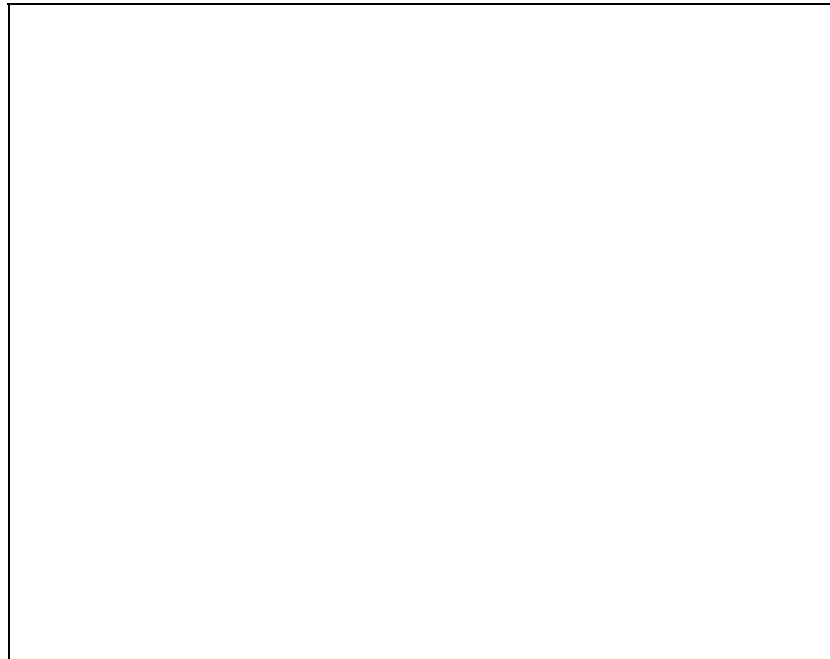




Tabla 4. Estadísticos básicos de los Factores y de los índices
Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo

	N		Media	Mediana	Desv.	Asim.	Curt.	Rango	Mín.
Máx.	Vál.	Per.							típ.
ANESTADO	167	28	1,0819	1,0526	,5016	,121	-,381	2,40	,00
2,40									
ANRASGO	166	29	1,0702	1,0500	,4563	,231	,001	2,50	,00
2,50									
ESTRES	148	47	2,1465	2,0938	,4578	,388	-,027	2,28	1,09
3,38									
STMUER	147	48	2,2211	2,0000	,8422	,446	-,608	3,00	1,00
4,00									

5.2.2 Consistencia interna

Para evaluar la consistencia interna de la escala se calculó el coeficiente Alpha de Cronbach de los factores obtenidos.

La matriz de correlaciones entre los items nos da valores que no son ni altos ni bajos, con lo que es apropiada para el análisis de consistencia interna (Camacho, 1994).

En el factor ESTRES la estimación Tukey es de .5748, por lo que podemos decir que los items son aditivos; en la prueba de T^2 Hotelling tenemos $F(28,99) = 19.952$, ($p \# .0000$), con lo que no podemos dar por comprobado el supuesto de igualdad entre las medias de todos los items (Camacho, 1994); el uso del coeficiente Alpha de Cronbach en este caso es pertinente en cuanto la escala mide un rasgo unitario (Santisteban, 1990) y nos da un valor de .9161, el coeficiente Alpha tipificado es de .9182, siendo ambos muy altos.

Del factor STMUER, la estimación Tukey es de 1.7728, por lo que podemos decir que los items son aditivos; en la prueba de T^2 Hotelling tenemos $F(1,144) = 5.477$, ($p \# .0206$), con lo que no podemos dar por comprobado tampoco el supuesto de igualdad entre las medias de los ítemes. El coeficiente Alpha de Cronbach es de .8068, y el coeficiente Alpha tipificado es de .8072, siendo altos.

5.3 Validez externa

5.3.1 Correlatos de los índices: Con ansiedad

Atendiendo a la significación de la prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra podemos decir que ANESTADO (Ansiedad-Estado), ($p = .978$), y ANRASGO (Ansiedad-Rasgo), ($p = .522$), se ajustan a una distribución normal. Los estadísticos descriptivos de las respuestas a ambas variables se muestran en la Tabla 4.

Encontramos correlaciones significativas entre ESTRES y las siguientes variables: ANESTADO ($r = .357$, $p = .000$), ANRASGO ($r = .377$, $p = .000$). También encontramos correlaciones significativas entre STMUER y ANESTADO ($r = .184$, $p = .030$). La Tabla 5 muestra los valores de correlación entre estas cuatro variables.

		ANESTADO	ANRASGO	STMUER	ESTRES
ANESTADO	Correl. Pearson	1,000	,771(**)	,163	,357(**)
	Sig. (bil)	,	,000	,055	,000
ANRASGO	Correl. Pearson	,771(**)	1,000	,184(*)	,377(**)
	Sig. (bil)	,000	,	,030	,000
STMUER	Correl. Pearson	,163	,184(*)	1,000	,645(**)
	Sig. (bil)	,055	,030	,	,000
ESTRES	Correl. Pearson	,357(**)	,377(**)	,645(**)	1,000
	Sig. (bil)	,000	,000	,000	,

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

La correlación de ESTRES es significativa y positiva con relación a los dos componentes de la ansiedad que mide el STAI, tanto Ansiedad-Estado ($r = .357$, $p \# .000$), como con Ansiedad-Rasgo ($r = .377$, $p \# .000$).

El factor STMUER correlaciona de forma significativa y positiva con Ansiedad-Rasgo ($r = .184$, $p \# .030$).

5.3.2 Correlatos con otros índices

La Tabla 6 (Anexo 6) muestra las correlaciones de Pearson entre estas variables.

La correlaciones de nuestro factor ESTRES resultan significativas y negativas al nivel .05 con las variables del OAI Satisfacción con el futuro de la organización SATFUT ($r = -.221$, $p = .018$), Satisfacción con el trabajo SATTRAB ($r = -.184$, $p = .47$) , y Satisfacción general SATGEN ($r = -.183$, $p = .048$). También resultan significativas, pero positivas, las correlaciones de ESTRES con Conflicto de rol ROLCONF ($r = .190$, $p = .40$), y con Sobrecarga de rol ROLPRES ($r = .185$, $p = .046$). Las correlaciones con Conocimiento de rol ROLCONO ($r = -.019$, $p = .841$) son negativas aunque no significativas.

Del factor STMUER solo resulta significativa y negativa la correlación con Satisfacción con el futuro de la organización SATFUT, ($r = -.187$, $p = .047$).

Encontramos que Satisfacción general SATGEN es la variable que presenta el mayor número de correlaciones significativas con las otras.

6 DISCUSIÓN

En general, las medias y desviaciones típicas de nuestros resultados y los de Gray-Toft y Anderson son muy similares. Las diferencias apreciadas entre las medias de los items de nuestra muestra y de la muestra original de Gray-Toft y Anderson parecen confirmar por un lado la posibilidad apuntada por Bailey y Bhagat (1987), Dohrenwend et al. (1993) y Santed et al. (1998) de que los sujetos entiendan cosas distintas al leer las expresiones, agravado porque en los procesos de traducción se pierda o cambie el significado dado a los items originales. Por otro lado, cabe suponer que existen condiciones de trabajo específicas y características culturales que afectan a los resultados y que hay que tener en cuenta en la adaptación de instrumentos. Así, el uso de equipos técnicos y electrónicos, en especial medios informáticos (item ST1), puede ser una contingencia específica diferenciadora entre ambos ámbitos de trabajo, con un menor uso por nuestra muestra en sus labores de enfermería ($O = 1.99$), al mismo tiempo que para la muestra original su uso en aquel momento (1981) pudiera haberse constituido en una importante fuente de estrés ($O = 3.23$) debido al estado aún incipiente de implementación de esos medios. De hecho, en el estudio previo realizado con componentes principales este item se constituye en factor aislado (Pérez, López y Díaz, 2001).

Otra diferencia entre las muestras se refleja en el item ST6 "conversar con un/a paciente sobre su muerte inminente". La muestra de Gray-Toft (con $O = 2.23$ en este item) incluía menos Unidades por lo que su personal se concentraba más en cuidados terminales y hospicio, lo que ha podido contrapesar las respuestas en cuanto en ellos esa situación se dará más que en otras unidades hospitalarias, especialmente teniendo en cuenta la variedad de unidades a las que pertenece nuestra muestra (con $O = 1.76$ en este item). Nos llama la atención este dato en

relación con el talante religioso de la organización del hospital metodista, donde pensamos que la religión debiera servir como forma de afrontamiento del estrés.

El hecho de que el ítem ST7 "falta de oportunidad para hablar abiertamente con otras personas de la unidad sobre problemas relacionados con ésta", presente una media más baja en nuestra muestra ($O = 1.82$) que en la original ($O = 2.13$) pudiera venir justificado por la diferencia socio-cultural, en cuanto nuestra muestra se puede suponer más abierta y expresiva, con idiosincrasia mediterránea frente a la anglosajona, no siendo tanto problema hablar con los demás. Abundaría aún más en esta explicación la circunstancia de que el ítem cuya media es menor en nuestra muestra es precisamente el ST16 ($O = 1.51$), "la falta de oportunidades para expresar a otras personas de mi unidad mis sentimientos negativos hacia los pacientes", es decir, parece que "la falta de oportunidades para expresarse" no es una situación que se dé con frecuencia en este entorno.

Observamos una posible especificidad de las interrelaciones profesionales entre las diferentes especialidades en nuestro país, en cuanto el ítem ST19 "tomar una decisión con respecto a un paciente cuando el médico no está disponible", refleja una media de 2.21, superior a la muestra de Gray-Toft y Anderson (1.84). Algunas razones que explicarían estas diferencias pudieran ser que el personal de enfermería goza aquí de menor autonomía, o los médicos están poco disponibles.

En nuestra muestra, los valores de asimetría mayoritariamente positivos en los ítems nos indican una tendencia a percibir como poco frecuente las fuentes de estrés. A pesar de ser el sanitario un colectivo con un alto porcentaje de sufrimiento por estrés, y dentro de este colectivo el personal de enfermería en particular, esta tendencia parece ser congruente con las encuestas generales sobre el estrés laboral.

No obstante, debemos tener en cuenta que no contamos con medidas de la intensidad de esos estresores, factor éste que la literatura evidencia como decisivo a la hora de cuantificar su poder para causar efectos.

También confirmamos la existencia de un factor subyacente de estrés que es medido por la escala de forma aditiva, y del que no es dada mayor explicación por parte de los investigadores Gray-Toft y Anderson; esto es, es hipotetizado en su artículo (Gray-Toft y Anderson, 1981b) pero no lo confirman en los resultados. Este factor engloba a la mayor parte de los items, quedando fuera algunos items que parecen no tener relación importante como fuentes de estrés, tales como la rotura del equipo electrónico (ordenadores, etc.).

La aparición del segundo factor STMUER nos hace pensar en las diferencias que antes apuntábamos entre las labores realizadas por el personal de nuestra muestra y por la original, de tal forma que la muerte de un paciente constituye una situación saliente para el personal de nuestra muestra. Precisamente este factor engloba a los dos items que mencionan la palabra "*muerte*" como el acontecimiento central del significado del item, y ocupando la primera posición de la frase. Es de notar que el item ST6 del que hablamos antes también incluye la palabra "*muerte*", pero se queda fuera de este factor; observamos que en este caso, la palabra "*muerte*" ni ocupa la posición inicial, ni es la acción principal, sino que se refiere a "*Conversar con un/a paciente sobre su muerte inminente*".

La escala presenta una consistencia interna muy alta, por encima de .90 y por tanto superior a la encontrada en la muestra original, lo que nos indica su buena fiabilidad para medir precisamente el constructo que aquí tratamos (la frecuencia de ocurrencia de las fuentes de estrés). Hubiera sido deseable verificar la fiabilidad

mediante el procedimiento test-retest, pero las condiciones organizacionales, reales y no de laboratorio, no permitieron codificar a los encuestados de tal forma que se pudieran comparar los datos en una segunda fase.

En cuanto a la verificación de las relaciones del estrés con otros índices según las hipótesis planteadas, tenemos que como esperábamos, por un lado encontramos correlaciones positivas significativas con las variables ansiedad-estado y ansiedad-rasgo, que son similares a las encontradas por Gray-Toft y Anderson.

También encontramos correlaciones positivas significativas con conflicto de rol y con sobrecarga de rol, y por otro lado encontramos correlaciones negativas con diferentes medidas de satisfacción laboral (general, con el trabajo desempeñado, con los superiores, con la carrera, con el futuro de la organización), aunque solo son significativas con satisfacción general, con el trabajo y con el futuro de la organización. Sin embargo, la correlación con la satisfacción con los compañeros es positiva, aunque no significativa; podría justificarse que la percepción de condiciones estresantes en el trabajo lleva a fortalecer las relaciones interpersonales con los compañeros para reducir el impacto de los estresores, especialmente cuando se experimenta baja satisfacción con los superiores.

Encontramos correlaciones negativas aunque no significativas con Conocimiento de rol (por lo tanto, positivas con Ambigüedad de rol), y positivas pero tampoco significativas con sobrecarga de trabajo.

No hemos podido verificar la hipótesis (e) según nuestros resultados, pues contra lo esperado la correlación con la tendencia al abandono es negativa. Cabría

la posibilidad de que debido a la formulación del ítem "pienso con frecuencia en dejar este trabajo" estuviera moderando otra variable relacionada con la precariedad en el empleo, de tal forma que los trabajadores de hecho y en la práctica no podrían ni plantearse el dejar su trabajo. Así, al analizar los estadísticos descriptivos de este ítem encontramos que el 51.7% de la muestra responde "totalmente en desacuerdo", y otro 10% responde "algo en desacuerdo", con una curva muy asimétrica y apuntada sobre la opción de respuesta 1. Creemos que los resultados serían más congruentes con lo esperable si en el ítem se incluyera una cláusula del tipo "suponiendo que tuviera la posibilidad de trabajo en otra organización similar" que recoja un sentido de "si pudiera, cambiaría de trabajo".

Aunque hemos traducido literalmente el título de la escala, apuntamos que su nombre debiera hacer referencia más específica a lo que mide, en concreto *la frecuencia de las fuentes de estrés*, y específicamente validada para muestras hospitalarias.

Cabría realizar estudios posteriores con muestras más amplias de varios hospitales, y con muestras de ámbitos diferentes al hospitalario, así como incluir medidas de intensidad de los estresores, de respuesta al estrés, de estrategias de afrontamiento y diferencias individuales.

Este trabajo no acaba aquí, sino que más bien es el punto de partida para otros análisis y desarrollos posteriores, entre los que se cuentan la confección de fichas técnicas de los instrumentos de medida contemplados en esta tesina y otros que pudieran aparecer, y dar impulso a la aplicación de esta escala en las organizaciones hospitalarias desde la psicología laboral.

7 CONCLUSIONES

La "Escala de Estrés de Enfermería" (NSS) ha resultado un instrumento válido y fiable para la medida de la frecuencia de las fuentes de estrés que aparecen en el trabajo de enfermería en el ámbito hospitalario.

1. Los estadísticos descriptivos de los items en nuestra muestra son similares a los de la muestra original de Gray-Toft y Anderson.

2. Encontramos un factor subyacente de estrés en la escala, que tiene carácter aditivo.

3. Verificamos todas las hipótesis planteadas, excepto la (e). Sin embargo, alguna de las hipótesis verificadas lo son de forma no significativa. Es decir, verificamos:

- a) Existe correlación positiva entre el estrés percibido por el personal de enfermería, y conflicto y ambigüedad de rol.
- b) Existe correlación negativa entre el estrés percibido por el personal de enfermería y su satisfacción laboral.
- c) Existe correlación positiva entre el estrés percibido por el personal de enfermería, y ansiedad (estado y rasgo).
- d) Existe correlación positiva entre el estrés percibido por el personal de enfermería, y su sobrecarga de rol y de trabajo.

No verificamos:

- e) Existe correlación positiva entre el estrés percibido por el personal de

enfermería y su tendencia al abandono de la organización.

4. Nos parece conveniente realizar estudios posteriores que utilicen esta escala en combinación con otras medidas relativas al estrés, y que ampliaran la muestra a diferentes hospitales y al medio extrahospitalario.

8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Avison, W. R., & Gotlib, I. H. (Eds.). (1994a). *Stress and Mental Health. Contemporary issues and prospects for the future*. Nueva York: Plenum Press.
- Avison, W. R., & Gotlib, I. H. (1994b). Future prospects for stress research. En W.R Avison & I.H. Gotlib (Eds.). *Stress and Mental Health. Contemporary issues and prospects for the future*. Nueva York: Plenum Press.
- Baily, J. J., & Bhagat, R. S. (1987). Meaning and measurement of stressors in the work environment: an evaluation. En S. V. Kasl y C. L. Cooper (Eds.). *Stress and Health: Issues in research methodology*. Chichester: Wiley
- Bene, B., & Foxall, M. J., (1991). Death anxiety and job stress in hospice and medical-surgical nurses. *Hospice Journal* 7 (3): 25-41
- Benoliel, J. Q., McCorkle, R., Georgiadou, F., Denton, T., & Spitzer, A. (1990). Measurement of stress in clinical nursing. *Cancer Nursing, Aug, 13* (4), 221-8.
- Boey, K. W. (1999). Distressed and stress resistant nurses. *Issues in Mental Health Nursing, Jan-Feb, 20* (1), 33-54
- Boey, K. W., Chan, K. B., Ko, Y. C., Goh, L. G., & Lim, G. C. (1997) Work stress and psychological well-being among the nursing profession in Singapore. *Singapore Medical Journal, Jun, 38* (6), 256-60.
- Callaghan, P., Tak-Ying, S. A., & Wyatt, P. A. (2000) Factors related to stress and coping among Chinese nurses in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing, Jun, 31* (6): 1518-27.
- Camacho, J. (1994). *Manual de uso del programa estadístico SPSS/PC*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Camacho, J. (1995). *Análisis multivariado con SPSS/PC*. Barcelona: EUB

- Camman, C., Fichman, M., Jenkins, G. D. Jr., & Klesh, J. R. (1983). Assessing the attitudes and perceptions of organizational members. En S. E. Seashore, E. E. Lawler III, P. H. Mirvis y C. Camman (Eds). *Assesing organizational change. A guide to methods, measures, and practices*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Coffey, M., & Coleman, M. (2001). The relationship between support and stress in forensic community mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing, May, 34* (3), 397-407
- Cole, F. L., Slocumb, E. M., & Muldoon, M. J. (2001). A measure of critical care nurses' post-code stress. *Journal of Advanced Nursing, May, 34* (3), 281-8.
- Collins, M. A. (1996) The relation of work stress, hardiness, and burnout among full-time hospital staff nurses. *Journal of Nursing Staff Development, Mar-Apr, 12* (2), 81-5.
- Cooper, C. L., & Mitchell, S. J. (1990a) Nursing the critically ill and dying. *Human Relations, Apr, 43* (4), 297-311
- Cooper, C. L., & Mitchell, S. J. (1990b). Nurses under stress: A reliability and validity study of the NSI. *Stress Medicine, Jan-Mar, 6* (1): 21-24
- Corley, M. C., Elswick, R. K., Gorman, M., & Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*
- De Gucht, V., Fischler, B., & Demanet, C. (1999). Immune dysfunction associated with chronic professional stress in nurses. *Psychiatry Research, Jan, 85* (1), 105-111
- DePew, C. L., Gordon, M., Yoder, L. H., & Goodwin, C. W. (1999). The relationship of burnout, stress, and hardiness in nurses in a military medical center: a replicated descriptive study. *Journal of Burned Care Rehabilitation, Nov-Dec, 20* (6), 515-22.
- Derogatis, L. R., & Coons, H. L. (1993). Self-report measures of stress. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds). *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects*. (2^a ed.). Nueva York: The Free Press, A Division of Macmillan.

- Dewe, P. J. (1987): Identifying the causes of nurses' stress: A survey of New Zealand nurses. *Work and Stress*. 1 (1): 15-24
- Dohrenwend, B. P., Raphael, K. G., Schwartz, S., Stueve, A., & Skodol, A. (1993). The structured event probe and narrative rating method for measuring stressful live events. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds). *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects*. (2ª ed.). Nueva York: The Free Press, A Division of Macmillan.
- Downey, V.; Bengiamin, M.; Heuer, L., & Juhl, N. (1995): Dying babies and associated stress in NICU nurses. *Neonatal Network*. 14 (1): 41-6
- Emery, J. E. (1993). Perceived sources of stress among pediatric oncology nurses. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, Jul, 10 (3), 87-92.
- Engel, B. T. (1985). Stress is a noun!. No, a verb!. No, an adjective. En T. M. Field, P. M. McCabe, y N. Schneiderman (Eds.). *Stress and coping*. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates
- Escot, C., Artero, S., Gandubert, C., Boulenger, J. P., & Ritchie, K. (2001). Stress levels in nursing staff working in oncology. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, Oct, 17 (5), 273-279
- Escribá, V., Más, R., Cardenas, M., & Pérez, S. (1999). Validación de la escala de estresores laborales en personal de enfermería: "the nursing stress scale". *Gaceta Sanitaria* May-Jun 13 (3), 191-200.
- Escribá, V., Más, R., Cárdenas, M., Burguete, D., & Fernández, R. (2000). Estresores laborales y bienestar psicológico: impacto en la enfermería hospitalaria. *Revista de Enfermería*, Jul-Aug, 23 (7-8), 506-11.
- Eysenck, M. W. (1989). Personality, stress arousal, and cognitive processes in stress transactions. En R. W. Neufeld (Ed.). *Advances in the investigation of psychological stress*. Nueva York: John Wiley & Sons.

- French, S. E., Lenton, R., Walters, V., & Eyles, J. (2000). An empirical evaluation of an expanded Nursing Stress Scale. *Journal of Nursing Measurement, Fall-Winter*, 8 (2), 161-78.
- Glazer, S. (1999). A cross cultural study of job stress among nurses. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 60 (4-B): 1895
- Gray-Toft, P. (1980). Effectiveness of a counseling support program for hospice nurses. *Journal of Counseling Psychology, Jul*, 27 (4), 346-354
- Gray-Toft, P., & Anderson, J. G. (1981a). The Nursing Stress Scale: Development of an instrument. *Journal of Behavioral Assessment*, 3, 11-23
- Gray-Toft, P., & Anderson, J. G. (1981b). Stress among nursing staff: its causes and effects. *Social Science Medicine*, 15A: 639-647
- Gray-Toft, P., & Anderson, J. G. (1983). A hospital staff support program: design and evaluation. *International Journal of Nursing Studies*, 20 (3), 137-147
- Guppy, A.; Gutteridge, T. (1991). Job satisfaction and occupational stress in UK general hospital nursing staff. *Work and Stress*. 5 (4): 315-323
- Harris, P. E. (1989). The Nurse Stress Index. *Work and Stress, Oct-Dec*; 3 (4), 335-346
- Healy, C. M., & McKay, M. F. (1999). Identifying sources of stress and job satisfaction in the nursing environment. *Australian Journal of Advanced Nursing, Dec-Feb*, 17 (2), 30-5.
- Healy, C. M., & McKay, M. F. (2000). Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *Journal of Advanced Nursing, Mar*, 31 (3), 681-8.
- Heuer, L., Bengiamin, M., Downey, V. W., & Imler, N. J. (1996). Neonatal intensive care nurse stressors: an American study. *British Journal of Nursing, Oct 10-23*, 5 (18), 1126-30.

- Hillhouse, J. J., & Adler, C. M. (1996). Evaluating a simple model of work stress, burnout, affective and physical symptoms in hospital nurses. *Psychology, Health and Medicine, Oct, 1* (3), 297-306
- Hillhouse, J. J., & Adler, C. M. (1997). Investigating stress effect patterns in hospital staff nurses: Results of a cluster analysis. *Social Science and Medicine, Dec, 45* (12), 1781-1788
- Hinds, P. S., Sanders, C. B., Srivastava, D. K., Hickey, S., Jayawardene, D., Milligan, M., Olson, M. S., Puckett, P., Quargnenti, A., Randall, E. A., & Tyc, V. (1998). Testing the stress-response sequence model in paediatric oncology nursing. *Journal of Advanced Nursing, Nov, 28* (5), 1146-57.
- Holt, R. R. (1993). Occupational stress. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.). *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects*. (2^a ed.). Nueva York: The Free Press, A Division of Macmillan.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2002). *IV Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo*. http://www.mtas.es/insht/statistics/enct_4.htm
- Jones, M. C., & Johnston, D. W. (1999). The derivation of a brief Student Nurse Stress Index. *Work and Stress, Apr-Jun, 13* (2), 162-181
- Kessler, R. C. (1983) Methodological issues in the study of psychosocial stress. En H. B. Kaplan (Ed.). *Psychosocial stress: Trends in theory and research*. Nueva York: Academic Press.
- Kaplan, H. B. (Ed.). (1983). *Psychosocial stress: Trends in theory and research*. Nueva York: Academic Press.
- Kennedy, B. R. (1999). Stress and burnout of nursing staff working with geriatric patients in long-term care. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, Jan, 59* (7-B), 3347

- Kushnir, T.; Rabin, S., & Azulai, S. (1997). A descriptive study of stress management in a group of pediatric oncology nurses. *Cancer Nursing*, 20 (6): 414-21
- Lazarus R. S., & Folkman S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. (2ª ed.). Barcelona: Martínez Roca
- Lester, N, Nebel, L. E., & Baum, A. (1994). Psychophysiological and behavioral measurement of stress. Applications to mental health. En W.R. Avison & I.H. Gotlib (Eds). *Stress and Mental Health. Contemporary issues and prospects for the future*. Nueva York: Plenum Press
- Lewis, S. L., Campbell, M. A., Beckett, P. J., Cooper, C. L., Bonner, P. N., & Hunt, W. C. (1992). Work stress, burnout, and sense of coherence among dialysis nurses. *American Nephrology Nurses' Association Journal*, Dec, 19 (6), 545-53.
- Lewis, S. L., Bonner, P. N., Campbell, M. A., Cooper, C. L., & Willard, A. (1994) Personality, stress, coping, and sense of coherence among nephrology nurses in dialysis settings. *American Nephrology Nurses' Association Journal*, Oct, 21 (6), 325-35.
- Martin, R. A. (1989). Techniques for data acquisition and analysis in field investigations of stress. En R. W. Neufeld (Ed.). *Advances in the investigation of psychological stress*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Más, R., & Escribá, V, (1998). La versión castellana de la escala 'The Nursing Stress Scale'. Proceso de adaptación transcultural. *Revista Española de Salud Pública*, Nov-Dec, 72 (6), 529-38.
- Matteson, M. T., & Ivancevich, J. M. (1987). *Controlling work stress. Effective human resource and management strategies*. San Francisco, California: Jossey-Bass
- Mcneal, L. J. (1997) The effects of perceived non-work social support and hope upon oncology nurses' occupational stress. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, Oct, 58 (4-A): 1209

- Menaghan, E. G. (1994). The daily grind. Work stressors, family patterns, and intergenerational outcomes. En W. R. Avison & I. H. Gotlib (Eds.). *Stress and Mental Health. Contemporary issues and prospects for the future*. Nueva York: Plenum Press.
- Michie, S., Ridout, K., & Johnston, M. (1996). Stress in nursing and patients' satisfaction with health care. *British Journal of Nursing, Sep, 12-25*, 5 (16), 1002-6.
- Milne, D., & Watkins, F. (1986). An evaluation of the effects of shift rotation on nurses' stress, coping and strain. *International Journal of Nursing Studies*, 23 (2), 139-146
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2002). *Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo*. <http://www.mtas.es/Estadisticas/ECVT/Index.htm>
- Mohl, P. C., Denny, N. R., Mote, T. A., & Coldwater, C. (1982). Hospital unit stressors that affect nurses: Primary task vs social factors. *Psychosomatics, Apr*, 23 (4), 366-374
- Morano, J. (1993). The relationship of workplace social support to perceived work-related stress among staff nurses. *Journal of Post Anesthesia Nursing, Dec*, 8 (6), 395-402.
- O'Brien, G. E. (1998). El estrés laboral como factor determinante de la salud. En J. Buendía (Ed.). *Estrés laboral y salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Orpen, C. (1990-1991). The effect of work stress on employee physical and psychological well-being: A study of Australian nurses. *Psychology: A Journal of Human Behavior, 1990-1991*, 27 (4)-28 (1): 48-51
- Paterson, R. J., & Neufeld, R. W. J. (1989). The stress response and parameters of stressful situations. En R. W. Neufeld (Ed.). *Advances in the investigation of psychological stress*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Payne, N. (2001). Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *Journal of Advanced Nursing, Feb*, 33 (3), 396-405.
- Pearlin, L. I. (1983). Role strains and personal stress. En H. B. Kaplan (Ed.). *Psychosocial stress: Trends in theory and research*. Nueva York: Academic Press.

- Peiró, J. M. (1992). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Eudema.
- Peiró, J.M.; González, V.; Lloret, S. (1994): Role stress antecedents and consequences in nurses and physicians working in primary health care teams: A causal model. *European Review of Applied Psychology*. 44 (2): 105-114
- Pérez, F., López, J. A., & Díaz, L. (2001, Mayo). *A study of the causes and effects of nursing stress in the hospital environment*. Poster presentado en el X Congreso Europeo de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, Praga.
- Pichot, P. (Coord.). (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson
- Quick, J. C. (Ed.). (1997). *Preventive stress management in organizations*. Washington: American Psychological Association
- Ragazzoni, P., Tinelli, G., & Zotti, A. M. (1999). Evaluation of stress and human potential in the organization of nursing work. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia, Apr-Jun, 21 (2),140-5*.
- Razavi, D., Delvaux, N., Marchal, S., Bredart, A., Farvacques, C., & Paesmans, M. (1993). The effects of a 24-h psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: a randomised study. *European Journal of Cancer, 29A (13),1858-63*.
- Reig, A., & Caruana, A. (1990a). Cuestionario de estrés ocupacional para profesionales de la salud: propiedades psicométricas preliminares. En J. M. Peiró (Coord.), *Comunicaciones Area 3: Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Reig, A., & Caruana, A. (1990b). Relaciones entre apoyo social percibido, estrés ocupacional, insatisfacción laboral y autovaloración del estado de ánimo en médicos y personal de enfermería. En J. M. Peiró (Coord.), *Comunicaciones Area 3: Psicología*

- del Trabajo y de las Organizaciones. II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos.*
Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos
- Reig, A., & Caruana, A. (1990c). Relaciones entre patrón A de comportamiento y estrés ocupacional en profesionales de la salud. En J. M. Peiró (Coord.), *Comunicaciones Area 3: Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos.* Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos
- Ribera, D., Cartagena, E., Reig, A., Romá, M. T., Sans, I., & Caruana, A. (1993). *Estrés laboral y salud en profesionales de enfermería. Estudio empírico en la provincia de Alicante.* Alicante: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Alicante.
- Sandi, C. (2001). *Estrés, memoria y trastornos asociados: Implicaciones en el daño cerebral y el envejecimiento.* Barcelona: Ariel.
- Santamaría, M., López, J. A., & Hernández, M. (2001). *¿Quién cuida al que cuida?. Sobre el estrés y el burnout.* Santa Cruz de Tenerife: Adeslas.
- Santed, M. A., Sandín, B., & Chorot, P. (1998). El estrés diario desde el marco del modelo transaccional: cuestiones conceptuales y metodológicas. En J. Buendía (Ed.). *Estrés laboral y salud.* Madrid: Biblioteca Nueva.
- Santisteban, C. (1990). *Psicometría. Teoría y práctica en la construcción de tests.* Madrid: Ediciones Norma.
- Sawatzky, J. A. (1996). Stress in critical care nurses: actual and perceived. *Heart Lung, Sep-Oct, 25 (5), 409-17.*
- Selye, H. (1956). *The Stress of life.* Nueva York: MacGraw-Hill
- Selye, H. (1983). The stress concept: Past, present and future. En C. L. Cooper (Ed.). *Stress research: Issues for the eighties.* Chichester: John Wiley & Sons
- Selye, H. (1993). History of stress concept. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds). *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects.* (2ª ed.). Nueva York: The Free Press, A Division of Macmillan.

- Servicio Canario de Salud (2001). Recursos sanitarios. Atención Primaria. Recursos hospitalarios. *Plan de Salud de Canarias 1997-2001*. [En www.gobcan.es/psc/].
- Simmons, B. L., Nelson, D. L., & Neal, L. J. (2001). A comparison of the positive and negative work attitudes of home health care and hospital nurses. *Health Care Management Review, 26*,12
- Spielberger, C. D. (1975). Anxiety: State-Trait-Process. En C. D. Spielberger y I. G. Sarason (Eds.). *Stress and anxiety. Volume 1*. Washington: Hemisphere.
- Stordeur, S., D'hoore, W., & Vandenberghe, C. (2001). Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *Journal of Advanced Nursing, Aug, 35* (4), 533-42.
- Sutherland, V. J., & Cooper, C. L. (1990). *Understanding stress: A psychological perspective for health professionals*. Londres: Chapman and Hall.
- Tsai, S. L., & Crockett, M. S. (1993). Effects of relaxation training, combining imagery, and meditation on the stress level of Chinese nurses working in modern hospitals in Taiwan. *Issues in Mental Health Nursing, Jan-Mar, 14* (1), 51-66.
- Tsai, S. L. (1997). The development of a nurse stress checklist from English to Chinese version. *Issues in Mental Health Nursing, May-Jun, 18* (3), 247-257
- Tyler, P., & Cushway, D. (1995). Stress in nurses: The effects of coping and social support. *Stress Medicine, Oct, 1* (4), 243-251
- Van de Ven, A. H., & Ferry, D. L. (1980). *Measuring and assessing organizations*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Wheaton, B. (1994). Sampling the Stress Universe. En W.R. Avison & I.H. Gotlib (Eds). *Stress and Mental Health. Contemporary Issues and Prospects for the future*. Nueva York: Plenum Press.
- Wolfgang, A. P. (1988). Job stress in the health professions: A study of physicians, nurses, and pharmacists. *Behavioral Medicine, Spr,14* (1): 43-47

Wright, T. F., Blache, C. F., Ralph, J., & Luterman, A. (1993). Hardiness, stress, and burnout among intensive care nurses. *Journal of Burned Care Rehabilitation*, *May-Jun, 14* (3), 376-81.

Memoria de Licenciatura

Referencias

Validación de la "Escala de Estrés de Enfermería"

ANEXO 1

Tabla 2. Matriz de correlaciones de los items de la escala

	ST1	ST10	ST11	ST12	ST13	ST14	ST15	ST16	ST17
ST18									
ST1	1,000	,103	,077	,187	,055	,287	,065	,182	,147
ST10	,103	1,000	,303	,284	,292	,375	,286	,273	,131
ST11	,077	,303	1,000	,054	,116	,183	,176	,306	,054
ST12	,187	,284	,054	1,000	,544	,344	,454	,130	,100
ST13	,055	,292	,116	,544	1,000	,513	,471	,370	,291
ST14	,287	,375	,183	,344	,513	1,000	,414	,416	,425
ST15	,065	,286	,176	,454	,471	,414	1,000	,480	,229
ST16	,182	,273	,306	,130	,370	,416	,480	1,000	,307
ST17	,147	,131	,054	,100	,291	,425	,229	,307	1,000
ST18	,151	,312	,112	,329	,338	,350	,500	,348	,344
ST19	,210	,386	,045	,378	,426	,483	,451	,419	,235
ST2	,250	,310	,113	,263	,287	,377	,358	,197	,227
ST20	,161	,183	-,099	,170	,261	,247	,129	,139	,162
ST21	,140	,307	-,025	,373	,384	,244	,356	,183	,347
ST22	,029	,300	,165	,237	,347	,209	,285	,149	,152
ST23	,119	,435	,158	,304	,307	,235	,463	,203	,078
ST24	,176	,410	,094	,231	,168	,265	,315	,150	,237
ST25	,197	,317	-,027	,197	,275	,245	,246	,167	,071
ST26	,244	,357	,092	,367	,441	,557	,421	,219	,288
ST27	,106	,223	,206	,099	,143	,220	,225	,279	,271
ST28	,059	,194	,125	,199	,277	,212	,304	,277	,383

ST29 ,277	,152	,182	,191	,169	,286	,361	,344	,252	,263
ST3 ,360	,164	,410	-,028	,319	,318	,232	,281	,177	,163
ST30 ,183	,201	,331	,113	,279	,323	,226	,313	,279	,253
ST31 ,285	,027	,317	,133	,289	,502	,424	,343	,335	,364
ST32 ,398	,139	,318	,182	,190	,292	,328	,392	,329	,336
ST33 ,268	,195	,377	,094	,205	,298	,282	,213	,166	,166
ST34 ,137	,242	,228	,016	,193	,243	,217	,173	,203	,308
ST4 ,318	,255	,424	,115	,374	,335	,316	,302	,244	,279
ST5 ,059	,189	,245	,193	,203	,127	,176	,142	,051	,179
ST6 ,171	,036	,338	,111	,486	,400	,294	,388	,159	,069
ST7 ,353	,129	,226	,526	,128	,218	,246	,392	,398	,240
ST8 ,290	,293	,347	,214	,718	,527	,429	,502	,294	,215
ST9 ,450	,058	,384	,035	,229	,220	,255	,398	,271	,096

Tabla 2. Matriz de correlaciones de los items de la escala (cont.)

	ST19	ST2	ST20	ST21	ST22	ST23	ST24	ST25	ST26
ST27									
ST1 ,106	,210	,250	,161	,140	,029	,119	,176	,197	,244
ST10 ,223	,386	,310	,183	,307	,300	,435	,410	,317	,357
ST11 ,206	,045	,113	-,099	-,025	,165	,158	,094	-,027	,092
ST12 ,099	,378	,263	,170	,373	,237	,304	,231	,197	,367
ST13 ,143	,426	,287	,261	,384	,347	,307	,168	,275	,441
ST14 ,220	,483	,377	,247	,244	,209	,235	,265	,245	,557
ST15 ,225	,451	,358	,129	,356	,285	,463	,315	,246	,421
ST16 ,279	,419	,197	,139	,183	,149	,203	,150	,167	,219
ST17 ,271	,235	,227	,162	,347	,152	,078	,237	,071	,288
ST18 ,183	,427	,383	,143	,458	,288	,410	,203	,250	,290
ST19 ,270	1,000	,332	,473	,411	,230	,364	,388	,350	,488
ST2 -,033	,332	1,000	,146	,242	,382	,215	,428	,079	,362
ST20 ,086	,473	,146	1,000	,330	,167	,095	,397	,329	,302
ST21 ,327	,411	,242	,330	1,000	,229	,295	,282	,406	,317
ST22 ,167	,230	,382	,167	,229	1,000	,247	,292	,286	,419
ST23 ,142	,364	,215	,095	,295	,247	1,000	,308	,459	,209
ST24 ,104	,388	,428	,397	,282	,292	,308	1,000	,306	,332
ST25 ,296	,350	,079	,329	,406	,286	,459	,306	1,000	,399
ST26 ,250	,488	,362	,302	,317	,419	,209	,332	,399	1,000
ST27 1,000	,270	-,033	,086	,327	,167	,142	,104	,296	,250
ST28 ,487	,258	,074	,157	,449	,209	,275	,106	,263	,230

ST29 ,190	,330	,418	,254	,238	,451	,147	,265	,139	,398
ST3 ,096	,291	,356	,201	,449	,257	,183	,197	,293	,309
ST30 ,407	,299	,156	,083	,299	,224	,289	,174	,427	,353
ST31 ,244	,451	,306	,333	,363	,337	,202	,374	,363	,508
ST32 ,256	,301	,248	,183	,406	,208	,290	,256	,291	,290
ST33 ,084	,385	,239	,405	,262	,294	,317	,392	,398	,426
ST34 ,459	,290	,184	,157	,358	,159	,154	,187	,400	,306
ST4 ,254	,267	,282	,041	,461	,187	,271	,241	,243	,326
ST5 ,061	,156	,266	,079	,149	,205	,145	,496	,183	,282
ST6 ,126	,221	,132	,110	,195	,400	,263	,340	,213	,338
ST7 ,250	,274	,362	,044	,226	,260	,248	,180	,114	,285
ST8 ,246	,382	,289	,194	,435	,255	,373	,274	,281	,343
ST9 ,080	,373	,309	,285	,275	,285	,406	,329	,322	,291

Tabla 2. Matriz de correlaciones de los items de la escala (cont.)									
	ST28	ST29	ST3	ST30	ST31	ST32	ST33	ST34	ST4
ST5									
ST1 ,189	,059	,152	,164	,201	,027	,139	,195	,242	,255
ST10 ,245	,194	,182	,410	,331	,317	,318	,377	,228	,424
ST11 ,193	,125	,191	-,028	,113	,133	,182	,094	,016	,115
ST12 ,203	,199	,169	,319	,279	,289	,190	,205	,193	,374
ST13 ,127	,277	,286	,318	,323	,502	,292	,298	,243	,335
ST14 ,176	,212	,361	,232	,226	,424	,328	,282	,217	,316
ST15 ,142	,304	,344	,281	,313	,343	,392	,213	,173	,302
ST16 ,051	,277	,252	,177	,279	,335	,329	,166	,203	,244
ST17 ,179	,383	,263	,163	,253	,364	,336	,166	,308	,279
ST18 ,059	,384	,277	,360	,183	,285	,398	,268	,137	,318
ST19 ,156	,258	,330	,291	,299	,451	,301	,385	,290	,267
ST2 ,266	,074	,418	,356	,156	,306	,248	,239	,184	,282
ST20 ,079	,157	,254	,201	,083	,333	,183	,405	,157	,041
ST21 ,149	,449	,238	,449	,299	,363	,406	,262	,358	,461
ST22 ,205	,209	,451	,257	,224	,337	,208	,294	,159	,187
ST23 ,145	,275	,147	,183	,289	,202	,290	,317	,154	,271
ST24 ,496	,106	,265	,197	,174	,374	,256	,392	,187	,241
ST25 ,183	,263	,139	,293	,427	,363	,291	,398	,400	,243
ST26 ,282	,230	,398	,309	,353	,508	,290	,426	,306	,326
ST27 ,061	,487	,190	,096	,407	,244	,256	,084	,459	,254
ST28 ,135	1,000	,235	,274	,391	,314	,373	,105	,424	,310

ST29 ,251	,235	1,000	,253	,191	,332	,306	,386	,164	,217
ST3 ,012	,274	,253	1,000	,190	,193	,274	,278	,155	,525
ST30 ,131	,391	,191	,190	1,000	,433	,281	,320	,594	,342
ST31 ,147	,314	,332	,193	,433	1,000	,485	,397	,289	,337
ST32 ,154	,373	,306	,274	,281	,485	1,000	,333	,213	,401
ST33 ,203	,105	,386	,278	,320	,397	,333	1,000	,243	,221
ST34 ,240	,424	,164	,155	,594	,289	,213	,243	1,000	,207
ST4 ,091	,310	,217	,525	,342	,337	,401	,221	,207	1,000
ST5 1,000	,135	,251	,012	,131	,147	,154	,203	,240	,091
ST6 ,257	,215	,218	,247	,338	,380	,332	,166	,164	,203
ST7 ,207	,251	,245	,021	,213	,251	,253	,075	,178	,170
ST8 ,132	,296	,278	,470	,313	,341	,259	,218	,227	,485
ST9 ,171	,255	,204	,129	,229	,336	,202	,199	,183	,091

Tabla 2. Matriz de correlaciones de los items de la escala
(cont.)

	ST6	ST7	ST8	ST9
ST1	,036	,129	,293	,058
ST10	,338	,226	,347	,384
ST11	,111	,526	,214	,035
ST12	,486	,128	,718	,229
ST13	,400	,218	,527	,220
ST14	,294	,246	,429	,255
ST15	,388	,392	,502	,398
ST16	,159	,398	,294	,271
ST17	,069	,240	,215	,096
ST18	,171	,353	,290	,450
ST19	,221	,274	,382	,373
ST2	,132	,362	,289	,309
ST20	,110	,044	,194	,285
ST21	,195	,226	,435	,275
ST22	,400	,260	,255	,285
ST23	,263	,248	,373	,406
ST24	,340	,180	,274	,329
ST25	,213	,114	,281	,322
ST26	,338	,285	,343	,291
ST27	,126	,250	,246	,080
ST28	,215	,251	,296	,255
ST29	,218	,245	,278	,204
ST3	,247	,021	,470	,129
ST30	,338	,213	,313	,229
ST31	,380	,251	,341	,336
ST32	,332	,253	,259	,202
ST33	,166	,075	,218	,199
ST34	,164	,178	,227	,183
ST4	,203	,170	,485	,091
ST5	,257	,207	,132	,171
ST6	1,000	,122	,446	,311
ST7	,122	1,000	,220	,190
ST8	,446	,220	1,000	,176
ST9	,311	,190	,176	1,00

ANEXO 2

Escala de Estrés de Enfermería (Nuestra versión en castellano de la NSS)

CUESTIONARIO ST

En el siguiente cuestionario, le presentamos una lista de situaciones que pueden darse comúnmente en una unidad hospitalaria. Estamos interesados en conocer con qué frecuencia estas situaciones han producido tensiones o estrés en su unidad.

Tenga en cuenta que no nos referimos a la frecuencia en que se producen estas situaciones, sino a la frecuencia con que éstas han sido estresantes para Ud., en los últimos 6 meses. Sus respuestas serán estrictamente confidenciales

Por favor, marque con una X el número de la escala que mejor refleje la **frecuencia** con que Vd. cree que cada situación ha sido estresante para Vd.

	Nunca	Ocasional -mente	Frecuente -mente	Muy fre- cuentem ente
1. Rotura del equipo técnico (ordenador, instrumentos y equipos electrónicos, etc.).	1	2	3	4
2. Ser criticado/a por un médico.	1	2	3	4
3. Realizar procedimientos que suponen experiencias dolorosas para los pacientes.	1	2	3	4
4. Sentir impotencia ante el caso de un paciente que no presenta mejoría.	1	2	3	4
5. Conflictos con el/la supervisor/a.	1	2	3	4
6. Conversar con un/a paciente sobre su muerte inminente.	1	2	3	4
7. La falta de oportunidades de hablar abiertamente con otras personas de la unidad sobre problemas relacionados con ésta.	1	2	3	4
8. La muerte de un/a paciente.	1	2	3	4

9. Tener conflictos con un/a médico.	1	2	3	4
10. Miedo a cometer un error en el tratamiento de un/a paciente.	1	2	3	4
11. Falta de oportunidades de compartir experiencias y sentimientos con otras personas de su unidad.	1	2	3	4
12. La muerte de un/a paciente con quien entablé una relación estrecha.	1	2	3	4
13. La ausencia de un/a médico al producirse la muerte de un paciente.	1	2	3	4
14. Desacuerdo con el tratamiento de un/a paciente.	1	2	3	4
15. No sentirse preparado/a para ayudar a los familiares de los pacientes en sus necesidades emocionales.	1	2	3	4
16. La falta de oportunidades para expresar a otras personas de mi unidad mis sentimientos negativos hacia los pacientes.	1	2	3	4
17. Información inadecuada del médico sobre la situación médica de un paciente.	1	2	3	4
18. Que un paciente me pregunte algo para lo que no tengo una respuesta satisfactoria.	1	2	3	4
19. Tomar una decisión con respecto a un paciente cuando el médico no está disponible.	1	2	3	4
20. Haber sido transferido/a a otra unidad con escasez de personal.	1	2	3	4
21. Observar el sufrimiento de un/a paciente.	1	2	3	4
22. Dificultad al trabajar con un/a enfermero/a o enfermeros/as en particular, externos/as a su unidad.	1	2	3	4
23. Sentimientos de no tener una preparación adecuada para ayudar a los pacientes en el campo emocional.	1	2	3	4
24. Ser criticado/a por un supervisor.	1	2	3	4
25. Disponibilidad de personal y horario	1	2	3	4

impredecibles.

26. Un/a médico ordena lo que parece ser un tratamiento inadecuado para un paciente.	1	2	3	4
27. Tener que realizar muchas tareas no relacionadas con la enfermería, tales como tareas administrativas	1	2	3	4
28. Falta de tiempo para prestar apoyo emocional a un paciente.	1	2	3	4
29. Dificultadas al trabajar con un/a enfermero/a o enfermeros/as en particular, de su propia unidad	1	2	3	4
30. Falta de tiempo para completar todas mis tareas como enfermera.	1	2	3	4
31. La ausencia de un médico en una urgencia médica.	1	2	3	4
32. No conocer lo que se puede comunicar a un paciente o a su familia sobre su condición médica o el tratamiento	1	2	3	4
33. Incertidumbre sobre el funcionamiento y la forma de operar con equipo técnico especializado	1	2	3	4
34. Insuficiente personal para cubrir adecuadamente el trabajo de la unidad	1	2	3	4

ANEXO 3

Organizational Assessment Inventory

Este cuestionario forma parte de un Estudio de Evaluación Organizacional que está siendo llevado a cabo en este hospital. El propósito de esta encuesta es estudiar el nivel de satisfacción laboral del personal del hospital, y su relación con variables asociadas, tales como clima organizacional, fuentes de estrés, etc. Los resultados de la Encuesta se utilizarán para identificar y resolver los problemas de la organización relacionados con la satisfacción/insatisfacción del personal y determinar qué cosas se podrían mejorar para aumentar la calidad de vida laboral en de este hospital.

Sus respuestas serán estrictamente confidenciales. Se agruparán con las respuestas de otras personas y nadie podrá ser identificado individual o personalmente en ningún informe. Después de que los cuestionarios hayan sido analizados, Ud. recibirá información sobre los resultados de la encuesta en forma de resumen estadístico agrupado. Esperamos que esta información le sea útil para evaluar su Puesto y su Unidad así como para identificar donde puede ser útil y apropiado realizar mejoras.

Para que esta encuesta sea **útil**, es necesario que conteste cada pregunta de modo **franco, honesto y sincero. No hay ninguna doble intención en las cuestiones que se plantean. No es un test ni una prueba para medir capacidades o rendimiento y por tanto no hay respuestas correctas o incorrectas, cualquier respuesta es buena en la medida que se corresponda con lo que Ud. realmente piensa y siente.**

Esta encuesta ha sido desarrollada, en su versión experimental, por el Departamento de Psicología Cognitiva, Social y Organizacional de la Universidad de La Laguna. El cuestionario que Ud. complete será llevado a dicho Departamento para su análisis y custodia. **Ninguna persona perteneciente a este hospital o ajena al Departamento podrá tener acceso a él.**

Cualquier sugerencia que pueda hacer para la mejora de este cuestionario en aspectos tales como inteligibilidad, cuestiones tratadas u omitidas por descuido, será bien recibida. **Gracias por su colaboración**

Este primer cuestionario en particular, se centra en su Puesto de Trabajo. Mide varias características de su Puesto que en otros estudios han demostrado estar relacionadas con el desempeño del puesto y con la satisfacción y calidad de vida en el trabajo. También se le dará oportunidad para que exprese sus opiniones sobre su Puesto y su Unidad, y podrá aportar sugerencias para mejorarlos.

INSTRUCCIONES GENERALES


DEFINICIONES ÚTILES: En este cuestionario se hacen diversas preguntas sobre su Unidad de Trabajo y de los miembros que la componen. A continuación le damos una serie de definiciones de diversos conceptos que utilizaremos a lo largo del cuestionario y que le pueden ayudar en sus respuestas, **por favor acuda a ellas en caso de duda.**

- **Supervisor de la Unidad:** se refiere a aquella persona a quien Ud. informa sobre la ejecución de su trabajo y de la que depende directamente en la actualidad.
- **Unidad de Trabajo:** se refiere a su supervisor inmediato y a todos los individuos (sus compañeros de trabajo) que informan y dependen **directamente** del mismo supervisor inmediato que Ud.
- **Miembros de la Unidad:** son todos los individuos (compañeros de trabajo) de su Unidad de Trabajo inmediata **EXCEPTO** su supervisor inmediato.

En la mayoría de las preguntas se le pide que haga un **círculo** alrededor de uno de los varios números que aparecen en una escala debajo de cada pregunta o cuestión. Correspondiendo con cada número de la escala hay una descripción breve de lo que los números representan. **Ud. tiene que poner un círculo en el número que refleje del modo más preciso su respuesta a cada pregunta.**

Por ejemplo, si su respuesta a la siguiente pregunta es "muchísimo" (y nosotros esperamos que así sea) tiene que poner el círculo alrededor del número 5 de la escala de respuesta:

- ¿En qué medida merece la pena que pierda el tiempo rellenando este cuestionario durante la próxima hora?

NADA	POCO	ALGO	BASTANTE	MUCHÍ- SIMO
1	2	3	4	 5

Si Ud. no entiende algo, **no dude en preguntarnos.** Sabemos que algunas

preguntas no son simples, por ello **no conteste a ninguna de ellas en tanto que tenga la más mínima duda a cerca de su significado**. No dude en consultarnos cuantas veces lo estime necesario. Recuerde que debe responder al cuestionario de forma totalmente **personal** evitando en todo momento que sus respuestas se vean influidas por las opiniones de otras personas.

DEBE CONTESTAR A TODAS LAS CUESTIONES ya que en el caso contrario podría quedar INVALIDADA buena parte del cuestionario. **RECUERDE QUE ESTE CUESTIONARIO NO ES UN TEST, POR LO TANTO NO EXISTEN RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS, CUALQUIER RESPUESTA ES BUENA, EN LA MEDIDA EN QUE SE AJUSTE A LO QUE USTED PIENSA.**

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

PREGUNTAS DE INTRODUCCIÓN.

Las siguientes preguntas son muy importantes para la codificación y análisis de los datos. Como se indicó antes, todas las respuestas se mantendrán estrictamente confidenciales. Cuando termine de contestar el cuestionario, **métalo en el sobre que lo acompaña y entréguelo al responsable de esta investigación.** No se abrirá hasta que todos los sobres sean recibidos por el equipo que realiza este trabajo.

1. Nombre de la **ORGANIZACIÓN** en la que trabaja:

2. Nombre de la **SECCIÓN** a la que pertenece su unidad:

3. Nombre de la **UNIDAD** en que Ud. trabaja:

4. Describa el objetivo o tarea más importante que tiene encomendada su unidad:

5. Escriba su NOMBRE (no es imprescindible, si no lo considera pertinente, no lo ponga):

6. Escriba el nombre actual de su PUESTO DE TRABAJO:

7. Sector de actividad: 1 () Primario 2 () Industrial 3 ()
Servicios

8. Tamaño de la Organización _____ (Personas)

9. Tipo de Propiedad: 1 () Autónomo/Cooperativa 2 () Prop.

Individual
3 () Sdad. Ltda. 4 () Sdad. Anónima 5 () Semipública 6 ()
Pública
7 () Otros _____

10. Rango: 1 () Multinacional 2 () Nacional 3 () Regional 4 ()
Comarcal

11. ¿Es usted SUPERVISOR de su unidad? 1 () SÍ 2 () NO

5. Por regla general, **¿qué porcentaje de tiempo** está seguro de cuáles serán los resultados del empeño que pone en su trabajo?

40%				91%
O MENOS.	41-60%	61-75%	76-90%	O MÁS

1	2	3	4	5

6. Durante una semana normal de trabajo, **¿con qué frecuencia** surgen **excepciones** en su trabajo que requieren métodos **sustancialmente diferentes** de los habituales para tratarlas?

	MUY RARA OCASIONALMENTE FRECUENCIA	CON BASTANTE CUENTEMENTE	MUY FRE- TEMENTE	CONSTAN-	VEZ

1	2	3	4	5	

7. En los **últimos 3 meses**, **¿con qué frecuencia** surgieron en su trabajo problemas de especial dificultad para los que no había **solución inmediata o aparente**?

O DÍA	UNA VEZ A LA SEMANA O MENOS	ALREDEDOR DE 2-4 VECES POR SEMANA	ALREDEDOR DE UNA VEZ AL DÍA	ALREDEDOR DE 2-4 VECES AL DÍA	5 VECES MAS AL

1	2	3	4	5	

8. Aproximadamente, **¿cuánto tiempo** dedicó a resolver estos problemas de trabajo?

HORAS MÁS AL	MENOS DE UNA HORA/SEMANA	ALREDEDOR DE 1-4 HORAS/ SEMANA	ALREDEDOR DE 1 HORA/DIA	ALREDEDOR DE 2-3 HORAS/DIA	4 O

1	2	3	4	5	

9. **¿En qué medida**, por si sólo, el trabajo que realiza le da pistas sobre si está llevando a cabo bien o mal las tareas que le corresponden (sin contar con la información de su supervisor o compañeros)?

NINGUNA PISTA	POCAS PISTAS	ALGUNA PISTA	MUCHAS PISTAS	TODAS LAS PISTAS

ción y entrenamiento recibió que estuviera relacionado con su puesto?

UNAS POCAS HORAS O MENOS	CERCA DE UN DÍA	CERCA DE 1 SEMANA	CERCA DE UN MES	MAS DE UN MES
1	2	3	4	5

14. ¿Cuántos años de educación académica, vocacional o profesional estudió después de la E.G.B.?

Años después de la E.G.B.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

15. ¿Cuál es el nivel de educación más alto que obtuvo?

GRADUADO ESCOLAR	FORMACIÓN BACHILLER	GRADUADO PROFESIONAL	GRADUADO UNIVERSITARIO	LICENCIATURA	DOC- TORADO
1	2	3	4	5	6

16. Indique **la especialidad** en la que Ud. obtuvo este título.

17. ¿Con qué frecuencia sigue los **mismo pasos o métodos** para la realización de sus tareas cotidianas más importantes?

RARAMENTE	ALGUNAS VECES	LA MITAD DEL TIEMPO	BASTANTE A MENUDO	MUY FRECUEN- TEMENTE
1	2	3	4	5

18. En los **últimos 3 meses**, ¿en qué medida siguió procedimientos y normas de trabajo **previamente establecidas** al llevar a cabo sus tareas más importantes?

NUNCA	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
1	2	3	4	5

19. ¿Cuántas **normas, reglas y procedimientos escritos** existen para la realización de sus tareas más importantes?

NINGUNA	MUY POCAS	UNAS CUANTAS	BASTANTES	MUCHAS

1	2	3	4	5

20. ¿Con qué precisión estas normas especifican cómo deben hacerse las tareas más importantes que Ud. tiene encomendadas.?

SON MUY GENERALES CAS	SON BASTANTE GENERALES	SON ALGO ESPECIFICAS	SON BASTANTE ESPECIFICAS	SON MUY ESPECIFI CAS

1	2	3	4	5

21. ¿En qué medida fue grande la carga de trabajo de los últimos 3 meses?

NUNCA FUE SU- QUE ERA FICIENTE SU MANTENERME PARA PADO.	ALGUNAS VECES PARA ERA DIFICIL OCU MANTENER EL PADO	IMPOSIBLE REA LIZARLA YO SO LA CANTIDAD JUSTA.	TANTA QUE CES NO TRABAJO DIA.	TANTA FUE FICIENTE AL LO.

1	2	3	4	5

22. Por regla general, ¿con cuanto tiempo de anticipación tiene conocimiento del trabajo que debe realizar?

UNA HORA APROXIMADAMENTE O MENOS O MAS	APROXIMADAMENTE UN DIA	APROXIMADAMENTE 1 SEMANA	APROXIMADAMENTE UN MES	APROXIMADAMENTE 6 MESES

1	2	3	4	5

23. En los últimos tres meses ¿qué grado de autonomía tuvo Ud. para establecer su propio ritmo de trabajo?

NINGUNO	MUY POCO	ALGO	BASTANTE	MUCHO

1	2	3	4	5

24. Considerando las **diversas situaciones** que pueden surgir al realizar su trabajo, **¿qué porcentaje del tiempo** cuenta con **procedimientos escritos o no escritos** para solucionar tales situaciones?

0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
-----	-----	-----	-----	-----
1	2	3	4	5

25. A continuación hay 4 decisiones que se toman comúnmente en el trabajo. **¿Qué grado de autonomía** tiene Ud. para tomar cada una de estas decisiones **por su cuenta?**

**CANTIDAD DE AUTONOMIA QUE TIENE
PARA TOMAR CADA DECISION**

	NINGUNA	POCA	ALGUNA	BASTANTE
MUCHA				
a. Decidir qué tareas voy a llevar a cabo diariamente. 5	1	2	3	4
b. Establecer qué cantidad de trabajo/día tengo que completar. 5	1	2	3	4
c. Establecer normas y procedimientos acerca de cómo debo hacer mi trabajo. 5	1	2	3	4
d. Determinar cómo se deben tratar las situaciones excepcionales en el trabajo. 5	1	2	3	4

26. **¿En qué medida** su supervisor le hace **personalmente responsable** de las decisiones que Ud. toma en su puesto?

NADA	MUY POCO	ALGO	BASTANTE	MUCHO
-----	-----	-----	-----	-----
1	2	3	4	5

27. **¿Con qué claridad conoce** el nivel de **rendimiento** laboral que se espera

de Ud. (en términos de **cantidad, calidad y tiempo de realización** del trabajo)?

NINGUNA	MUY POCO	ALGO	BASTANTE	MUCHA
1	2	3	4	5

28. **¿Con qué claridad** la descripción de su puesto especifica las **normas o niveles de rendimiento** sobre los que se evalúa su trabajo?

MI PUESTO NO TIENE DESCRIPCION	NO ESTABLECE NORMAS DE RENDIMIENTO	ES MUY GENERAL	ES BASTANTE CLARA	ES MUY CLARA
1	2	3	4	5

29. **¿En qué medida** su supervisor **ha discutido con Ud.** estas normas o niveles de rendimiento sobre los que se evalúa su trabajo?

NUNCA	SOLO DE MODO GENERAL	DE MODO CLARO Y ESPECIFICO	DE MODO MUY CLARO Y DETALLADO
1	2	3	4

30. **¿Son muy difíciles de lograr** los niveles y cumplir las normas de rendimiento que se esperan de Ud.?

NO MUY DIFICIL CONOZCO	LOS EXCESIVAMENTE FACIL	BASTANTE DIFICIL	BASTANTE PERO ALCANZABLE	BASTANTE E INALCANZABLE	-
1	2	3	4	5	

31. **¿En qué medida** cree Ud. que los niveles y normas de rendimiento sobre los que se evalúa su trabajo **son justos**?

NO CONOZCO	LOS INJUSTOS	MUY INJUSTOS	ALGO JUSTOS	BASTANTE JUSTOS	MUY JUSTOS
1	2	3	4	5	

32. **¿En qué medida su supervisor** le considera a Ud. **personalmente responsable** de que se consigan estos niveles de rendimiento en su puesto?

NADA	MUY POCO	ALGO	BASTANTE	MUCHO
1	2	3	4	5

33. Durante el **año pasado**, ¿con qué **frecuencia** su supervisor inmediato **intercambió opiniones o discutió** con Ud. acerca del rendimiento en su trabajo?

NUNCA	1-4 VEZ/AÑO	1 VEZ/MES	1 VEZ/SEMANA	CASI TODOS LOS DIAS
1	2	3	4	5

34. Cuando se discutió con Ud. acerca de su rendimiento laboral ¿con qué **frecuencia** recibió **sugerencias prácticas** para mejorarlo?

LA VECES	CON NUNCA FRECUENCIA	TODO EL RARA VEZ TIEMPO	MITAD	CERCA DE DE LAS
1	2	3	4	5

35. Si Ud. **alcanza el nivel de rendimiento esperado**, ¿con qué **probabilidad** sucederá lo siguiente?:

CASI SEGURO	NINGUNA	ALGO	50%	BASTANTE PROBABLE
----------------	---------	------	-----	----------------------

a. Su trabajo **bien rea-
lizado** le será recono-
cido (ej. se le dirán
unas palabras de agra-
decimiento o se le fe-
licitará).

5	1	2	3	4
---	---	---	---	---

b. Se le promocionará
de alguna forma en la
Corporación.

5	1	2	3	4
---	---	---	---	---

36. Si Ud. **no logra el rendimiento esperado**, ¿con qué probabilidad sucederá lo siguiente?:

CASI	NINGUNA	ALGO	50%	BASTANTE PROBABLE
------	---------	------	-----	----------------------

SEGURO

a. Se le llama la atención o se le dice que mejore su trabajo. 5	1	2	3	4
b. Será despedido de este hospital. 5	1	2	3	4

SUS SENTIMIENTOS Y OPINIONES SOBRE SU PUESTO

Ahora nos gustaría que respondiese algunas preguntas acerca de **lo que siente personalmente** sobre su puesto. Le rogamos que sea sincero en sus respuestas. Recuerde que éstas son absolutamente confidenciales.

37. ¿Qué **grado de satisfacción** siente Ud. por lo siguiente?:

	MUY INSATIS- FECHO	MUY INSATIS- FECHO	BASTANTE SATIS- FECHO	SATISFE- FECHO	SATIS- FECHO	ALGO FECHO	BASTANTE CHO
a. Su trabajo? 5			1	2		3	4
b. Su supervisor? 5			1	2		3	4
c. Su salario? 5			1	2		3	4
d. Amistad y colabo- ración de sus compa- ñeros. 5			1	2		3	4
e. Progresos que ha logrado hasta ahora en el hospital. 5			1	2		3	4
f. Oportunidades fu- turas de progreso en el hospital. 5			1	2		3	4

	MUCHO	NINGUNO	POCO	ALGUNO	BASTANTE
38. Cuanto esfuerzo pone Ud. en su tra- bajo?			1	2	3 4

5

39. Cuanto **empeño** puso en tratar de mejorar el rendimiento en su trabajo durante los últimos 3 meses?

1 2 3 4

5

40. Cada una de las siguientes frases **expresa algo que una persona puede decir acerca de su puesto de trabajo**. Por favor indique el grado en que las siguientes frases describen sus sentimientos personales acerca de su propio puesto poniendo un **círculo** alrededor de un número de la escala situada a la derecha de cada frase para indicar de este modo en que medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas.

TOTAL-	TOTALMENTE		ALGO	EN
MENTE	EN DESA-	DESA-		ALGO DE
DE	CUERDO	CUERDO	NEUTRAL	ACUERDO
ACUERDO				

a. En mi puesto **es tontería preocuparse** por si el trabajo está bien o mal hecho.

1 2 3 4

5

b. La opinión que tengo de mi mismo **mejora** cuando desempeño bien mi trabajo.

1 2 3 4

5

c. Mi supervisor con frecuencia **me hace saber** si estoy desempeñando bien mi trabajo.

1 2 3 4

5

d. Tengo un gran sentimiento de **rea**

lización personal cuando desempeño bien mi trabajo. 5	1	2	3	4
e. Siento un alto grado de responsa- bilidad personal por el trabajo que desarrollo en este puesto. 5	1	2	3	4
f. Pienso con fre- cuencia en dejar este trabajo. 5	1	2	3	4
g. Me siento mal cuando veo que de- sempeño mal mi tra- bajo. 5	1	2	3	4

TOTAL-	TOTALMENTE		ALGO	EN
MENTE	EN DESA-	DESA-		ALGO DE
DE	CUERDO	CUERDO	NEUTRAL	ACUERDO
ACUERDO				

h. Mis compañeros en el puesto casi nunca me dan información acerca de si estoy haciendo bien mis ta- reas. 5	1	2	3	4
i. Siento que soy personalmente respon- sable de los resulta- dos de mi trabajo. 5	1	2	3	4
j. Mi estado de áni-				

¿QUÉ TIPO DE PUESTO PREFIERE UD.?

Las personas se diferencian por el **tipo de puesto en que les gustaría trabajar**. Las preguntas de esta sección le dan la oportunidad de decir qué es lo que Ud. personalmente **considera más importante en un puesto** de trabajo.

En cada una de las siguientes preguntas se describen brevemente dos tipos diferentes de puestos, Ud. tiene que **indicar cual de estos puestos preferiría si tuviera que elegir entre ellos**.

Al contestar cada pregunta **debe asumir que todas las demás características posibles de ambos puestos son iguales**. Preste atención únicamente a las **características que se citan en el momento**.

A CONTINUACION PUEDE VER UN EJEMPLO:

PUESTO A		PUESTO B	
Un puesto que requiere trabajar con equipos mecánicos la mayor parte del día.		Un puesto que requiere trabajar con gente la mayor parte del día.	
1-----2-----3-----4-----			
-----5			
Prefiero A	Prefiero A	Neutral	Prefiero B
Prefiero B	mas que B		mas que A
rotundamente			te.
rotundamente			
te			

Si a Ud. le gusta trabajar con gente y también con equipos mecánicos debería poner un círculo alrededor del número 3, tal como se hizo en el ejemplo.

POR FAVOR, PIDA AYUDA SI NO SABE COMO CONTESTAR ESTAS PREGUNTAS.

PUESTO A	PUESTO B
41. Un puesto donde la paga buenas	Un puesto donde haya

sea muy buena. oportunidades para ser
crea- tivo e innovador.

1-----2-----3-----4-----
-----5

Prefiero A Prefiero A Neutral Prefiero B
Prefiero B
rotundamen mas que B mas que A
rotundamen
te te.

PUESTO A

PUESTO B

42. Un puesto donde se requie gente Un puesto donde haya
ra con frecuencia tomar deci- agradable con quien
trabajar
siones importantes.

1-----2-----3-----4-----
-----5

Prefiero A Prefiero A Neutral Prefiero B
Prefiero B
rotundamen mas que B mas que A
rotundamen
te te.

PUESTO A

PUESTO B

43. Un puesto en el que se Un puesto en el que se
dé la dé la mayor responsabilidad
a los mayor responsabilidad
a quienes desempeñen mejor empleados leales más
antiguos su trabajo.

1-----2-----3-----4-----
-----5

Prefiero A Prefiero A Neutral Prefiero B
Prefiero B
rotundamen mas que B mas que A
rotundamen
te te.

PUESTO A

PUESTO B

44. Un puesto en una organi- Un puesto en el que Ud.
no tenga nada que decir
zacion con problemas finan- los planes de trabajo
sobre bre los procedimientos
cieros y que tenga probabi-
y so-
lidades de ser cerrada en

para el plazo de un año. llevarlos a cabo.
 1-----2-----3-----4-----
 -----5
 Prefiero A Prefiero A Neutral Prefiero B
 Prefiero B
 rotundamen mas que B mas que A
 rotundamen
 te. te.

PUESTO A

PUESTO B

45. Un puesto muy rutinario. Un puesto donde sus
 compañeros de trabajo no sean
 amistosos.
 1-----2-----3-----4-----
 -----5
 Prefiero A Prefiero A Neutral Prefiero B
 Prefiero B
 rotundamen mas que B mas que A
 rotundamen
 te. te.

PUESTO A

PUESTO B

46. Un puesto con un supervisor Un puesto que le impide
 desarro que le crítica con frecuencia llar una serie de
 habilidades aspectos personales y laborales que le costó mucho
 trabajo delante de otros. adquirir.
 1-----2-----3-----4-----
 -----5
 Prefiero A Prefiero A Neutral Prefiero B
 Prefiero B
 rotundamen mas que B mas que A
 rotundamen
 te. te.

PUESTO A

PUESTO B

47. Un puesto con un supervisor Un puesto que le da
 constantes que le respeta y le trata con oportunidades de aprender
 cosas nuevas e interesantes.
 justicia.
 1-----2-----3-----4-----
 -----5
 Prefiero A Prefiero A Neutral Prefiero B
 Prefiero B
 rotundamen mas que B mas que A
 rotundamen

te. te.

PUESTO A **PUESTO B**

48. Un puesto en el que existan muchas probabilidades de ser despedido. Un puesto con pocas posibilidades para hacer un trabajo estudiantante.

1-----2-----3-----4-----
-----5

Prefiero A Prefiero A Neutral Prefiero B
rotundamente mas que B mas que A
rotundamente.
te. te.

PUESTO A **PUESTO B**

49. Un puesto en el que haya oportunidad de desarrollar nuevas habilidades y de promocionarse en el hospital. Un puesto que le proporcione mucho tiempo libre y muchos beneficios extras.

1-----2-----3-----4-----
-----5

Prefiero A Prefiero A Neutral Prefiero B
rotundamente mas que B mas que A
rotundamente.
te. te.

PUESTO A **PUESTO B**

50. Un puesto que le permita muy poca libertad e independencia para decidir como hacer su trabajo. Un puesto donde las condiciones de trabajo no sean buenas.

1-----2-----3-----4-----
-----5

Prefiero A Prefiero A Neutral Prefiero B
rotundamente mas que B mas que A
rotundamente.
te. te.

PUESTO A **PUESTO B**

51. Un puesto con un buen equipo de trabajo. Un puesto que le permita en práctica sus habilidades.

1-----2-----3-----4-----

-----5

Prefiero A	Prefiero A	Neutral	Prefiero B
Prefiero B			
rotundamen	mas que B		mas que A
rotundamen			
te.			te.

PUESTO A

52. Un puesto que sea poco o
a tra
nada estimulante.
aislado de

PUESTO B

Un puesto que le obligue
bajar completamente
sus compañeros.

1-----2-----3-----4-----

-----5

Prefiero A	Prefiero A	Neutral	Prefiero B
Prefiero B			
rotundamen	mas que B		mas que A
rotundamen			
te.			te.

AUTOEVALUACION DE SU PUESTO

Ahora haga una evaluación de la forma en que su puesto esta organizado. Esperamos que las preguntas que ha contestado hasta ahora, le sirvan de ayuda para pensar sobre algunos aspectos de su trabajo en los que se centrarán las siguientes cuestiones. (Si no tiene espacio suficiente, continúe en el reverso de esta página).

A. Describa **aquello que le guste** de la forma en que está organizado su puesto de trabajo.

B. Describa qué **problemas específicos** ha experimentado que sean debidos al modo en que está organizado su Puesto.

C. Sugiera algún **método específico** que posibilite el que la organización de su puesto se pueda mejorar.

OTROS DATOS DE INTERES

53a. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en este hospital?:
Meses

53b. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su profesión?
Meses

53c. ¿Cuánto tiempo lleva desempeñando su puesto actual?
Meses

53d. Situación laboral: 1 () Personal contratado
2 () Laboral fijo
3 () OTRA (Especificar tipo de contrato)

53e. Categoría: _____

53f. Unidad en la que trabaja: _____

53g. Tamaño de su grupo de trabajo: _____ miembros.

53h. ¿Qué turno de trabajo realiza?

___ 1 Diurno por la mañana (principalmente)

___ 2 Diurno por la tarde (principalmente)

___ 3 Nocturno

___ 4 Turnos variables regularmente

___ 5 Turnos variables irregularmente

53i. ¿Qué medio utiliza normalmente para desplazarse al hospital?

___ 1 Andando

___ 2 Vehículo propio

___ 3 Vehículo de la empresa

___ 4 Transporte público

53j. ¿Qué distancia hay entre su domicilio y el hospital? _____ Kms.

53k. ¿Cuánto tiempo aproximadamente tarda en desplazarse a y desde su lugar de trabajo, incluyendo ambos viajes?

_____ Minutos

53l. ¿Cuántos días ha faltado al trabajo en los últimos 6 meses? _____ días

54. Apunte a continuación los **distintos puestos que ha desempeñado** desde que empezó a trabajar en este organismo, indicando en cada caso el número de meses y años que desempeño cada uno de ellos.

Indique el **número de meses y años**
que ha desempeñado cada puesto.

1. _____ De _____ A

2. _____ De _____ A

3. _____ De _____ A

4. _____ De _____ A

5. _____ De _____ A

6. _____ De _____ A

55. Apunte a continuación los puestos que ha desempeñado **antes** de trabajar en este hospital.

Indique el **número de meses y años**
que ha desempeñado cada puesto.

1. _____ De _____ A

2. _____ De _____ A

3. _____ De _____ A

4. _____ De _____ A

5. _____ De _____ A

6. _____ De _____ A

56. ¿Cuál es el **salario bruto mensual** que recibe actualmente (sin restar deducciones e impuestos)?

MENOS DE	ENTRE	ENTRE	ENTRE	ENTRE	ENTRE
MAS DE					
50.000	51.000	81.000	116.000	151.000	201.000

251.000						
	y 80.000	y 115.000	y 150.000	y 200.000	y 250.000	

-----	1	2	3	4	5	6
7						

57. Indique su **SEXO** 1()Mujer 2()Hombre

58. Indique su **EDAD** _____ Años

59. Indique su **estado civil**
1()Soltero/a 2()Casado/a 3()Separado/a o Divorciado/a 4()Viudo/a

60. ¿Trabaja su cónyuge? 1() SI 2() NO

61a. ¿Qué número de personas **dependen de Ud. par su sustento** (incluido Ud. mismo)?

Número de Personas: _____

61b. ¿Cuántos hijos tiene menores de 4 años? _____

61c. ¿Cuántos van a guardería? _____

61d. ¿Cuántos en edad escolar? _____

ANEXO 4

Cuestionario de rol

Por favor, indique en qué medida las siguientes frases describen su puesto de trabajo en el hospital. Para ello, tache con una X el punto de la escala de la derecha que más se ajuste a su opinión.

	No lo describe en absoluto	Sólo lo describe ligeramente	Lo describe a medias	Lo describe bastante bien	Lo describe perfectamente
1. En mi trabajo no puedo satisfacer a todo el mundo al mismo tiempo	1	2	3	4	5
2. Para satisfacer a algunas personas en mi trabajo debo contrariar a otras	1	2	3	4	5
3. Tengo demasiado trabajo para poder hacerlo bien del todo	1	2	3	4	5
4. Nunca tengo bastante tiempo para terminar todo lo que tengo que hacer en mi trabajo	1	2	3	4	5
5. La cantidad de trabajo que hago dificulta el que pueda hacerlo perfectamente	1	2	3	4	5
6. Sé perfectamente lo que se espera de mí en mi trabajo	1	2	3	4	5
7. Casi siempre sé exactamente lo que se espera de mí en mi trabajo	1	2	3	4	5
8. En mi trabajo hay procedimientos que indican cómo se deben hacer las cosas que hago	1	2	3	4	5
9. En mi trabajo hay reglas y normas que indican casi todo lo que debo hacer o decir	1	2	3	4	5

ANEXO 5

STAI

A-E

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se siente Vd. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estov tenso	0	1	2	3
4. Estov contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estov a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento anustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estov desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estov relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estov preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se siente Vd. EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones	0	1	2	3

actuales, me pongo tenso y agitado

ANEXO 6

Tabla 6. Correlaciones de ESTRES Y STMUER con otros índices						
		ESTRES	STMUER	SATGEN	ABANDON	ROLCONF
ROLPRES						
ESTRES ,185(*)	r	1,000	,655(**)	-,183(*)	-,071	,190(*)
	Sig.	,	,000	,048	,445	,040
STMUER	r	,655(**)	1,000	-,060	-,040	,158
	Sig.	,000	,	,522	,667	,090
SATGEN -,312(**)	r	-,183(*)	-,060	1,000	,510(**)	-,036
	Sig.	,048	,522	,	,000	,699
ABANDON -,195(*)	r	-,071	-,040	,510(**)	1,000	-,084
	Sig.	,445	,667	,000	,	,368
ROLCONF ,415(**)	r	,190(*)	,158	-,036	-,084	1,000
	Sig.	,040	,090	,699	,368	,
ROLPRES	r	,185(*)	,129	-,312(**)	-,195(*)	,415(**)
	Sig.	,046	,166	,001	,035	,000
ROLEXPE	r	-,095	,055	,178	,071	,092
	Sig.	,310	,556	,053	,448	,318
ROLCONO	r	-,019	,156	,227(*)	-,018	-,033
	Sig.	,841	,094	,013	,847	,721
PRESION ,402(**)	r	,129	,093	-,128	-,062	,210(*)
	Sig.	,173	,330	,172	,509	,025
SATTRAB	r	-,184(*)	-,017	,653(**)	,454(**)	,004
	Sig.	,047	,859	,000	,000	,969
SATSUP	r	-,032	,004	,514(**)	,119	,000
	Sig.	,731	,965	,000	,201	,998
SATCOM	r	,047	,149	,262(**)	,041	,023
	Sig.	,615	,111	,004	,662	,805
SATCAR -,259(**)	r	-,111	-,012	,741(**)	,435(**)	,002
	Sig.	,235	,899	,000	,000	,983
SATFUT -,314(**)	r	-,221(*)	-,187(*)	,761(**)	,404(**)	-,119
	Sig.	,018	,047	,000	,000	,204

Tabla 6. Correlaciones de ESTRES y STMUER con otros índices (cont.).							
		ROLEXPE	ROLCONO	PRESION	SATTRAB	SATSUP	
SATCOM							
ESTRES	r	-,095	-,019	,129	-,184 (*)	-,032	,047
	Sig.	,310	,841	,173	,047	,731	,615
STMUER	r	,055	,156	,093	-,017	,004	,149
	Sig.	,556	,094	,330	,859	,965	,111
SATGEN	r	,178	,227 (*)	-,128	,653 (**)	,514 (**)	
,262 (**)	Sig.	,053	,013	,172	,000	,000	,004
ABANDON	r	,071	-,018	-,062	,454 (**)	,119	,041
	Sig.	,448	,847	,509	,000	,201	,662
ROLCONF	r	,092	-,033	,210 (*)	,004	,000	,023
	Sig.	,318	,721	,025	,969	,998	,805
ROLPRES	r	,025	-,094	,402 (**)	-,174	-,043	-,041
	Sig.	,785	,309	,000	,059	,648	,660
ROLEXPE	r	1,000	,209 (*)	,051	,141	,260 (**)	
,189 (*)	Sig.	,	,022	,591	,127	,005	,041
ROLCONO	r	,209 (*)	1,000	,025	,057	,367 (**)	
,267 (**)	Sig.	,022	,	,796	,540	,000	,003
PRESION	r	,051	,025	1,000	-,069	-,065	
-,134	Sig.	,591	,796	,	,466	,494	,153
SATTRAB	r	,141	,057	-,069	1,000	,295 (**)	
,213 (*)	Sig.	,127	,540	,466	,	,001	,020
SATSUP	r	,260 (**)	,367 (**)	-,065	,295 (**)	1,000	
,399 (**)	Sig.	,005	,000	,494	,001	,	,000
SATCOM	r	,189 (*)	,267 (**)	-,134	,213 (*)	,399 (**)	1,000
	Sig.	,041	,003	,153	,020	,000	,
SATCAR	r	,059	,064	-,030	,357 (**)	,201 (*)	,060
	Sig.	,529	,492	,750	,000	,029	,517
SATFUT	r	,049	,096	-,085	,305 (**)	,130	
-,017	Sig.	,601	,305	,371	,001	,164	,857

Tabla 6. Correlaciones de ESTRES y STMUER con otros índices (cont.).			
		SATCAR	SATFUT
ESTRES	r	-,111	-,221 (*)
	Sig.	,235	,018
STMUER	r	-,012	-,187 (*)
	Sig.	,899	,047
SATGEN	r	,741 (**)	,761 (**)
	Sig.	,000	,000
ABANDON	r	,435 (**)	,404 (**)
	Sig.	,000	,000
ROLCONF	r	,002	-,119
	Sig.	,983	,204
ROLPRES	r	-,259 (**)	-,314 (**)
	Sig.	,005	,001
ROLEXPE	r	,059	,049
	Sig.	,529	,601
ROLCONO	r	,064	,096
	Sig.	,492	,305
PRESION	r	-,030	-,085
	Sig.	,750	,371
SATTRAB	r	,357 (**)	,305 (**)
	Sig.	,000	,001
SATSUP	r	,201 (*)	,130
	Sig.	,029	,164
SATCOM	r	,060	-,017
	Sig.	,517	,857
SATCAR	r	1,000	,651 (**)
	Sig.	,	,000
SATFUT	r	,651 (**)	1,000
	Sig.	,000	,

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