

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“RELACIÓN ENTRE ESTRÉS Y REGULACIÓN EMOCIONAL EN ENFERMEROS Y
ENFERMERAS DEL ESTADO DE PUEBLA”

Tesis para obtener el título de:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
ALFONSO CUEVAS RODRÍGUEZ

DIRECTOR: DR. EDUARDO SALVADOR MARTÍNEZ VELÁZQUEZ

MAYO de 2022

Índice

Contenido

Resumen.....	7
1. Fundamentación teórica	10
1.1 Capítulo uno: El estrés	10
1.1.2 Fases del estrés	12
1.1.3 Clasificación del estrés	13
Según sus efectos.....	13
Según el contexto en el que se presentan	13
1.2 El estrés laboral	13
1.2.1 Clasificación del estrés laboral	14
1.3. El estrés laboral en el personal de enfermería	15
2. Capítulo dos: Regulación emocional	18
2.1 Modelo de regulación de las emociones de James J. Gross	19
Figura 2.1. Modelo de proceso de generación de emociones	21
Figura 2.2. Proceso de regulación de las emociones	22
3. Capítulo tres: Ansiedad	25
3.1. Modelo cognitivo de la ansiedad.....	26
Figura 3.1: Esquema del modelo cognitivo de la ansiedad.	26
3.1.1. Modo de orientación.	27
3.1.2. Modo de activación primal de la amenaza.....	27
Sesgos y errores cognitivos	28
Respuestas defensivas e inhibitorias inmediatas	29
Aumento de la activación autónoma	29
Pensamientos e imágenes orientadas hacia la amenaza	29
3.1.3. Revaloración elaborativa secundaria.....	30
Evaluación de recursos de afrontamiento	30
Búsqueda de claves de seguridad	30
Pensamiento de modo constructivo	31
Inicio de la preocupación.....	31
Revaloración de la amenaza	32

4. Antecedentes	33
5. Planteamiento del problema.....	38
5.1 Pregunta de investigación	39
5.2 Objetivos.....	39
6. Metodología	41
6.1. Participantes	41
6.2. Hipótesis.....	41
6.3. Criterios de inclusión	41
6.4. Criterios de exclusión	42
6.5. Instrumentos	42
6.5.1 Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ).....	42
6.5.2 Instrumento de Estrés Laboral para Médicos Mexicanos.	43
6.5.3. Escala de valoración de ansiedad de Hamilton (HARS).....	43
6.6. Procedimiento.....	44
6.7. Análisis de datos.....	45
7. Resultados	46
7.1 Características de los participantes	46
Tabla 7.1	46
Tabla 7.2	47
7.2 Pruebas de comparación.....	47
7.2.1 Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ).....	47
Figura 7.1	48
7.2.2 Instrumento de estrés laboral para médicos mexicanos.....	48
7.2.3 Escala de Valoración de Ansiedad de Hamilton (HARS).....	48
7.3 Pruebas de correlación.....	49
7.3.1 Correlaciones generales.....	49
Figura 7.2.....	49
Figura 7.3.....	50
Figura 7.4.....	50
7.3.2 Correlaciones entre instrumentos clínicos y la edad.....	51
Figura 7.5.....	51

7.3.3	Correlaciones entre instrumentos clínicos por categorías de género	52
Figura 7.6	.....	53
Figura 7.7	.....	53
Figura 7.8	.....	54
Figura 7.9	.....	54
Figura 7.10	.....	55
Figura 7.11	.....	55
7.3.4	Correlaciones entre instrumentos clínicos por categorías de nivel deformación	56
Figura 7.12	.....	56
Figura 7.13	.....	57
Figura 7.14	.....	57
7.3.5	Correlaciones entre instrumentos clínicos por categoría de tiempo laborando	58
Figura 7.15	.....	58
Figura 7.16	.....	59
Figura 7.17	.....	59
Figura 7.18	.....	60
8.	Discusión.....	61
9.	Conclusiones.....	65
9.1	Limitaciones y proyecciones a futuro	66
10.	Bibliografía.....	67
Anexo	.....	74

Índice de figuras y tablas

Figura 2.1. Modelo de proceso de generación de emociones.....	17
Figura 2.2. Proceso de regulación de las emociones.....	18
Figura 3.1: Esquema del modelo cognitivo de la ansiedad	22
Tabla 7.1	42
Frecuencias y porcentaje del estado civil en enfermeros.....	42
Tabla 7.2	43
Frecuencias y porcentaje del nivel de formación en enfermeros	43
Figura 7.1	44
Gráfica de comparación entre grupos por tiempo laborando en el puntaje del ERQ	44
Figura 7.2.....	45
Correlación entre puntaje del instrumento de estrés con el puntaje de HARS.....	45
Figura 7.3.....	46
Correlación entre el puntaje del instrumento de estrés con el puntaje de ERQ	46
Figura 7.4.....	46
Correlación entre el puntaje del HARS con el puntaje del ERQ.....	46
Figura 7.5.....	47
Correlación entre edad con supresión expresiva	47
Figura 7.6.....	49
Correlación entre el puntaje de estrés con el puntaje de HARS en hombres.	49
Figura 7.7.....	49
Correlación entre el puntaje de estrés con supresión expresiva en hombres.	49
Figura 7.8.....	50
Correlación entre el puntaje de HARS con la supresión expresiva en hombres. ...	50
Figura 7.9.....	50
Correlación entre el puntaje del instrumento de estrés con el puntaje de HARS en mujeres.	50
Figura 7.10.....	51
Correlación entre el puntaje de estrés con reevaluación cognitiva en mujeres.....	51
Figura 7.11	51

Correlación entre el puntaje de HARS con reevaluación cognitiva en mujeres.....	51
Figura 7.12.....	52
Correlación entre el puntaje de estrés con el puntaje de HARS en técnicos en enfermería.....	52
Figura 7.13.....	53
Correlación entre el puntaje de estrés con el puntaje de HARS en licenciados en enfermería.....	53
Figura 7.14.....	53
Correlación entre el puntaje de estrés con el puntaje de HARS en enfermeros con posgrado.....	53
Figura 7.15.....	54
Correlación entre el puntaje de estrés con el puntaje de HARS en enfermeros con 1 a 5 años laborando.....	54
Figura 7.16.....	55
Correlación entre el puntaje de estrés con el puntaje de HARS en enfermeros con más de 5 años laborando.....	55
Figura 7.17.....	55
Correlación entre el puntaje de estrés con el puntaje de reevaluación cognitiva en enfermeros con más de 5 años laborando.....	55
Figura 7.18.....	56
Correlación entre el puntaje de HARS con el puntaje de ERQ en enfermeros con más de 5 años laborando.....	56

Resumen

El estrés es un conjunto de respuestas emocionales, conductuales, cognitivas y fisiológicas, que se presentan por la valoración cognitiva que una persona realiza en interacción con el entorno (Lazarus y Folkman, 1986; Hernández et. al, 2012).

Cuando se presenta este tipo de estrés en el trabajo es conocido como estrés laboral (Barraza, 2007).

De acuerdo con diversos autores el estrés laboral puede tener relación con la falta de realización personal, la despersonalización, el agotamiento emocional y los conflictos interpersonales sin embargo estas situaciones dependerán de la percepción personal de las necesidades del ambiente, así como de los recursos individuales para afrontar las demandas (Gil Monte et al., 2005; Abanto, 2018 y Hernández et. al, 2012) lo que hace relevante estudiar el nivel de estrés laboral por las consecuencias negativas que puede acarrear, sobre todo en los ámbitos clínicos como la enfermería.

Por otro lado en cuanto a la regulación de las emociones existen autores que plantean que estas tienen relación con el género, el nivel educativo y la edad (Cabrera, López, Salinas, Ochoa, Marín y Haro, 2005; Aldrete, Navarro, Gonzales, Contreras y Pérez, 2015; Flores, Troyo, Valle y Vega, 2010; García, Maldonado y Ramírez, 2014).

Sin embargo, aún no se cuentan con estudios que hayan valorado las habilidades de regulación emocional en profesionales de enfermería y su relación con el estrés laboral en la población nacional.

Por lo que el presente estudio se centró en investigar la relación entre las habilidades de regulación emocional y los niveles de ansiedad con el estrés laboral en profesionales de enfermería en territorio mexicano.

Para lograr este objetivo se realizó esta tesis que está dividida en tres capítulos de marco

teórico que se describen brevemente a continuación: En el capítulo uno se definió el concepto de estrés, así como sus fases y clasificación de acuerdo con diversos autores (Hernandez, Ortega y Reidl, 2012; Rodríguez, Ocampo y Nava, 2009; Brannon y Feist, 2001; Rice, 1999; Lazarus y Folkman, 1986; y Camargo, 2005.) de igual manera se hace hincapié en la definición operativa del estrés laboral y en específico en los profesionales de la enfermería.

Dentro del capítulo dos se aborda el modelo de habilidades de regulación emocional de John y Gross (2015) donde se describen los cinco puntos desde los cuales se puede analizar el proceso para regular las emociones: selección de la situación, modificación de la situación, despliegue de la atención, cambio de cogniciones, modulación de respuestas experienciales, conductuales y fisiológicas.

Finalmente en el capítulo tres se aborda el concepto de ansiedad desde el modelo cognitivo de Clark y Beck (2010) en el que se establecen un diagrama para ejemplificarlo y que se encuentra dividido en tres fases de modo de orientación, modo activación primal de la amenaza y la revaloración elaborativa secundaria.

En el punto cuatro se analizan artículos denominados como antecedentes, en este apartado se muestran los hallazgos recientes de investigaciones que marcan parámetros sobre los que se ha analizado el estrés y la regulación emocional a nivel nacional e internacional en enfermeros y profesionales de la salud en general.

A raíz de esto en el punto cinco se describe el planteamiento del problema, pregunta de investigación y objetivos.

En el punto seis sobre la metodología se describe el diseño de la presente investigación que se encuentra conformado por participantes, criterios de inclusión y exclusión, hipótesis, instrumentos utilizados, así como el procedimiento que se siguió para lograr cumplir con el objetivo de la presente tesis.

En la sección siete en el apartado de resultados se describen los principales puntajes obtenidos en las pruebas de comparación en el instrumento de estrés y el instrumento de ansiedad. De igual manera se explican los resultados de las correlaciones obtenidas entre los puntajes de los instrumentos según la edad, género, nivel de formación y tiempo laborando.

Finalmente la última parte de esta tesis plantea una discusión y conclusiones con respecto a los resultados obtenidos. Así como se plantean algunas limitaciones y proyecciones para investigaciones futuras.

1. Fundamentación teórica

1.1Capítulo uno: El estrés

El estrés es un conjunto de respuestas emocionales, conductuales, cognitivas y fisiológicas, que se presentan por aspectos desfavorables en el entorno, donde el sujeto presenta excitación, angustia y se percibe rebasado por las exigencias de una situación (Hernández, Ortega y Reidl, 2012). De esta manera, diversos autores señalan que el estrés es resultado de la experiencia de cada sujeto ya que condiciona la percepción de cada situación, así como la calidad de recursos con los que se dispone para afrontar las demandas del ambiente (Rodríguez, Ocampo y Nava, 2009).

El concepto de estrés ha cambiado a través del tiempo. En su inicio, durante el siglo XVII, el término se empleaba en las ciencias físicas. Se atribuye al arquitecto Robert Hooke la adaptación de este concepto al referirse a la tensión (estrés) que es ejercida por una carga y la capacidad de una estructura para soportar la presión según Cassidy, 1999 (en Rodríguez, et al. 2009).

El concepto ha tomado a lo largo del tiempo una concepción acompañada de tres modelos diferentes: modelo de estímulo, modelo de respuesta y el modelo transaccional. (Brannon y Feist, 2001; Rice, 1999; Lazarus y Folkman, 1986).

El modelo del estímulo refiere a que es un estresor externo, que puede ser cualquier evento o estímulo ambiental, la causa de tensión. Para Rice, 1999 (en Rodríguez et al., 2009) en este modelo lo más adecuado es hablar sobre “estresores” un ejemplo de ello es la carga laboral.

El segundo modelo es el de respuesta y hace mayor énfasis en la reacción subjetiva de cada individuo ante una situación de tensión, aquí se abarcan síntomas conductuales, emocionales y físicos. Según Rice, 1999 (en Rodríguez et al., 2009) la función de los síntomas físicos es acompañar a las respuestas conductuales y emocionales para afrontar la situación de estrés.

El tercer modelo, llamado transaccional se encuentra representado por Lazarus y Folkman (1986) quienes definen al estrés con base a las interrelaciones del sujeto y el contexto en el que se encuentra inmerso. En este modelo no se entiende al estrés como estímulo, respuesta subjetiva o reacción biológica. En su lugar se concibe como un proceso ya que el estrés se produce cuando la persona percibe lo que está sucediendo de tal manera que supera los recursos que tiene para afrontar la situación y por lo tanto pone en peligro el bienestar. Así, los autores proponen que durante este proceso existe una valoración cognitiva por parte del individuo en la que se toma en cuenta el elemento emocional consecuente a la situación.

Dentro del estudio del estrés existen muchas variables que determinan la manera en que se afrontan estas situaciones. Lazarus y Folkman (1986) proponen que estos recursos se encuentran relacionados con el estado de salud o el nivel de energía física con la que se cuente; de igual forma se consideran otros factores como: las creencias existenciales individuales, religiosas o no las creencias sobre el nivel de control que se puede tener sobre el medio y sobre nosotros mismos, el factor motivacional, las habilidades sociales, la capacidad de resolución de problemas, el nivel de apoyo social, la cantidad de recursos materiales con los que se disponga.

1.1.2 Fases del estrés

Las fases del estrés han sido descritas por Camargo (2005), quien propone que son tres e implican:

1) Alarma: Se presenta cuando se percibe un estímulo que constituye la presencia de un agente estresante. Es en esta fase es donde surgen las primeras reacciones fisiológicas como taquicardia, sudoración, tensión de músculos, etc., estas reacciones advierten a la persona la necesidad de estar alerta.

Esta fase puede suele ser sobrellevada de buena manera y en muchas ocasiones las reacciones fisiológicas pasan desapercibidas.

2) Resistencia: Durante esta fase el cuerpo presenta una actividad fisiológica al máximo, con el objetivo de intentar superar o adaptarse a la amenaza, lo que resulta en un rendimiento menor, como consecuencia de la pérdida de energía. Esta etapa puede durar semanas, meses o años; si se prolonga demasiado se puede considerar estrés crónico. Pero si el estrés se supera en esta fase el individuo puede regresar a un estado normal.

3) Agotamiento: Esta fase se caracteriza por la fatiga profunda que no se restablece con el sueño, generalmente acompañada por irritabilidad, nerviosismo, tensión e ira. Sólo se presenta cuando el factor estresante es continuo o se repite constantemente. El cuerpo consume sus recursos y agota la capacidad de adaptarse al ambiente.

En esta fase del estrés se acompañan enfermedades relacionadas como: insomnio, falta de concentración, depresión, fatiga, patologías inmunológicas, patologías cardiovasculares, y patologías metabólicas y endócrinas, etc.

1.1.3 Clasificación del estrés

De acuerdo con Morales en 2006 el estrés se puede clasificar en distintas formas, las cuales son:

Según sus efectos

i) Eustrés: Se le denomina así al tipo de estrés positivo ante determinados contextos. Es aquel en el que nuestro organismo entra en estado de alerta activándose de tal forma que facilita afrontar con mayor éxito un problema específico.

ii) Distrés: Es considerado como un estrés de tipo negativo y suele suceder cuando la exigencia de las tareas se encuentra por encima de las capacidades de resolución de un individuo, produciendo una carga de trabajo no asimilable que resulta en un desequilibrio fisiológico y psicológico que afecta los contextos donde se desempeña la persona.

Según el contexto en el que se presentan

i) No laboral: este tipo de estrés está relacionado con factores individuales, familiares, culturales, factores domésticos, académicos, económicos y de relaciones interpersonales.

ii) Laboral: Se le denomina al malestar o afecciones provocadas por situaciones propias de la organización en la que se colabora. Suele ser resultado de la interacción entre las capacidades de resolución de la persona y los factores estresantes.

1.2 El estrés laboral

El estrés laboral es el resultado de diferentes factores psicosociales tomando en cuenta el entorno, trastornos de las funciones biológicas, la organización de las labores, la carga y el contenido, así como la interacción de los factores externos que no dependen necesariamente del trabajo (Trucco, 2004).

De igual forma Valenzuela y Trucco (1999) definen el estrés laboral como las reacciones negativas físicas y emocionales que ocurren cuando las capacidades, recursos o necesidades no logran satisfacer las exigencias del trabajo, esto puede llevar a un deterioro significativo de la salud que se genera de la dinámica entre el trabajador y las condiciones de trabajo.

Castro (2016) propone que el estrés es uno de los principales riesgos laborales que representan una amenaza para la salud de los colaboradores y a su vez una amenaza para la salud de las organizaciones, ya que se produce un deterioro en el ámbito laboral e influye negativamente en las relaciones interpersonales, en el rendimiento y la productividad.

De igual manera, el estrés puede significar para las organizaciones un factor que determine el nivel de absentismo, aumento de accidentalidad e incapacidad laboral (García, 2006).

1.2.1 Clasificación del estrés laboral

Según García, 2006 (en Castro, 2016) el estrés laboral se clasifica en dos tipos:

1. Episódico: Es aquella situación que se da momentáneamente y no se pospone por mucho tiempo y después de que se enfrenta o resuelve todos los síntomas desaparecen.
2. Crónico: Es aquella situación que se presenta constantemente, por lo que los síntomas aparecen cada vez que la situación se presenta. En el sector de servicios una de las formas más comunes de conocer este tipo de estrés es el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) (Burnout) (Gil Monte et al., 2005).

De acuerdo con Hernández et al. (2012) el síndrome de burnout se considera un tipo de estrés laboral generado específicamente en labores que desempeñan relaciones interpersonales y/o prestan algún servicio caracterizado por un proceso de despersonalización, cansancio emocional y un cese de la realización personal. Es por esto por lo que, en las profesiones de salud como las enfermeras se emplea el concepto de estrés laboral ya que logra abarcar diversas situaciones que generan estrés y no sólo las que derivan de las relaciones interpersonales y el servicio al paciente.

1.3. El estrés laboral en el personal de enfermería

El personal de instituciones de salud es uno de los grupos laborales en los que se ha descrito los riesgos y consecuencias del estrés laboral (Trucco, 1999; García, 2006).

La profesión de enfermería se distingue por manejar situaciones críticas en las que es necesario un desenvolvimiento eficiente y efectivo. Así, Karasek y Theorell, 1990 (en Blanco, 2004), plantean el Modelo de Demanda-Control donde describen al trabajo de la enfermería como de bajo control y alta demanda, entendiendo a la profesión como un trabajo de alta tensión, con niveles altos de estrés y baja satisfacción laboral. De este modo, los autores plantean que el estrés laboral y sus efectos no resultan simplemente del ambiente laboral, sino del conjunto de las demandas de la situación de trabajo y de la libertad que tiene el individuo para tomar decisiones y así poder enfrentar estas demandas.

El personal de enfermería, según Castro (2016) requiere desarrollar habilidades mentales y emocionales de cierto rigor, puesto que es una labor expuesta a múltiples agresiones como lo son la interacción con pacientes diagnosticados negativamente y con

la necesidad de cuidado intensivo o prolongado en el que se requiere alta concentración y responsabilidad acompañados de desgaste físico y mental.

Más Pons y Escribà Agüir (1998) resaltan que los principales factores de riesgo relacionados con el estrés laboral del personal de enfermería se encuentran relacionados con: el contenido de trabajo, el nivel de responsabilidad, el conflicto y la ambigüedad del rol, el clima organizacional, el contacto con pacientes, carga de trabajo, la necesidad de mantenimiento, desarrollo de alguna cualificación profesional, horarios irregulares y el ambiente físico en el que se realiza el trabajo.

Posteriormente el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional, 1999 describe los factores

El diseño de los trabajos: se refiere al trabajo intenso, descansos inhabituales, largos turnos de trabajo que provocan poco sentido de control.

El estilo de dirección: es la poca participación de los colaboradores en las decisiones, la falta de comunicación dentro de la institución.

Relaciones interpersonales: se refiere a los deficientes ambientes sociales y el poco apoyo de compañeros o supervisores.

Roles de trabajo: expectativas de trabajo mal definidas y carga excesiva de responsabilidades.

Preocupaciones de la carrera: es la falta de seguridad laboral, falta de crecimiento personal o cambios rápidos para los que los colaboradores no están listos.

Condiciones ambientales: se refiere al exceso de ruido, contaminación en el aire y condiciones desagradables o peligrosas dentro del área de trabajo.

Adicionalmente, Trucco (1999) agrega el contexto macrosocial, estrato socioeconómico, edad y género como factores que determinan el estrés laboral dentro de las instituciones de salud.

2. Capítulo dos: Regulación emocional

Se puede entender a la regulación emocional como el conjunto de habilidades para moderar las emociones propias y ajenas, sin aminorar ni intensificar la información que comunican (Mayer y Salovey, 1995 en Cabello; et al., 2006).

Dentro del estudio de la regulación emocional existen tres principales modelos que son:

El modelo de inteligencia emocional de Mayer y Salovey (1995) donde integran los componentes de percepción, expresión emocional, facilitación emocional, comprensión emocional y regulación emocional.

El modelo de afrontamiento de Stanton, Kirk, Cameron y Danoff-Burg (2000) basado en el modelo de estrés de Lazarus y Folkman (1984) en donde se desarrolló el concepto de procesamiento emocional y expresión emocional a partir de la creación de la Escala de Afrontamiento Emocional (EAC) por Stanton, Parsa y Austenfeld (2002).

El modelo de regulación del afecto de Gross y John (2015) en este modelo se afirma que la regulación emocional es distinta a la regulación del afecto, afrontamiento y defensas psicológicas pues este se centra en estrategias que son clasificadas según el momento en el que se utilizan dentro del proceso emocional (Cabello, 2006).

El presente trabajo se basa en Gross (2015) debido a que este modelo propone que la regulación emocional puede estudiarse de forma independiente al contexto físico o temporal, pues la emoción se desarrolla con el tiempo, además de que distinguen a este proceso de otras formas de regulación del afecto y de las defensas psicológicas enfocándose directamente en las estrategias de regulación de las emociones, por lo que a continuación describirá parte de su fundamento.

2.1 Modelo de regulación de las emociones de James J. Gross

De acuerdo con el modelo de Gross (2015); las emociones surgen a partir de una evaluación a diferentes señales (*emotional cues*), y cuando se les asiste y evalúan provocan un conjunto sincrónico de respuesta en las que se involucran sistemas experienciales, conductuales y fisiológicos.

Este modelo plantea que puede regularse en cinco puntos:

- (1) selección de la situación
- (2) modificación de la situación
- (3) despliegue de la atención
- (4) cambio de cogniciones
- (5) modulación de respuestas experienciales, conductuales y fisiológicas

Los primeros cuatro se centran en los antecedentes, y refieren a las cosas que hacemos antes de que las tendencias de respuesta emocional se hayan activado por completo cambiando nuestro comportamiento y respuesta fisiológica periférica, mientras que el quinto se centra en las respuestas y refiere a cosas que hacemos una vez que una emoción ya está en marcha y se ha producido tendencias de respuesta.

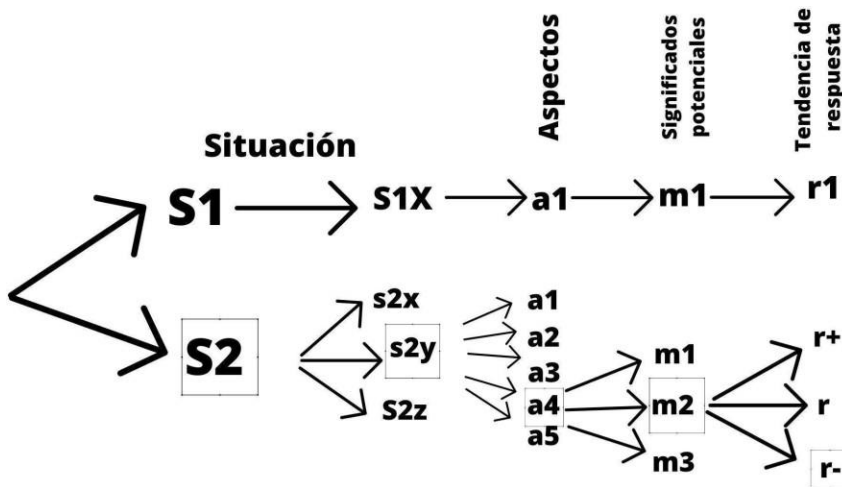
Particularmente, Gross (1998) se enfoca en las estrategias de regulación emocional y propone dos categorías en función del proceso emocional:

La primera categoría se centra en las estrategias previas a la emoción: las que surgen en el proceso cognitivo donde surgiría una reevaluación con interpretación de la situación.

La segunda va dirigida a las estrategias que surgen ante la respuesta emocional: el manejo de las emociones ya existentes.

El modelo de Regulación emocional de Gross se puede representar de acuerdo con la figura 1; Partiendo del lado izquierdo se presenta como una persona puede decidir sobre una de las tres situaciones hipotéticas (s_{2y} , en lugar de s_{2x} o s_{2z}), de esta situación la persona puede dirigir su atención sobre un aspecto específico de dicha situación (a_4) en lugar de los otros (a_1 , a_2 , a_3 o a_5). De acuerdo con Gross (2015) a la motivación por dirigir su atención ante aspectos positivos de una situación por el impacto emocional frente a otros aspectos se le llama despliegue atento (Atencional Deployment), de igual manera un solo aspecto puede tener diversos significados potenciales (m_1, m_2 o m_3) aquí mediante el cambio cognitivo (Cognitive Change) se seleccionará cuál de los significados emocionales potenciales se añadirá a la situación y es este significado (m_2) lo que va a dar lugar a las tendencias de respuesta (Responses) experienciales, conductuales y fisiológicas que definen la emoción. De esta forma la modulación de respuesta se refiere a perturbar una o más de estas tendencias resultando en un aumento en la respuesta ($r+$), la disminución en la respuesta ($r-$) o con la ausencia de cambios en la respuesta (r).

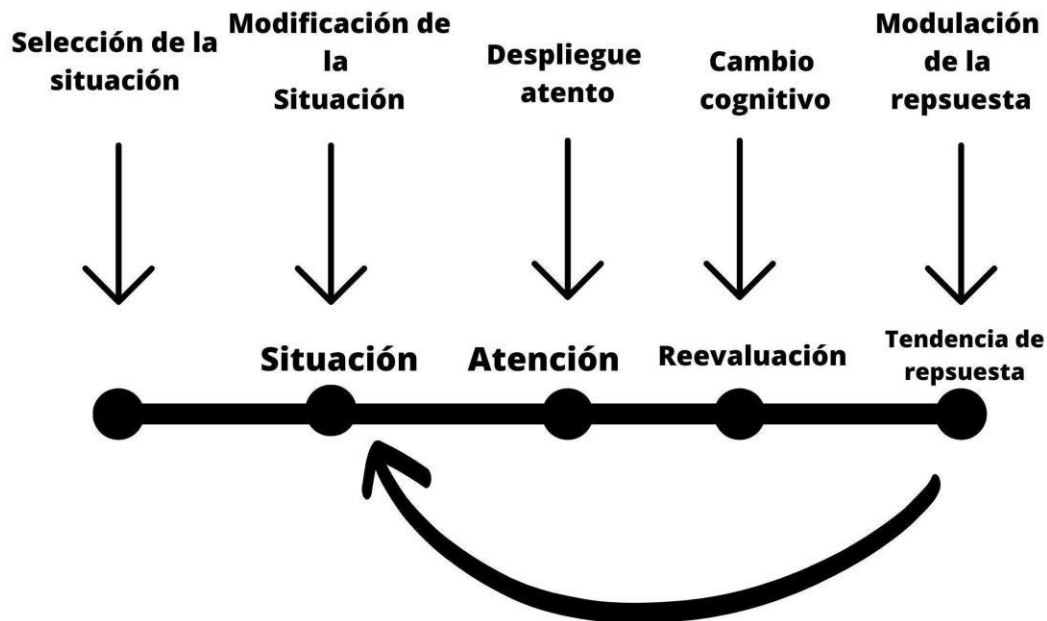
Figura 2.1. Modelo de proceso de generación de emociones



Nota: Adaptado de *El modelo de proceso de regulación de las emociones* de Gross, 2015, *Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects*, pp.6. DOI: 10.1080/1047840X.2014.940781.

Dicho modelo trata a cada uno de los puntos del modelo modal como un objetivo potencial para la regulación de las emociones que genera cinco grupos de estrategias de regulación emocional caracterizadas por el punto del proceso en el que recae su impacto principal, a partir de esto Gross (2015) propone un marco en donde se puede simplificar la relación que existe entre las familias de las estrategias de regulación de las emociones y los momentos en el proceso de generación de emociones como se muestra en la figura 2.

Figura 2.2. Proceso de regulación de las emociones



Nota: Adaptado de *El modelo de proceso de regulación de las emociones* de Gross, 2015, *Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects*, pp.6. DOI: 10.1080/1047840X.2014.940781.

Las cinco estrategias de regulación emocional propuestas en el modelo de Gross (2015) son:

Selección de la situación (*Situation Selection*): Se centra en tomar acciones de acuerdo con que tan probable terminar en una situación que dé lugar a emociones deseables o indeseables. Este tipo de estrategias pueden tener el propósito de aumentar la exposición de un sujeto a situaciones útiles o disminuir la exposición a situaciones dañinas. Por ejemplo: evitar a un compañero de trabajo conflictivo, hablar con alguien sobre un problema para sentirse mejor.

Modificación de la situación (*Situation Modification*): Refiere a tomar acciones que cambien directamente la situación para que su impacto emocional sea diferente. Ya que modificar una situación crea una situación "nueva" es complicado diferenciar claramente entre la selección y la modificación de la selección. Además, de acuerdo con esta definición, la modificación tiene que ver con entornos físicos externos y no con "situaciones internas". Por ejemplo: Guardar una carta de rechazo en vez de dejarla sobre el escritorio.

Despliegue atencional (*Attentional Deployment*): Se refiere a dirigir la atención a uno de los aspectos de la situación con el objetivo de influir en la propia respuesta emocional. Este tipo de estrategias resaltan sobre las otras por ser utilizadas desde la niñez hasta la vejez. Por ejemplo: cuando se trata de distraer a un niño que llora y se le muestra un juguete, o como cuando alguien recuerda momentos agradables.

Cambio Cognitivo (*Cognitive Change*): Significa cambiar la propia valoración de una situación para modificar el impacto emocional. El cambio cognitivo puede ocurrir de manera externa (lo que se piensa sobre la situación) o interna (lo que pensamos sobre nuestra capacidad para afrontar la situación). Una de las principales estrategias dentro del cambio cognitivo es la Reevaluación, cuyo objetivo es modificar las interpretaciones y pensamientos que se tienen de las situaciones, los demás y nosotros mismos. Por ejemplo: Una persona al sentir latir su corazón de prisa lo interpreta como una activación que potencializa su habilidad para desempeñarse de manera óptima en lugar de juzgarlo como un signo de debilidad que lo limitará.

Modulación de respuesta (*Response Modulation*): Consiste en ajustar las respuestas experienciales, cognitivas o fisiológicas ante una situación determinada. Dentro de este

tipo de estrategias se encuentra la supresión emocional que alude al esfuerzo continuo para inhibir la expresión de una emoción. Por ejemplo: Una persona intenta mostrarse tranquila ante los demás tratando de no verse débil mientras que siente miedo o angustia.

Uno de los instrumentos es el propuesto por John y Gross (2003) titulado: Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ), en la que incluyen la escala de dos estrategias:

reevaluación cognitiva (que refiere un cambio cognitivo que modifique el impacto emocional) y supresión emocional (que refiere inhibir una conducta de expresión emocional).

3. Capítulo tres: Ansiedad

La ansiedad fue definida como: “Un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se activa al anticipar situaciones o circunstancias que se juzgan como muy adversas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo” (Clark y Beck, 2010).

De acuerdo con Keegan (2007) Barlow planteó en 2002 que cualquier teoría de la ansiedad que espere ser apta para la investigación o tratamiento de los trastornos de ansiedad tiene la obligación de hacer una distinción clara entre el “miedo” y la “ansiedad”.

Por un lado Barlow (2002) asegura que “el miedo es una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, que se caracteriza por una activación intensa y por las tendencias de acción”, mientras que la ansiedad la explicaba como “una emoción orientada en el futuro, distinguida por la percepción de falta de control e impredecibilidad sobre a situaciones potencialmente adversos y con un cambio de rápida atención en el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos”.

Por otro lado, Beck, Emery y Greenberg (1985) definen al miedo como un proceso cognitivo que implica la valoración de que hay un peligro real o potencial en un momento específico, mientras que la ansiedad es la respuesta emocional provocada por el miedo, en sus palabras: “el miedo es la valoración del peligro, la ansiedad es un estado de sentimiento negativo evocado cuando se estimula el miedo”.

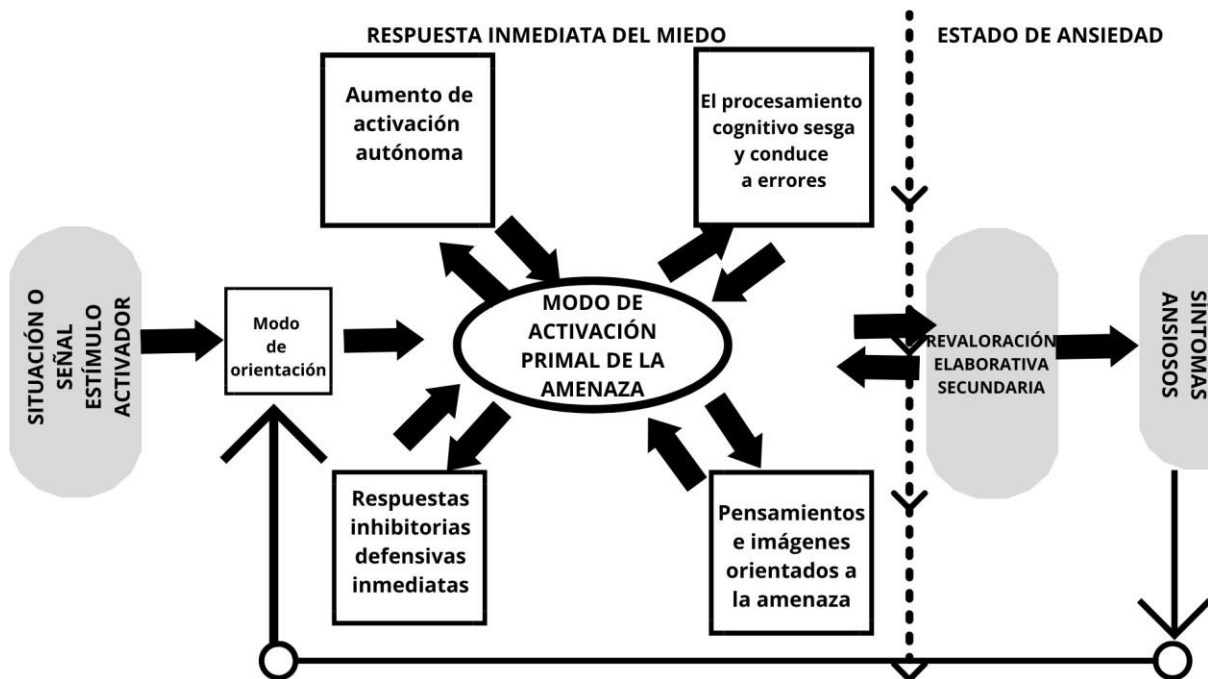
Ambas definiciones concuerdan en que el miedo es una estructura fundamental y discreta enfocada en un peligro real o presente mientras que la ansiedad es una respuesta subjetiva más general.

Para Beck et al. (1985) la ansiedad debe centrarse en el concepto de vulnerabilidad que se puede definir como la apreciación que una persona tiene de sí misma como elemento de peligros internos y externos sobre los que carece de control o es insuficiente para generar una sensación segura.

3.1. Modelo cognitivo de la ansiedad

Clark y Beck (2010) proponen un diagrama para explicar el modelo cognitivo de la ansiedad (Figura 3) dividido en tres fases de procesamiento: modo de orientación, modo activación primal de la amenaza y la revaloración elaborativa secundaria.

Figura 3.1: Esquema del modelo cognitivo de la ansiedad.



Nota: Adaptado de Modelo cognitivo de la ansiedad de Clark y Beck, 2010, Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad, pp. 68.

3.1.1. Modo de orientación.

El modo de orientación es un conjunto de esquemas que proporcionan la percepción inicial de una situación o estímulo que opera de acuerdo con coincidencias, donde los esquemas se activan si la situación concuerda con la plantilla de orientación. Es entonces que el esquema al identificar estímulos negativos y personalmente relevantes puede verse sesgado. De acuerdo con Beck (2010) estos esquemas de orientación se ejecutan a nivel automático preconsciente por lo que se obtiene una percepción casi inmediata de estímulos negativos y pueden significar alguna amenaza posible para el individuo y asignarles una prioridad inicial de procesamiento.

En los trastornos de ansiedad este esquema se centra en detectar información emocional negativa que por consecuencia será entendida como peligrosa y activa el modo primal de amenaza. En consecuencia, la persona tendrá un sesgo atencional selectivo a datos emocionales negativos que van a fomentar el funcionamiento del esquema ansioso.

3.1.2. Modo de activación primal de la amenaza

De acuerdo con Clark y Beck (2010), el modo de activación primal de la amenaza tiene el objetivo de garantizar la seguridad y eliminar el peligro del individuo y esto lo consigue a partir de cinco esquemas:

Esquemas cognitivo-conceptual: estos interpretan creencias y reglas que son importantes para obtener inferencias y deducciones de una amenaza, estas buscan valorar la amenaza y el peligro por el bienestar individual.

Esquemas conductuales: estos interpretan códigos de disposición de respuesta que hagan una respuesta defensiva rápida y espontánea ante el peligro con el objetivo de conductas defensivas prontas (movilización, inmovilización, alejamiento y evitación).

Esquemas fisiológicos: estos interpretan información conveniente para la activación autónoma percibida y sensaciones físicas.

Esquemas motivacionales: estos se encuentran relacionados con los esquemas conductuales y llevan a interpretar de acuerdo con nuestras creencias y reglas que tan importante es evitar una amenaza para disminuir lo repentino de una situación adversa, la ausencia de control sobre la situación y la incomodidad.

Esquemas afectivos: se encargan de interpretar la experiencia subjetiva de la emoción con el objetivo de garantizar que la atención se enfoque en el peligro para ejecutar una acción correctiva, al producirse la experiencia emocional los sujetos presentan sentimientos de nerviosismo, tensión y agitación.

Así, del modo primal se inicia el proceso psicológico para poder concretar la respuesta inmediata del miedo. Durante este proceso se pueden distinguir otros cuatro procesos que se relacionarán de manera bidireccional del modo primal y dependen de este para que la actividad ocurra inicialmente, para luego retroalimentar de tal forma que se pueda reforzar la valoración primaria de la amenaza. Los procesos son los siguientes:

Sesgos y errores cognitivos

Surge como un efecto colateral al limitar la atención del sujeto con los efectos amenazantes de la situación, por consiguiente, el proceso cognitivo se vuelve muy selectivo que incrementa la amenaza y reduce el procesamiento de señales de seguridad.

Los principales errores cognitivos son:

- Minimización: consiste en menospreciar los aspectos importantes y los recursos individuales.
- Abstracción selectiva: consiste en enfocarse principalmente en las debilidades.
- Magnificación: distorsiona los defectos minúsculos como grandes problemas.
- Catastrofización: supone que las equivocaciones o las amenazas terminarán en desastre.

Respuestas defensivas e inhibitorias inmediatas

Al surgir la activación del modo primal de amenaza se manifestarán respuestas protectoras inmediatas asociadas con: escapar, evitar, desmayarse, luchar, etc. De acuerdo con Beck (2010) este tipo de respuestas son innatas y automáticas y ayudan a reforzar el modo de activación primal de amenaza que protege al sujeto.

Aumento de la activación autónoma

La activación autónoma es consecuencia de la activación del modo de amenaza. En otras palabras, Beck (2010) dice que la ansiedad subjetiva es proporcional a la percepción del peligro. Por lo tanto, disminuir el nivel de activación suele ser el principal interés de las personas ansiosas, pues suelen experimentar un incremento de activación fisiológica que confirma la interpretación de la amenaza.

Pensamientos e imágenes orientadas hacia la amenaza

En este punto la activación del modo de amenaza generará pensamientos e imágenes casi inmediatas de la situación amenazante o de peligro, Beck (2010) caracteriza a los pensamientos como transitorios, sumamente específicos y discretos, espontáneos, involuntarios en coherencia con el estado emocional y como una figura parcial de la

realidad. Este tipo de pensamientos automáticos evidencian las inquietudes de la persona al exponer temas de amenaza, peligro y vulnerabilidad.

3.1.3. Revaloración elaborativa secundaria

Luego de la activación automática de la amenaza surgen una fase de revaloración secundaria que depende de diferentes factores para generar un aumento o un descenso de la ansiedad. A este nivel el proceso de la información se lleva a cabo de manera más consciente y controlada lo que ayudará a retroalimentar el modo de amenaza para acentuar o debilitar la intensidad de la actividad (Clark y Beck, 2010).

Al mismo tiempo estos autores proponen que existen cinco fenómenos cognitivos que se relacionan con el procesamiento elaborativo secundario:

Evaluación de recursos de afrontamiento

Esta se define como la valuación intencionada, a través del pensamiento estratégico, de la capacidad para afrontar la amenaza percibida. Clark y Beck (2010) recalcan que en los trastornos de ansiedad el modo de activación primal de amenaza altera de tal forma este tipo de procesos elaborativos que la percepción de recursos de afrontamiento genera sólo un incremento en la sensación de desprotección.

Búsqueda de claves de seguridad

Rachman en 1984 (en Clark y Beck, 2010) explica el concepto de claves de seguridad como la probable disonancia entre miedo y evitación, en otras palabras, el miedo sin evitación y la conducta de evitación cuando no existe el miedo. Agregando Clark y Beck (2010) explican esta probable disonancia a que la seguridad se define de una forma muy limitada como: "la reducción inmediata de la ansiedad", por lo que cuando no existen claves de seguridad confiables puede originar en el individuo un estado de ansiedad

crónica y así impulsar una continua búsqueda de señales de seguridad más intensas, así que proponen que este tipo de estrategias surgen de la creencia disfuncional de que "existe una gran amenaza que no puedo resolver a solo".

Pensamiento de modo constructivo

Este tipo de fenómenos se centra más en la resolución de problemas que en las respuestas destinadas a la protección o a la huida. Esto se logra a partir de recursos de afrontamiento más realistas ilustrados con la ayuda de esquemas del "modo constructivo", este tipo de esquemas se obtienen primordialmente con la ayuda de la experiencia vital y se encargan de promover las actividades que aumenten los recursos de vida del sujeto.

De acuerdo con Clark y Beck (2010) la capacidad de un sujeto para iniciar el pensamiento reflexivo, ser autoconsciente, evaluar pensamientos propios, resolver problemas y reevaluar un punto de vista basado en pruebas opuestas es propio de la activación de los esquemas del modo constructivo.

Inicio de la preocupación

La preocupación se puede definir como "Una cadena de pensamientos e imágenes, cargadas de afecto negativo y relativamente incontrolable, que constituye un intento de iniciar la resolución mental de problemas sobre una cuestión cuyo resultado es incierto, pero contiene la posibilidad de uno o más resultados negativos y que se relaciona estrechamente con los procesos del miedo" (Borkovec, Robinson, Pruzinsky & DePree, 1983, p. 10 en Clark y Beck, 2010). A partir de esto Clark y Beck (2010) plantean a la preocupación como consecuencia del proceso de revaloración elaborativo secundario que en estados no ansiosos se ejecuta como un proceso adaptativo que encamina a la

resolución efectiva de problemas, ya que esta se engancha al pensamiento constructivo por el cual el individuo formula soluciones realistas en base al análisis de los elementos adversos.

Revaloración de la amenaza

Por último, en el pensamiento elaborativo secundario surge la revalorización consciente de la situación de peligro. De acuerdo con Beck y Clark (2010) en los estados no ansiosos esto puede manifestarse en la disminución de la ansiedad en medida en que la persona le va otorgando menor probabilidad a la gravedad del peligro. De igual forma agregan que el poder identificar los signos de seguridad en el medio y la revaloración de estrategias de afrontamiento pueden derivar en disminuir la sensación de vulnerabilidad.

Es así como los procesos cognitivos elaborativos secundarios son los que determinarán la permanencia del sentimiento de ansiedad, en tanto que el modo de activación primal de la amenaza será la encargada de las respuestas inmediatas del miedo dentro del esquema cognitivo de la ansiedad.

Dentro de las escalas que tienen como objetivo medir la ansiedad se encuentra la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) (Hamilton, 1959) y la Beck Anxiety Inventory (BAI) (Beck y Steer 1987). Más tarde Beck y Steer (1991) realizan una comparación entre ambas escalas determinando que reflejaban diferentes dominios de contenido, por un lado, el BAI manifestó en sus componentes principales a evaluar la subjetividad, las respuestas autónomas y síntomas de pánico auto reportados, mientras que por otro lado el HARS se enfocó a evaluar aspectos constituidos clínicamente, síntomas somáticos y de ansiedad psíquica.

4. Antecedentes

Existen en la literatura estudios que buscan identificar los factores psicosociales (Gil Monte, 2002; Gil Monte et al., 2005; Reyez, Soloaga, Pérez y Dos Santos, 2007; Flynn et al. 2009; Abreu, 2011; Abanto, 2018) y emocionales (Limonero et al. 2004; Giménez et al. 2019; Salvarani et al. 2019, Fuentes, 2019) que han sido relacionados con el estrés laboral en profesionales de enfermería.

Así, dentro de los factores psicosociales reportados se encuentra el agotamiento emocional, realización personal, la despersonalización, la falta de reciprocidad, la sobrecarga laboral, el apoyo social (Gil Monte, 2002; Gil Monte et al., 2005; Reyez et al. 2007; Flynn et al. 2009; Abreu, 2011). Particularmente, se ha encontrado que el factor de realización personal muestra una correlación negativa con los factores de despersonalización, agotamiento emocional y conflictos interpersonales (Gil Monte et al., 2005). Adicionalmente, Abanto (2018) ha reportado que a mayor nivel de los factores exigencias psicológicas y control sobre el trabajo, mayor nivel de estrés laboral.

Con respecto a los factores emocionales que se han relacionado con el estrés laboral son las habilidades de regulación emocional (Limonero et al., 2004; Giménez et al., 2019, Salvarani et al., 2019, Fuentes, 2019) y de empatía (Salvarani, et al., 2019).

En este sentido, se ha reportado que el personal de enfermería con menores habilidades en estos dos factores (empatía y habilidades de regulación emocional) muestran mayor nivel de desgaste emocional, despersonalización y un reducido nivel de realización personal (Salvarani, et al., 2019).

En esta misma línea, algunos estudios han indicado que las mujeres suelen experimentar niveles de estrés mayores que sus colegas hombres (Limonero, 2004; Giménez et al., 2019). Giménez et al. (2019) menciona que la razón de estas diferencias

podría radicar en las distintas estrategias de regulación emocional que se aplican en cada género. En un estudio identificó que los hombres utilizan en mayor medida que las mujeres estrategias de regulación emocional positiva como la reinterpretación y la focalización positiva (habilidades adaptativas). Sin embargo, también muestran mayor puntaje que las mujeres en habilidades desadaptativas como la catastrofización y el culpar a otros. No obstante, cabe señalar que ambos estudios que reportan diferencias de género se realizaron con una población principalmente femenina por lo cual se sugiere corroborar dichos resultados con una muestra mayor (Giménez et al., 2019).

A nivel nacional, también existen algunas investigaciones que se enfocan en identificar la relación que tiene el estrés laboral con factores psicosociales (Cabrera et al., 2005; Rodríguez et al., 2009; Aldrete et al., 2015) y estados emocionales (Flores et al., 2010; García et al., 2014).

Con respecto a los factores psicosociales, una de las investigaciones que fue realizada en Guanajuato, encontró que el 39% de su población muestran estrés laboral, el 40% presenta agotamiento emocional y que el 63% ha perdido interés por el trabajo, siendo este el factor psicosocial con mayor frecuencia en enfermeros (Cabrera et al., 2005). Los autores emplearon la escala de Cyberia Shink y refirieron un alfa de Cronbach de 0.74. También reportan que existen diferencias entre enfermeros que presentan estrés laboral y enfermeros que no presentan estrés laboral en las variables: edad ($p=0.001$), puesto de trabajo ($p=0.05$) y antigüedad en el puesto ($p=0.05$). Los autores concluyen que existe una correlación entre agotamiento emocional y el ambiente en el que se desempeñan los profesionales de enfermería.

En esta línea de investigación, Rodríguez et al. (2009) realizaron un estudio en dos hospitales en CDMX donde reportaron que existe un nivel de estrés laboral alto en el 88% de los participantes de un hospital en Ecatepec y en un 82% en un hospital de Cuautitlán. El trabajo fue realizado en una muestra de 122 enfermeras y se utilizó el Maslach Burnout Inventory (MBI). Las autoras encontraron que las variables psicosociales que se encuentran relacionadas con el nivel de estrés laboral son: el servicio, con un 90 a 100% en urgencias, cuneros, supervisión y consulta externa; el turno, en un 90 a 100% en el turno nocturno; el puesto, en un 100% en las licenciadas de enfermería y supervisoras; y el número de pacientes atendidos por turno, en un 96 a 100% en profesionales que atienden de 16 a 20 o 1 a 4 usuarios. Las autoras concluyen que el estrés laboral se encuentra presente en los profesionales de enfermería, por lo que es importante considerarlo dentro de los programas de atención para los profesionales de enfermería.

Por su parte, Aldrete et al. (2015) indagaron sobre la relación entre los factores psicosociales laborales con el estrés laboral y encontraron que dentro de las dimensiones del estrés laboral se identificó un 33.3% con agotamiento emocional, 50.8% con baja realización personal, y 17.9% con despersonalización. La investigación fue realizada en la ciudad de Guadalajara utilizando el Maslach Burnout Inventory (MBI) y el instrumento de factores Psicosociales de Sylva. Los autores identificaron que el agotamiento emocional se relaciona con la carga de trabajo, exigencias laborales, papel/desarrollo de la carrera, interacción social, y contenido/características de las tareas. Los autores concluyeron que se presenta una relación entre los factores psicosociales mencionados previamente y el nivel de estrés laboral en profesionales de enfermería.

Por otro lado, solo un par de investigaciones nacionales han vinculado los estados emocionales con el estrés laboral y han encontrado factores como la ansiedad (Flores et al., 2010; García et al., 2014) y la depresión (García et al., 2014).

En un estudio realizado en un hospital de tercer nivel en Guadalajara, se encontró que el 18.2% de su población manifestaba estrés laboral, mientras que un 38.8% de los participantes presentó ansiedad cognitiva y el 36% de los enfermeros ansiedad somática (Flores et al. 2010). Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Síntomas de Estrés (ISE), Escala de predisposición a la activación (EPA), inventario de ansiedad cognitiva y somática (CAS) y un cuestionario para evaluar la práctica profesional de enfermería. Los autores encontraron también que los niveles de estrés se manifiestan en el servicio de pediatría, en el turno nocturno y en el personal que contaba con menos de 5 años y más de 20 años de antigüedad, mientras que los niveles de ansiedad se presentaban en el turno matutino y en los enfermeros con una antigüedad menor a 5 años. El estudio concluye que las variables que afectan en mayor medida a los profesionales de enfermería y que provocan ansiedad y estrés son: la jornada laboral, la antigüedad y el servicio en el que se desempeñan.

De manera similar, en la ciudad de Ensenada Baja California, se realizó un estudio con el objetivo de identificar la existencia de diferencias de género y los estados afectivos emocionales en los enfermeros. Se reportó que el 21.5% de la población manifestó depresión, el 25.4% de la población manifestó estrés y el 28.5% de la población manifestó ansiedad. (García et al., 2014). El estudio fue realizado empleando la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). Los autores identificaron que la mayoría (>70%) de los enfermeros se ubican dentro de los rangos normales de los estados

afectivos y que no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al género. Sin embargo, reportaron que en mujeres aparecen niveles muy altos de ansiedad (5.4%) y estrés (0.9%) mientras que en hombres no aparecen a niveles altos en ninguno de los estados afectivos emocionales. Se concluyó que existe una asociación entre las variables: depresión, ansiedad y estrés.

Hasta donde se sabe, son pocas las investigaciones que se han realizado a nivel nacional, la mayoría de ellas buscan principalmente describir la presencia de estrés laboral, así como indagar sobre los factores psicosociales que lo producen. Por otro lado, otras investigaciones describen la presencia de ansiedad, depresión y estrés en los enfermeros.

A la fecha no se han encontrado trabajos a nivel nacional que investiguen sobre las habilidades de regulación emocional en profesionales de enfermería.

De este modo, esta investigación busca indagar sobre las habilidades de regulación emocional en profesionales de enfermería contribuyendo a identificar el tipo de estrategias cognitivas que se utilizan y su posible relación con el nivel de ansiedad y estrés laboral.

5. Planteamiento del problema

El estrés es un conjunto de respuestas emocionales, conductuales, cognitivas y fisiológicas, que se presentan por la valoración cognitiva que una persona realiza en interacción con el entorno (Lazarus y Folkman, 1986; Hernández et. al, 2012).

Cuando se presenta este tipo de estrés en el trabajo es conocido como estrés laboral (Barraza, 2007).

El estrés laboral implica que la situación estresante dependerá de la percepción individual sobre las exigencias del ambiente, y su capacidad para valorar los recursos con los que cuenta para afrontar dichas demandas (Hernández et. al, 2012).

Es relevante estudiar el nivel de estrés laboral por las consecuencias negativas que puede acarrear, sobre todo en los ámbitos clínicos como la enfermería.

En trabajos internacionales se ha encontrado que el personal de enfermería con mayor nivel de estrés laboral muestra menor realización personal y mayor despersonalización, agotamiento emocional y conflictos interpersonales (Gil Monte et al., 2005; Abanto, 2018).

Asimismo, se ha reportado que los individuos con menores habilidades de regulación emocional y empatía muestran mayor desgaste emocional, despersonalización y menor realización personal (Salvarani, et al., 2019).

Las distintas estrategias de regulación emocional han sido asociadas con el género, por lo que se ha sugerido que dicho factor puede influir en el nivel de estrés laboral, aunque esto aún no ha sido comprobado.

En los estudios nacionales se ha encontrado que los profesionales de enfermería que tienen mayor nivel de estrés laboral presentan un alto nivel de despersonalización,

agotamiento emocional y baja realización personal (Cabrera et al., 2005; Aldrete et al., 2015).

De igual manera se ha reportado que la jornada laboral, la antigüedad y el servicio donde se desempeñan los profesionales de enfermería, son variables que afectan proporcionalmente los estados emocionales (Flores et al., 2010; García et al., 2014).

Sin embargo, aún no se cuentan con estudios que hayan valorado las habilidades de regulación emocional en profesionales de enfermería y su relación con el estrés laboral en la población nacional.

Con base a lo anterior, el presente estudio se centra en investigar la relación entre las habilidades de regulación emocional y los niveles de ansiedad con el estrés laboral en profesionales de enfermería en territorio mexicano.

Por otro lado, lo anterior será de utilidad para identificar las habilidades de regulación emocional que son utilizadas por los profesionales de enfermería y su asociación con el estrés laboral; esta información será relevante para poder generar estrategias de intervención futuras con base a las habilidades de regulación emocional que ayuden a la prevención del estrés laboral.

5.1 Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre el estrés laboral y las habilidades de regulación emocional en enfermeras y enfermeros del hospital General de Cholula en el estado de Puebla?

5.2 Objetivos

General: Identificar si existe relación entre habilidades para la regulación emocional y el nivel de estrés laboral en profesionales de enfermería del hospital General de Cholula en el estado de Puebla.

Específicos: Establecer si existe relación entre las habilidades de regulación emocional y el estrés de acuerdo con la antigüedad laboral en los enfermeros del hospital General de Cholula en el estado de Puebla.

6. Metodología

6.1. Participantes

Participaron 102 profesionales de enfermería, 23 hombres (22.5%) y 79 mujeres (77.5%). La edad de los participantes fue entre 19 y 55 años ($\bar{x}=31.32$, $\sigma=6.998$)

6.2. Hipótesis

6.2.1. Hipótesis general:

H1: Se espera una correlación negativa entre el nivel de regulación emocional y el estrés.

6.2.2. Hipótesis específica:

H1: Se espera una correlación negativa entre el nivel de regulación emocional y la ansiedad

H2: Se espera una correlación negativa entre el nivel de regulación emocional y el estrés en enfermeros que llevan menos de 5 años laborando

H3: Se espera una correlación negativa entre el nivel de regulación emocional y el estrés en enfermeros que llevan más de 5 años laborando

H4: Se espera una correlación positiva entre el puntaje de estrés y el puntaje de ansiedad

6.3. Criterios de inclusión

Enfermeros que se encuentren laborando en el Hospital General de San Andrés Cholula.

Participantes con una edad entre 18-50.

Participantes que hayan accedido a participar de manera voluntaria.

Participantes que tengan por lo menos un año laborando

6.4. Criterios de exclusión

Enfermeros que no terminen el cuestionario.

Participantes que no estén de acuerdo en participar en la investigación.

6.5. Instrumentos

6.5.1 Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ).

Descripción del instrumento: La adaptación en español del “Cuestionario de Regulación Emocional” (Cabello, Salguero, Fernández Berrocal y Gross, 2013) es un test de auto aplicación que tiene por objetivo identificar la reevaluación cognitiva (6 ítems) y la supresión expresiva (4 ítems) a partir de aseveraciones que plantean situaciones en las que el evaluado refleja las habilidades de regulación emocional que posee.

Los ítems se evalúan en una escala de tipo Likert que se puntúa de 1 al 7 (1,2,3,4,5,6 o 7) en donde “1” indica que la persona se encuentra totalmente en desacuerdo con la aseveración “7” indica que la persona se encuentra totalmente de acuerdo con esta.

Validez y confiabilidad:

Pese a que la adaptación al español del “Cuestionario de Regulación Emocional” no ha sido validada para población mexicana, esta fue aplicada para hispanohablantes en España por Cabello, Salguero, Fernández Berrocal y Gross, en 2013, con un total 866 participantes, siendo 540 mujeres y 326 hombres, en un rango de edad de 18 a 80 años. Obteniendo resultados positivos con un coeficiente Alfa de Cronbach de $\alpha = 0.75$.

6.5.2 Instrumento de Estrés Laboral para Médicos Mexicanos.

Descripción del instrumento: El “Instrumento de Estrés Laboral para Médicos Mexicanos” (Hernández, Ortega y Reidl, 2012) es un test que busca señalar la frecuencia de las situaciones que se describen en los reactivos ocasionan estrés en los evaluados. El test está conformado por un total de 38 ítems que abarcan 6 dimensiones señaladas: 1) Desgaste emocional, 2) Insatisfacción por retribución, 3) Insatisfacción del ejercicio profesional, 4) Falta de motivación, 5) Exceso de demanda laboral y 6) Demérito profesional. Para la aplicación de este instrumento se utilizaron únicamente los 11 ítems que abarcan el contenido de la dimensión “Desgaste emocional”, además de los 6 ítems que abarcan la dimensión de “Falta de Motivación”.

Los ítems se evalúan en una escala de tipo Likert que se puntúa de 0 al 3 (0,1,2 o 3), en donde “0” indica que la persona nunca ha percibido la situación descrita como estresante y “3” indica que la persona frecuentemente percibe la situación descrita como estresante.

Validez y confiabilidad en México: El “Instrumento de Estrés Laboral para Médicos Mexicanos” fue validado por Hernández González, Ortega Andeane y Reidl Martínez, en 2012 aplicado a 201 médicos practicantes de 19 especialidades en hospitales públicos de Michoacán, Estado de México y Ciudad de México. El coeficiente Alfa de Cronbach fue de $(\alpha) = 0.937$.

6.5.3. Escala de valoración de ansiedad de Hamilton (HARS)

Descripción del instrumento: La “Escala de valoración de ansiedad de Hamilton” (Hamilton, 1959) es un instrumento que se creó con el objetivo de diagnosticar la “*Anxiety neuroses*” a partir del número y la intensidad de los síntomas que presenta el evaluado

al momento de una entrevista clínica. La escala está construida por 14 ítems que abarcan dos dimensiones: 1) Psíquica y 2) Somática. Para la adaptación de este instrumento solo se utilizaron los primeros 13 ítems omitiendo el ítem No. 14 que busca dar una calificación al evaluado sobre su conducta al momento de la entrevista clínica.

Los ítems se califican en una escala tipo Likert que se puntúa de 0 a 4 (0,1,2,3,4) en donde “0” indica que los síntomas descritos se encuentran ausentes y “4” indica que los síntomas son muy intensos o incapacitantes para el evaluado.

Validez y confiabilidad

Aunque el instrumento no se encuentra validado en población mexicana, esta fue aplicada por Beck y Steer (1991) a una muestra de 367 pacientes ambulatorios del Centro de Terapia Cognitiva (CCT) en Filadelfia, Pensilvania, los cuales fueron diagnosticados a partir del DSM-III/III-R y de la entrevista clínica estructurada para DSM-III (SCID), de los cuales 222 fueron mujeres y 145 hombres, con una media de edad de 37.16 años.

6.6. Procedimiento

Para realizar esta investigación se contactó al Hospital General de Cholula por medio de la Dra. Maribel Pérez Marín concediendo permiso para poder contar con la participación del área de enfermería. Durante los meses de noviembre-diciembre del año 2020 se proporcionaron las escalas y consentimientos escritos al área de enfermería en el hospital, en donde se solicitaba contestar de manera libre y voluntaria, así como procurar contestar en un espacio donde el sujeto se sintiera cómodo y tranquilo.

Se obtuvo apoyo del departamento de Enfermería para poder ser distribuida a los participantes en diferentes turnos y diferentes funciones. Una vez contestadas se llevó a

cabo la recolección de los datos de manera presencial para poder hacer un vaciado de información al programa IBM SPSS Statistics 25 con el objetivo de realizar los análisis oportunos.

6.7. Análisis de datos

Se aplicaron pruebas no paramétricas con base a las características de la muestra (K-S=181, $p = .000$). Para las correlaciones se utilizó el estadístico Rho de Spearman (r) y para las comparaciones entre las categorías realizadas se utilizaron el estadístico U de Mann-Whitney (U) y el H de Kruskal-Wallis (H)

7. Resultados

7.1 Características de los participantes

Participaron 102 profesionistas, 79 enfermeras y 23 enfermeros del Hospital General de Cholula en el estado de Puebla. En relación con el tiempo laborado, el 46.1% (n=47) tenían una antigüedad entre 1 a 5 años y el 53.9% (n=55) tenían una antigüedad mayor a los 5 años. También se obtuvieron datos sobre el estado civil y el nivel de estudios que se presentan en las siguientes tablas.

Tabla 7.1

Frecuencias y porcentaje del estado civil en enfermeros.

Estado civil		
	Frecuencia	Porcentaje
Soltero/a	56	54.9
Unión libre	9	8.8
Casado/a	26	25.5
Viudo/a	1	1.0
Divorciado/a	1	1.0
En una relación	7	6.9
Separado/a	2	2.0
Total	102	100.0

Tabla 7.2

Frecuencias y porcentaje del nivel de formación en enfermeros
Nivel de formación

	Frecuencia	Porcentaje
Técnico de enfermería	43	42.2
Licenciado en enfermería	45	44.1
Especialidad en enfermería	11	10.8
Profesional de enfermería con maestría	3	2.9
Total	102	100.0

7.2 Pruebas de comparación

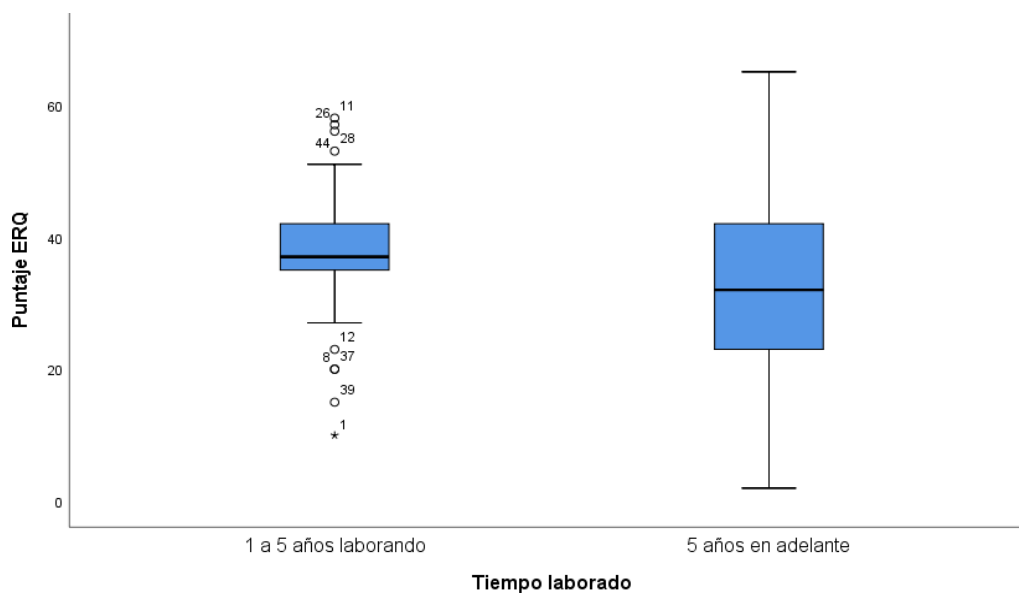
De acuerdo con la prueba de normalidad se aplicó el estadístico U de Mann- Withney en cada uno de los instrumentos empleados y se hicieron comparaciones considerando las siguientes categorías; edad (menor de 30 años y mayor de 30 años), género (hombres y mujeres), y tiempo laborado (1 a 5 años y más de 5 años). De igual manera, se aplicó el estadístico H de Kruskal-Wallis para comparar los grupos usando la categoría: nivel de formación (técnico, licenciatura y posgrado).

7.2.1 Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ)

Según el puntaje general obtenido en el ERQ se encontraron diferencias entre grupos por tiempo laborando ($U=943.5$, $p = .019$) siendo mayor el puntaje del grupo de 1 a 5 años que el grupo de más de 5 años. No hubo diferencias entre grupos cuando se compararon por edad ($U= 1059$, $p = .155$), género ($U= 902.5$, $p = .962$) ni por nivel de formación ($H(2)= .979$, $p = .613$).

Figura 7.1

Gráfica de comparación entre grupos por tiempo laborando en el puntaje del ERQ



Nota: ERQ: Cuestionario de Regulación Emocional. * $p < .05$

7.2.2 Instrumento de estrés laboral para médicos mexicanos

Con respecto a los puntajes obtenidos en el instrumento de estrés no se encontraron diferencias entre grupos por edad ($U = 1236.5$, $p = .828$), por género ($U = 846$, $p = .616$), tiempo laborando ($U = 1128$, $p = .269$) ni por nivel de formación ($H(2) = 2.044$, $p = .360$).

7.2.3 Escala de Valoración de Ansiedad de Hamilton (HARS)

Tampoco se encontraron diferencias en los puntajes obtenidos en el HARS cuando se comparó entre grupos por edad ($U = 1226.5$, $p = .776$), por género ($U = 785.5$, $p = .324$), por el tiempo laborando ($U = 1204$, $p = .552$), ni por nivel de formación ($H(2) = .061$, $p = .970$).

7.3 Pruebas de correlación

Para las correlaciones generales de Rho de Spearman se analizó la relación entre los puntajes de las escalas aplicadas, además de su asociación con la variable de edad.

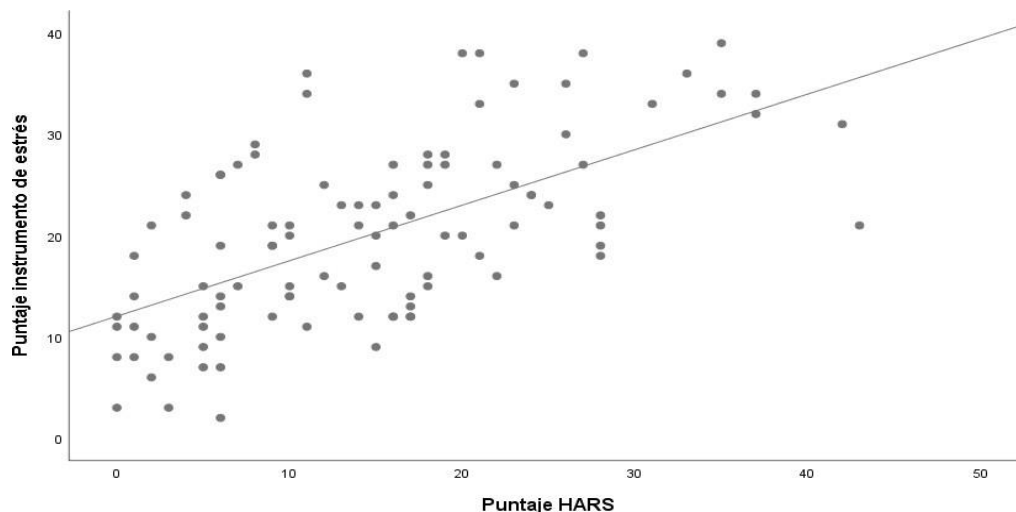
Asimismo, se examinó la relación entre los puntajes de las escalas aplicadas dentro de cada categoría generada; género (hombres y mujeres), tiempo laborado (1 a 5 años y más de 5 años) y nivel de formación (técnico, licenciatura y posgrado).

7.3.1 Correlaciones generales

Se presentó una correlación positiva entre el puntaje de estrés con el puntaje del HARS ($r_s(100)=.625$, $p<=.01$) y con el puntaje del ERQ ($r_s(100)=.289$, $p<=.01$). De igual modo, el HARS tuvo una correlación positiva con el ERQ ($r_s(100)=.315$, $p<=.01$).

Figura 7.2

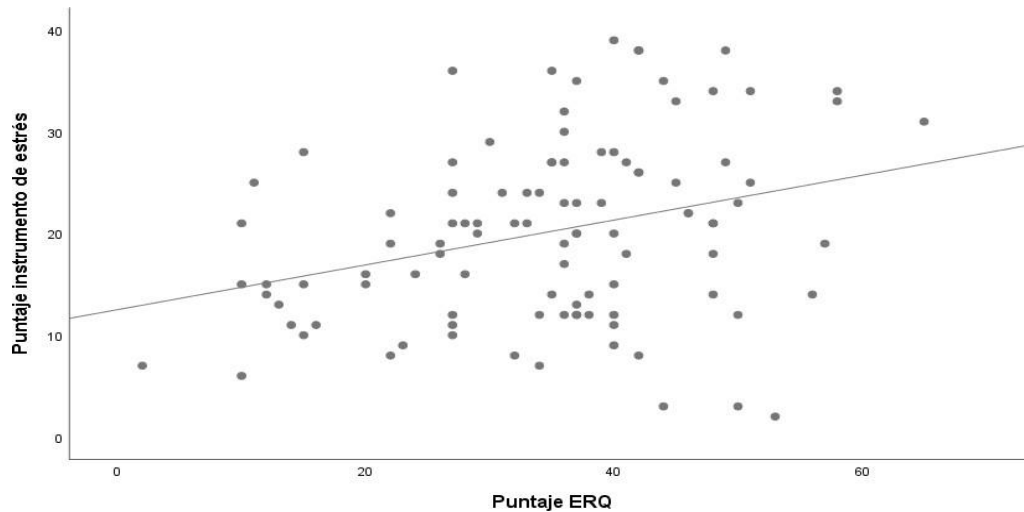
Correlación entre puntaje del instrumento de estrés con el puntaje de HARS



Nota: HARS: Escala de valoración de ansiedad de Hamilton. $r_s(100)=.625$, $p < .01$.

Figura 7.3

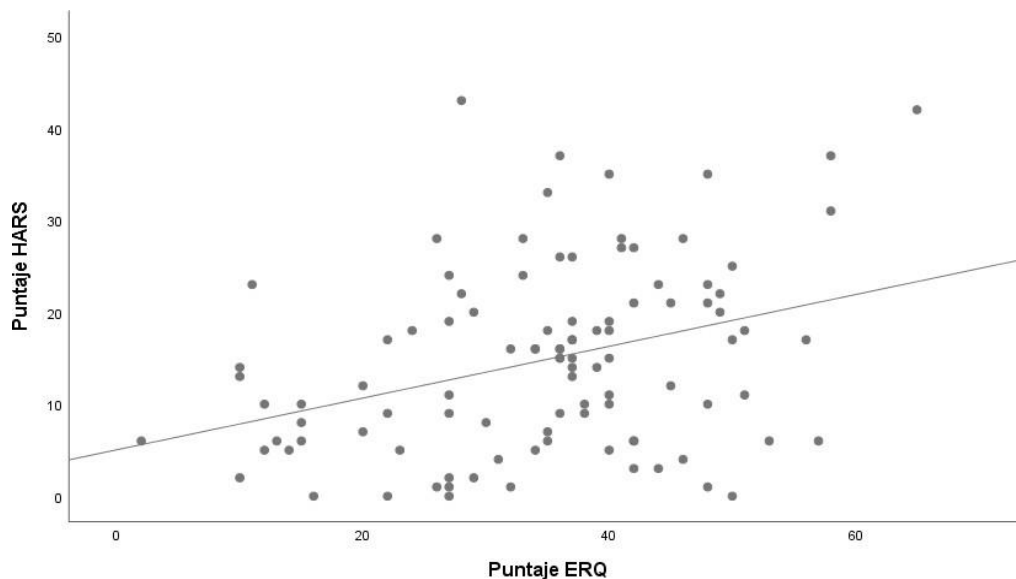
Correlación entre el puntaje del instrumento de estrés con el puntaje de ERQ



Nota: ERQ: Cuestionario de Regulación Emocional. $r_s(100)=.289$, $p<.01$.

Figura 7.4

Correlación entre el puntaje del HARS con el puntaje del ERQ



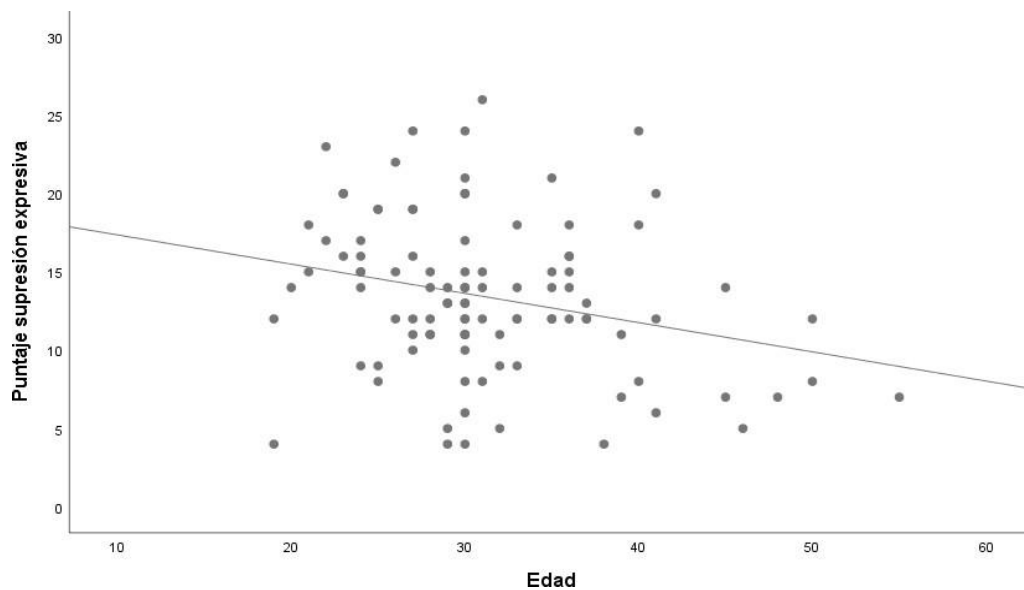
Nota: HARS: Escala de valoración de ansiedad de Hamilton, ERQ: Cuestionario de regulación emocional. $r_s(100)=.315$, $p<=.01$.

7.3.2 Correlaciones entre instrumentos clínicos y la edad.

En cuanto a la variable edad se encontró una correlación negativa con la subescala del ERQ supresión expresiva ($r_s(100)=-.261$, $p \leq .01$). No se encontró correlación con el puntaje de estrés ($r_s(100)= .011$, $p = .909$), ni con el puntaje del HARS ($r_s(100)= -.046$, $p = .648$).

Figura 7.5

Correlación entre edad con supresión expresiva.



Nota: $r_s(100)=-.261$, $p \leq .01$.

7.3.3 Correlaciones entre instrumentos clínicos por categorías de género

En los hombres se encontró una correlación positiva entre el puntaje de la subescala supresión expresiva del ERQ, con el estrés ($r_s(21)=.514$, $p<=.05$) y el HARS ($r_s(21)=.710$, $p < .01$). También se presentó una correlación positiva entre el puntaje de HARS y el estrés ($r_s(21)=.584$, $p=.003$).

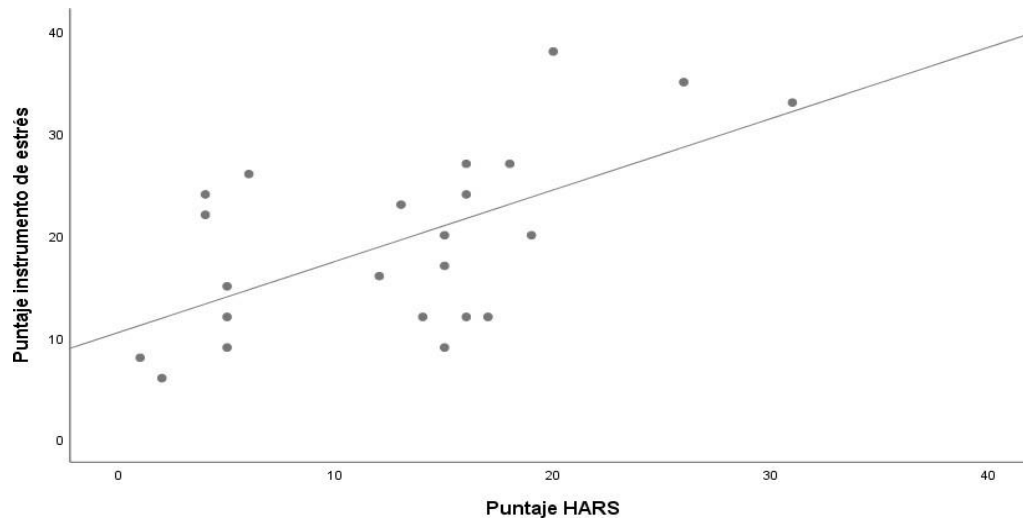
No se encontró correlación entre la subescala de reevaluación cognitiva del ERQ con el puntaje de estrés ($r_s(21)=.352$, $p=.099$), ni con el puntaje del HARS ($r_s(21)=.383$, $p=.071$).

En las mujeres se presentó una correlación positiva entre el puntaje de la subescala reevaluación cognitiva del ERQ ($r_s(77)=.276$, $p<=.05$) con el estrés y con HARS ($r_s(77)=.308$, $p<=.01$). Así también se encontró una correlación positiva entre el puntaje del HARS y el estrés ($r_s(77)=.653$, $p=.000$).

No se presentaron correlaciones entre la subescala de supresión expresiva del ERQ con el puntaje de estrés ($r_s(77)=.152$, $p=.181$), ni con el puntaje del HARS ($r_s(77)=.204$, $p=.072$).

Figura 7.6

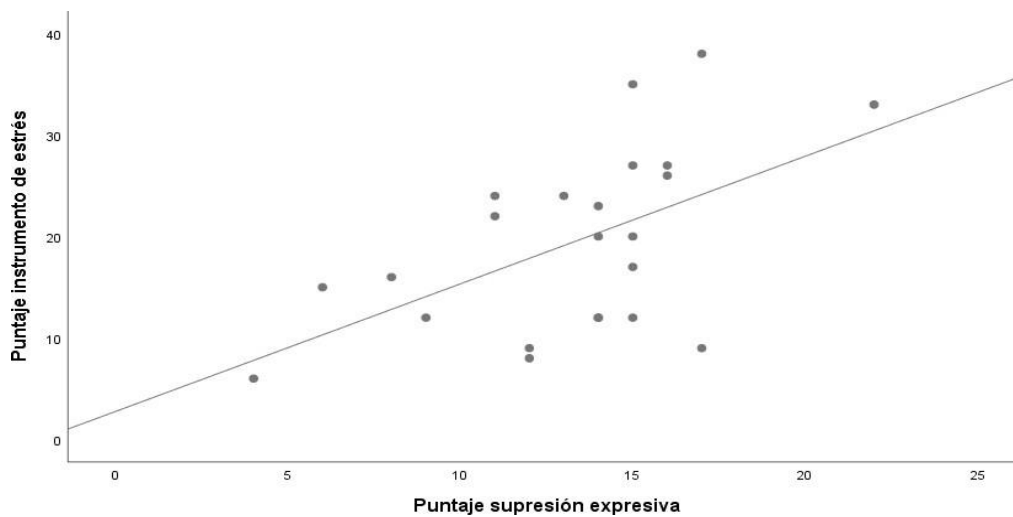
Correlación entre el puntaje de estrés con el puntaje de HARS en hombres.



Nota:HARS: Escala de valoración de ansiedad de Hamilton. $r_s(21)=.584$, $p=.003$.

Figura 7.7

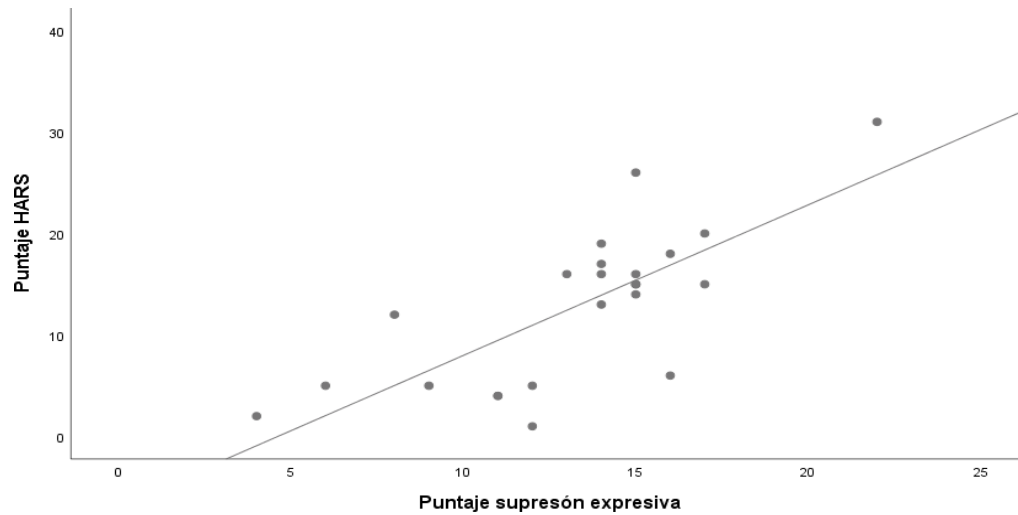
Correlación entre el puntaje de estrés con supresión expresiva en hombres.



Nota: $r_s(21)=.514$, $p<=.05$

Figura 7.8

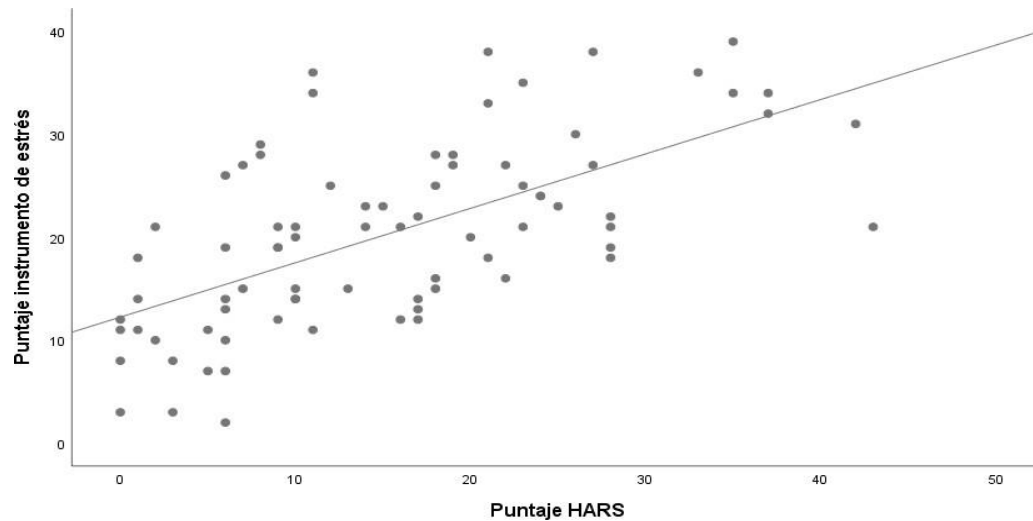
Correlación entre el puntaje de HARS con la supresión expresiva en hombres.



Nota: HARS: Escala de valoración de ansiedad de Hamilton. $r_s(21) = .710$, $p < .01$.

Figura 7.9

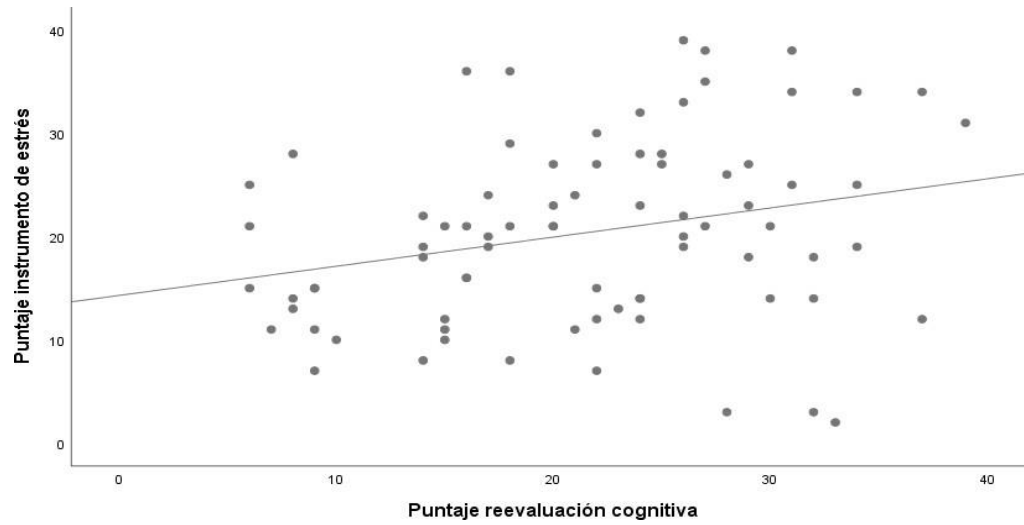
Correlación entre el puntaje del instrumento de estrés con el puntaje de HARS en mujeres.



Nota: HARS: Escala de valoración de ansiedad de Hamilton. $r_s(77) = .653$, $p = .000$.

Figura 7.10

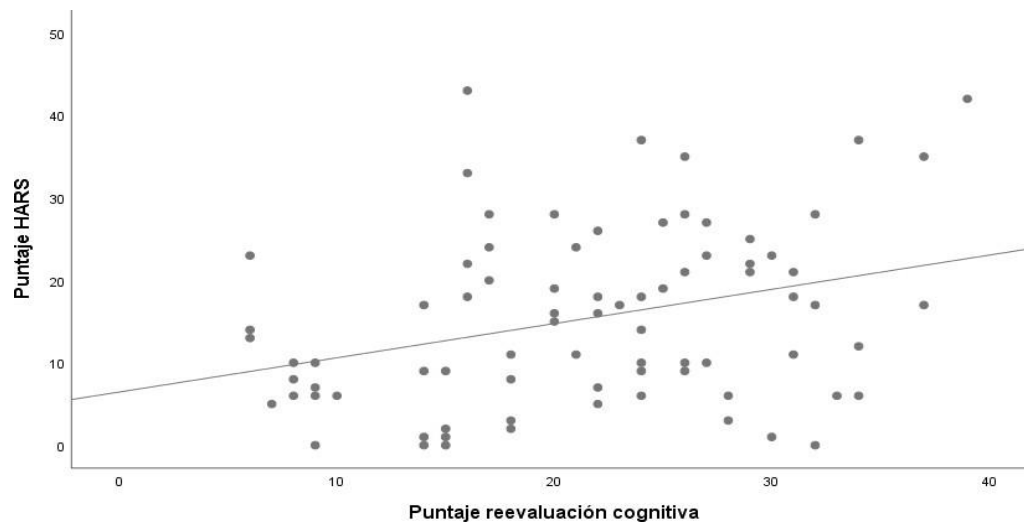
Correlación entre el puntaje de estrés con reevaluación cognitiva en mujeres.



Nota: $r_s(77)=.276$, $p<=.05$.

Figura 7.11

Correlación entre el puntaje de HARS con reevaluación cognitiva en mujeres.



Nota: HARS: Escala de valoración de ansiedad de Hamilton. $r_s(77)=.308$, $p<=.01$.

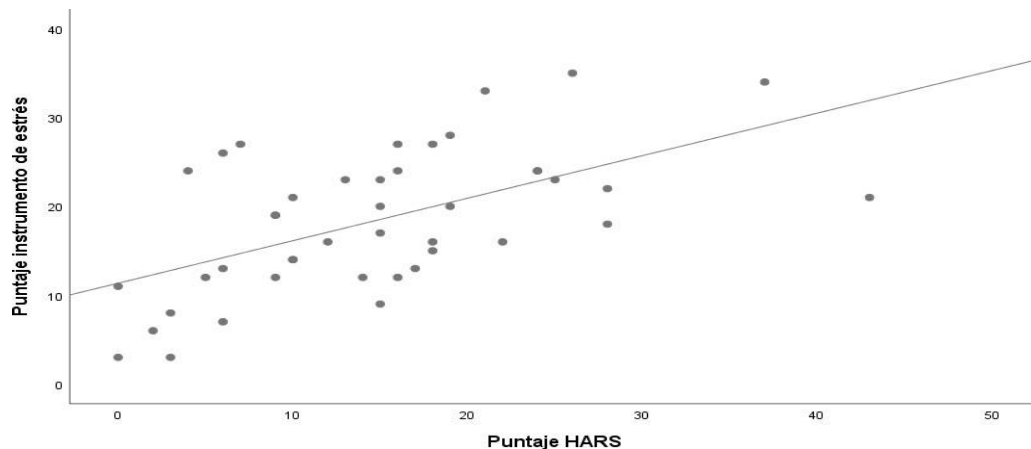
7.3.4 Correlaciones entre instrumentos clínicos por categorías de nivel de formación

De acuerdo a las subcategorías se presentó correlación positiva entre el puntaje de estrés y del HARS en las 3 categorías: técnicos ($r_s(41)=.572$, $p<=.01$), licenciados ($r_s(43)=.673$, $p<=.01$), y enfermeros con posgrado ($r_s(12)=.689$, $p<=.01$). De igual manera se encontró una correlación positiva entre el puntaje del HARS y el puntaje general del ERQ en los enfermeros con posgrado ($r_s(12)=.553$, $p=.040$), pero no en técnicos ($r_s(41)=.177$, $p=.257$), ni en licenciados ($r_s(43)=.279$, $p=.063$).

No se presentó correlación entre el puntaje de estrés y el del ERQ en técnicos ($r_s(41)=.119$, $p=.449$), licenciados ($r_s(43)=.265$, $p=.079$) ni en enfermeros con posgrado ($r_s(12)=.486$, $p=.078$).

Figura 7.12

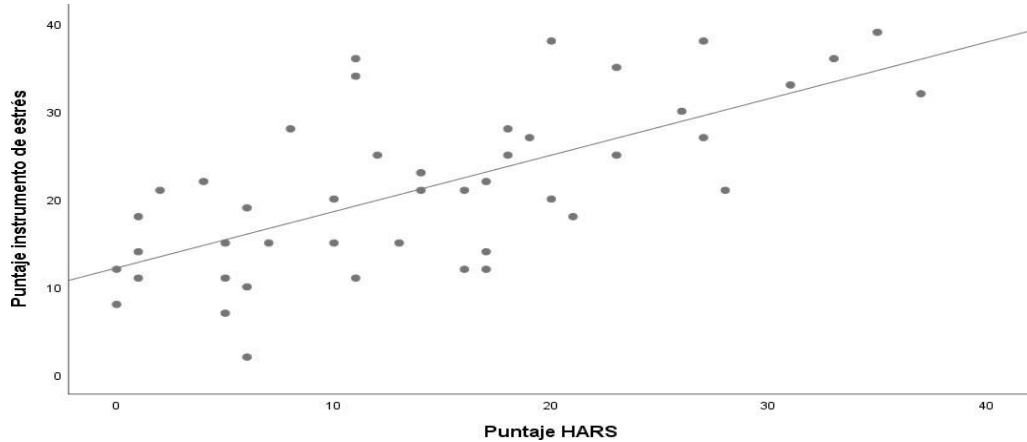
Correlación entre el puntaje de estrés con el puntaje de HARS en técnicos en enfermería



Nota:HARS: Escala de valoración de ansiedad de Hamilton. $r_s(41)=.572$, $p<=.01$.

Figura 7.13

Correlación entre el puntaje de estrés con el puntaje de HARS en licenciados en enfermería

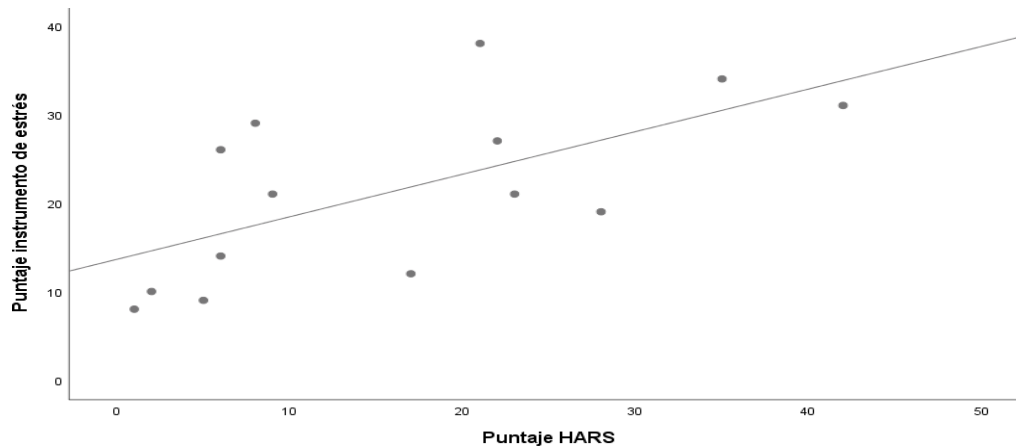


14

Nota: HARS: Escala de valoración de ansiedad de Hamilton. $r_s(43)=.673$, $p<=.01$.

Figura 7.14

Correlación entre el puntaje de estrés con el puntaje de HARS en enfermeros con posgrado.



Nota:HARS: Escala de valoración de ansiedad de Hamilton. $r_s(12)=.689$, $p<=.01$.

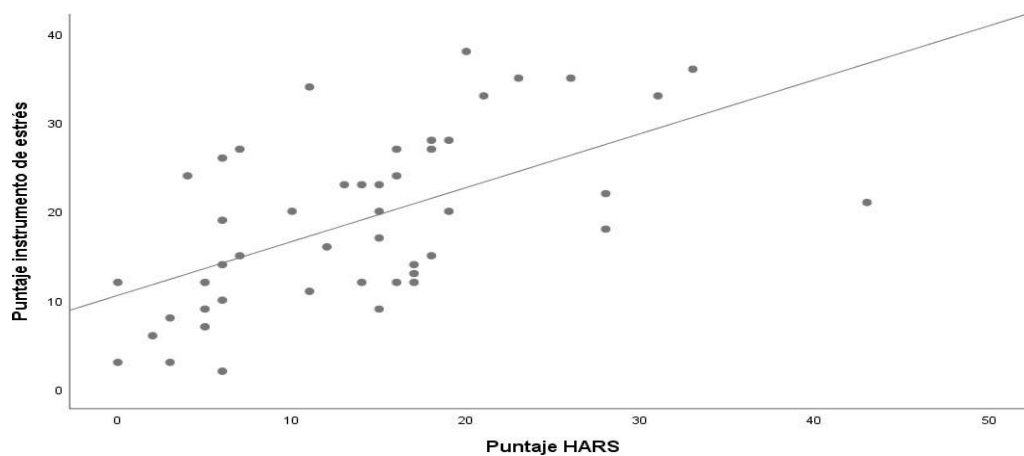
7.3.5 Correlaciones entre instrumentos clínicos por categoría de tiempo laborando

En la subcategoría 1-5 años de antigüedad se observó una correlación positiva entre el puntaje de estrés y el puntaje del HARS ($r_s(45)=.636$, $p<=.01$) pero no con el puntaje del ERQ ($r_s(45)=.130$, $p=.383$). Tampoco hubo correlaciones entre el puntaje del HARS y el ERQ ($r_s(45)=.193$, $p=.186$).

Por otro lado, en la subcategoría mayor a 5 años de antigüedad se encontraron correlaciones positivas entre el puntaje de estrés con el puntaje del HARS ($r_s(53)=.648$, $p<=.01$), y la subescala reevaluación cognitiva del ERQ ($r_s(53)=.453$, $p<=.01$). De igual manera, se presentó una correlación positiva entre el puntaje del HARS con el del ERQ ($r_s(53)=.421$, $p<=.01$). No hubo correlación entre el puntaje de estrés y la subescala supresión expresiva del ERQ ($r_s(53)=.243$, $p=.074$).

Figura 7.15

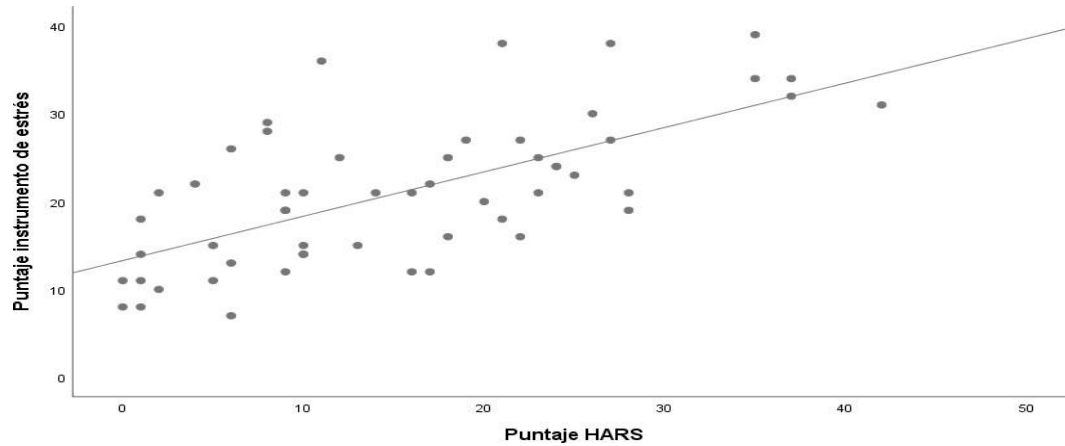
Correlación entre el puntaje de estrés con el puntaje de HARS en enfermeros con 1 a 5 años laborando.



Nota: HARS: Escala de valoración de ansiedad de Hamilton. $r_s(45)=.636$, $p<=.01$.

Figura 7.16

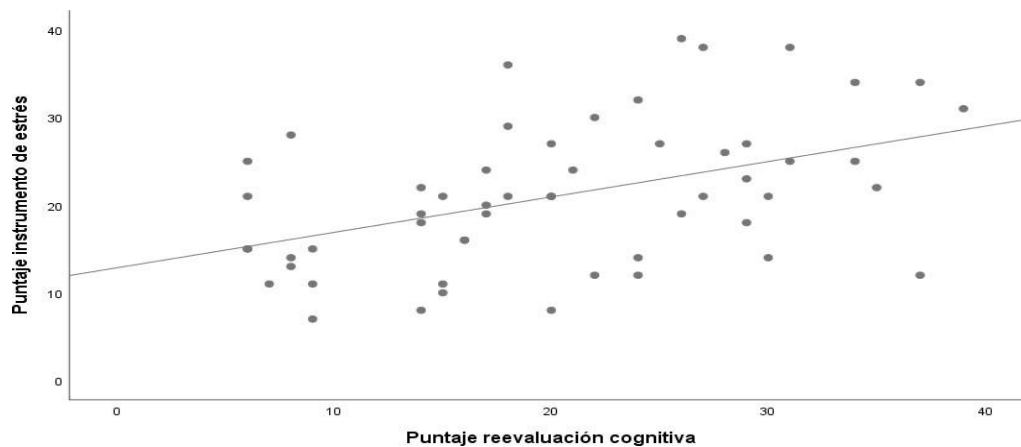
Correlación entre el puntaje de estrés con el puntaje de HARS en enfermeros con más de 5 años laborando.



Nota: HARS: Escala de valoración de ansiedad de Hamilton. $r_s(53)=.648$, $p<=.01$.

Figura 7.17

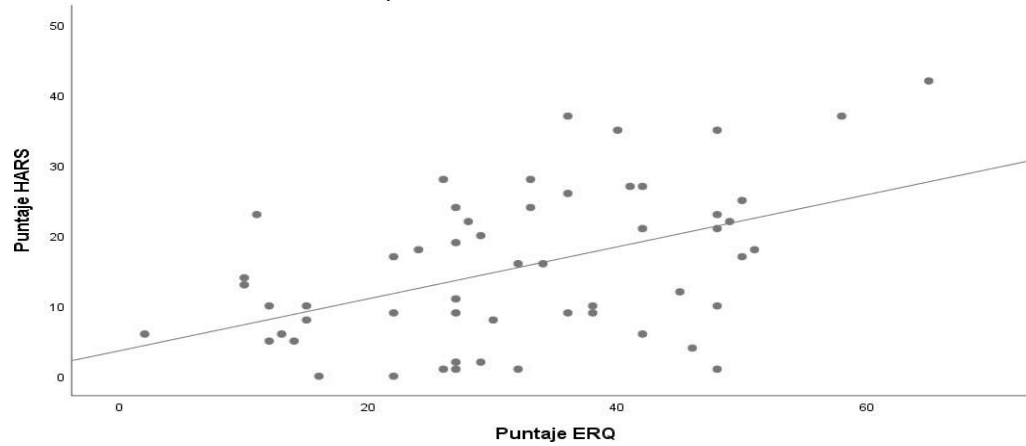
Correlación entre el puntaje de estrés con el puntaje de reevaluación cognitiva en enfermeros con más de 5 años laborando.



Nota: $r_s(53)=.453$, $p<=.01$.

Figura 7.18

Correlación entre el puntaje de HARS con el puntaje de ERQ en enfermeros con más de 5 años laborando.



Nota: HARS: Escala de valoración de ansiedad de Hamilton. ERQ: Cuestionario de regulación emocional. $r_s(53) = .421$, $p \leq .01$.

8. Discusión

El objetivo de la presente investigación fue identificar si existe relación entre las habilidades para la regulación emocional con el nivel de estrés y el nivel de ansiedad en profesionales de enfermería.

De acuerdo con las características de los participantes, se consideró la variable edad, así como las categorías de género (hombres y mujeres), tiempo laborado (1 a 5 años y más de 5 años) y nivel de formación (técnico, licenciatura y posgrado).

Conforme a los resultados obtenidos se encontró que existe una relación positiva entre el puntaje de estrés laboral y el puntaje de regulación emocional, sin importar el género, ni el tiempo laborado. Es decir, que entre mayor sea el nivel de desgaste emocional y la falta de motivación, hay un mayor uso de las estrategias de regulación emocional. Lo anterior coincide con los resultados encontrados por estudios previos (Salvarani et al. 2019 y Fuentes 2019) aunque en dichos trabajos se emplearon diferentes instrumentos para medir el estrés. Salvarani et al. (2019), utilizaron el Maslach Bournout Inventory (MBI) y la Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS), mientras que Fuentes (2019) utilizó el Inventario de Estrés para Profesionales de la Salud (IEPS). Los hallazgos del presente estudio sugieren que la relación entre estrés y regulación emocional es consistente e independientemente de los instrumentos que se han utilizado para medir dichas variables.

Adicionalmente, de acuerdo con la correlación negativa observada entre la edad y la supresión expresiva, se puede inferir que los enfermeros más jóvenes suelen inhibir en mayor medida la comunicación de sus emociones a diferencia de los enfermeros de mayor edad. Este resultado no coincide con lo reportado de forma habitual en otros trabajos (Fuentes, 2019; Nolen Hoeksemna y Aldao, 2011; Gross, 2015). Nolen et al.

(2011) identifican que con la edad el uso de estrategias de regulación emocional como la supresión expresiva aumenta, sobre todo en mujeres. Las autoras argumentan que, con la edad, las interacciones emocionales se vuelven más exigentes y que como resultado aprendemos a identificar de manera eficiente las situaciones en las que dedicamos energía o buscamos apoyo emocional; ahora bien, los trabajos que han llegado a esta conclusión han ocupado grupos diferenciados en edad, como adultos jóvenes, adultos de edad intermedia y adultos mayores.

Por otro lado, en el presente trabajo se analizaron los tipos de estrategias de regulación emocional que los enfermeros utilizaban según el género. En este sentido, los datos mostraron que los hombres hacen mayor uso de la supresión expresiva, mientras que las mujeres optan por el uso de la reevaluación cognitiva. Estos resultados coinciden con lo reportado típicamente en la mayoría de los estudios que han evaluado las estrategias de regulación emocional por género en poblaciones extranjeras (Gross, 2003; Gil Monte, 2002; y Giménez et al., 2019). De acuerdo con Gil Monte (2002) los hombres y las mujeres hacen uso de diferentes estrategias de regulación emocional según el tipo de actividades que desempeñen dentro de su área laboral. Como Yada, Abe, Omori, Matsuo, Masaki, Ishida y Katoh (2014) describen en su investigación, las mujeres suelen ocupar el tiempo en relacionarse con pacientes y el desarrollo de relaciones de trabajo con sus colegas, mientras que los hombres se ocupan principalmente del cuidado de pacientes.

Solo en un trabajo de tesis realizado en Perú (Fuentes, 2019), se han reportado algunas inconsistencias al respecto, las cuales podrían ser explicadas por varias razones. La autora encontró que las mujeres utilizan en igual medida la supresión como

la reevaluación cognitiva, mientras que los hombres tienden a utilizar en mayor medida la reevaluación cognitiva.

Ella explica que sus resultados se deben a qué se han reportado en algunos espacios, en este caso un hospital psiquiátrico, el contexto genera ansiedad por lo que es necesario el uso de ambas estrategias de regulación emocional. Además, Fuentes (2019), reporta que en su población la reevaluación cognitiva puede cumplir con una función supresora de las emociones, recurrente en los enfoques psicoterapéuticos que se basan en la atención plena (mindfulness).

También agrega que sus resultados se pueden deber al tipo de función que desempeña el personal médico que participó en su estudio, pues por un lado las mujeres, en su mayoría técnicas de enfermería, al realizar labores relacionadas con la interacción de pacientes es posible que utilicen la supresión por ser una estrategia que reduce la cercanía emocional y modula la manifestación de emociones intensas. Mientras que los hombres, mayormente médicos, al ser responsables del tratamiento y administración de atención psiquiátrica recurren a la reevaluación cognitiva pues se enfrentan a situaciones que requieran de una estrategia de regulación de cambio cognitivo ante una situación estresante.

En el presente estudio, los resultados se apegan más al patrón de diferenciación de estrategias típicas usadas por ambos géneros, ya que en mujeres ante la presencia de estrés laboral y ansiedad, existe una tendencia al uso de la reevaluación cognitiva. En cambio en los hombres ante la percepción de estrés y ansiedad hacen uso de la supresión expresiva.

Como propone Gil Monte (2002), al analizar el género dentro de la enfermería es importante considerar a grupos diferenciados pues nos encontramos con una población mayormente femenina que podría enmascarar la realidad de los enfermeros de sexo masculino. Para ello, es recomendable tomar en cuenta el tipo de actividades que realizan los profesionales según su género, pues estas pueden condicionar las estrategias de regulación emocional que serán desarrolladas (Fuentes, 2019).

En el presente trabajo, los deberes que realizan ambos géneros son similares y corresponden a actividades asistenciales como el cuidado e interacción con pacientes o de actividades de carácter administrativo.

De este modo, los hallazgos sugieren que la población nacional de enfermería evaluada también se distingue por género al utilizar estrategias de regulación emocional ante actividades laborales similares. Sin embargo, es necesario realizar más investigaciones similares a futuro que permitan corroborar, y en su caso, generalizar dichos resultados. Finalmente, en relación con la categoría de tiempo laborando, los datos mostraron que tanto en enfermeros de 1 a 5 años como en enfermeros con más de 5 años existe una correlación positiva entre el nivel de estrés y la ansiedad. Tal y como plantea Fuentes (2019), se espera que no exista correlación en profesionales más veteranos ya que al pasar del tiempo, el colaborador se adapta con el sistema de trabajo y en el contexto hospitalario se obtiene más experiencia, lo que lleva a una mayor capacidad para afrontar el estrés. Sin embargo, un dato interesante que se encontró en el presente estudio fue que sólo en los enfermeros que cuentan con más de 5 años de antigüedad existe una correlación positiva entre el nivel de estrés y la regulación emocional, lo que sugiere que el estrés puede estar presente independientemente del

tiempo laborando, pero la diferencia radica en que los que tienen mayor tiempo han desarrollado estrategias de afrontamiento. Estos resultados están en sintonía con otras investigaciones como la de Johnson, Machowski, Holdsworth, Kernb y Zapfbue (2017), donde identificaron en una muestra de 444 trabajadores del sector de servicios, una correlación entre el nivel de experiencia de los colaboradores con el nivel de estrategias de regulación emocional que son utilizadas y que se encontraban más comprometidos con sus labores.

9. Conclusiones

Conforme a los resultados de la presente tesis, se encontró que entre mayor puntaje de ansiedad, mayor nivel de estrés laboral dentro del personal de enfermería del hospital general de Cholula. De igual manera se encontró que a mayor nivel de estrés y ansiedad, mayor uso de las habilidades de regulación emocional que se evaluaron.

En cuanto a la edad se observó que entre menor edad mayor uso de la supresión expresiva.

Sobre el género se identificó una diferencia en la manera en que las habilidades de regulación emocional se utilizan por los enfermeros para afrontar el estrés y la ansiedad. Los hombres suelen recurrir a la supresión expresiva, mientras que las mujeres optan por la reevaluación cognitiva ante las mismas actividades laborales.

Por otro lado, cuando consideramos los años laborando, encontramos que existe una diferencia entre los puntajes de los enfermeros que tienen entre 1 y 5 años laborando y los que tienen más de 5 años. Los de menor experiencia puntuaron más alto en el instrumento de habilidades de regulación emocional, lo que sugiere que ante situaciones

generales, los enfermeros de este rango recurren a la supresión expresiva y a la revaloración cognitiva. Sin embargo, en las pruebas de correlación los resultados plantean que ante la presencia de síntomas de ansiedad y niveles de estrés los enfermeros de mayor experiencia son los que emplean de manera conveniente estas estrategias, lo que refuerza la idea de que las habilidades de regulación son un recurso cognitivo que se aprende a utilizar de manera efectiva a través de la experiencia.

9.1 Limitaciones y proyecciones a futuro

Algunas de las limitaciones del estudio fueron que la población mayormente de esta profesión es femenina, por lo que es conveniente considerar esto al interpretar los resultados. Asimismo, sería necesario realizar más estudios para ampliar la muestra y poder corroborar y generalizar los resultados a la población nacional.

El uso de instrumentos de auto reporte no permite comprobar empíricamente los síntomas reportados, por lo que sería conveniente realizar otro tipo de mediciones en estudios futuros que permitan verificar los resultados.

10. Bibliografía

Abanto Malaver, Y.O. (2018). Factores de riesgo psicosocial y estrés laboral en enfermeras del centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, Lima 2018 [Tesis de maestría], Universidad César Vallejo.

Abreu Dávila, F.J. (2011). Síndrome de agotamiento emocional en profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Multiciencias*, 11(4), 370-377.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90421972006>

Aldrete Rodríguez, M.G., Navarro Meza, C., González Baltazar, R., Contreras Estrada, M.I. & Pérez Aldrete, J. (2015). Factores psicosociales y síndrome de burnout en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención a la salud. *Ciencia & Trabajo*, 17 (52), 32-36. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492015000100007>

Barraza Macías, A. (2006). Un modelo conceptual para el estudio del estrés académico. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 9(3), 110-129. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/>

Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1, 5-37.

Beck, A.T., Emery, G., y Greenberg, R.L. (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. *Basic Books*.

Beck, A.T., y Steer, R.A. (1991). Relación entre el inventario de ansiedad de Beck y la escala de calificación de ansiedad de Hamilton con pacientes ambulatorios ansiosos. *Revista de trastornos de ansiedad*, 5(3), 213-223. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(91\)90002-B](https://doi.org/10.1016/0887-6185(91)90002-B)

Blanco, G. (2004). Estrés laboral y salud en las enfermeras instrumentistas. *Revista de la facultad de medicina*, 27(1), 29-35.

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692004000100006&lng=es&tlng=es.

Brannon, L. y Feist, J. (2001). Definición y medición del estrés. *Thompson Learning*.

Cabello González, R., Fernández Berrocal, P., Ruiz Aranda, D. y Extremera, N. (2006).

Una aproximación a la integración de diferentes medidas de regulación emocional.

Ansiedad y Estrés, 12 (2-3), 155-166.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2244240>

Cabrera Gutiérrez, L.S., López Rojas, P., Salinas Tovar, S., Ochoa Tirado, J.G., Marín

Cotoñieto, I.A. & Haro García, L. (2005). Burnout syndrome among Mexican hospital nursery staff. *Revista Médica del IMSS*, 43(1), 11-16.

<https://www.medigraphic.com/Pdfs/lmss/lm-2005/lm051c.Pdf>

Camargo, B. (2010). Estrés, síndrome general de adaptación o reacción general de

alarma. *Revista Médico Científica*, 17(2), 78-86.

<https://revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/view/103>

Castro Más, C. (2016). Riesgos psicosociales y los niveles de estrés en las enfermeras

del centro quirúrgico y UCI de una clínica privada [Tesis de maestría]. Universidad Ricardo Palma.

Clark, D.A. y Beck, A. T. (2010). Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. *El modelo*

cognitivo de la ansiedad (págs. 67-108). Descelée De Brouwer.

Flores Villavicencio, M.A, Troyo Sanromán, R., Valle Barbosa, M.A. & Vega López, M.G.

(2010). Ansiedad y estrés en la práctica del personal de enfermería en un hospital de tercer nivel en Guadalajara. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13(1), 1-17.

<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol13num1/Art1Vol13No1.pdf>

Flynn, L., Thomas Hawkins, C. y Clarke, S.P. (2009). Rasgos Organizacionales, Procesos de Atención y Burnout entre Enfermeros de Hemodiálisis Crónica. *Revista occidental de investigación en enfermería*, 31(5), 569-582.

<https://doi.org/10.1177/0193945909331430>

Fuentes Mejía, M.L. (2019). Estrés laboral y regulación emocional en profesionales de salud mental [Tesis de licenciatura]. Pontificia Universidad Católica Del Perú. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/15469>

García Rivera, B., Maldonado Radillo, S. y Ramírez Barón, M. (2014). Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México. *SUMMA PSICOLÓGICA UST*, 11(1), 65-73.

Gil-Monte, P. R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em estudo*, 7 (1), 3-10. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722002000100003>

Gil-Monte, P. R., Carretero, N., Roldán, M. D. (2005). Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 11(2-3), 281-290. https://www.researchgate.net/publication/263160888_Algunos_procesos_psicosociales_sobre_el_sindrome_de_quemarse_por_el_trabajo_burnout_en_profesionales_de_enfermeria

Giménez, S., Cuevas, A. y Navarro, A.F. (2019). Análisis de la regulación emocional cognitiva en personal de enfermería. *Discover Medicine*, 3(2), 27-36. <https://www.revdiscovermedicine.com/index.php/inicio/article/view/179>

- Gross, J.J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross J.J. (2015). Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*, (26), 1-26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Gross, J.J., y Jhon, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Peís Soc Psychol*, 85(2), 348-62. <https://doi.oíg/10.1037/0022-3514.85.2.348>.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by íating. *Bí J Med Psychol*, 32(1), 50-55. <https://doi.oíg/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467>.
- Hernández González, A.I., Ortega Andeane, R.P., y Reidl Martínez, L.M. (2012). Validación del instrumento de estrés laboral para médicos mexicanos. *En claves del pensamiento*, 6(11), 113-129. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-879X2012000100007&lng=es&tlng=es.
- Johnson S.J., Machowski, S., Holdsworth, L., Kernb, M. y Zapfbue, D. (2017). Age, emotion regulation strategies, burnout, and engagement in the service sector: Advantages of older workers. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 33, 205-216. <https://doi.org/10.1016/j.rpto.2017.09.001>
- Keegan, E. (2007). La Ansiedad Generalizada como Fenómeno: La ansiedad generalizada como fenómeno: Criterios diagnósticos y concepción psicopatológica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16 (1), 49-55. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921832006>

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Martínez Roca.

Limonero, J.T., Tomás Sábado, J., Fernández Castro, J. y Gómez Benito, J. (2004).

Influencia de la inteligencia emocional percibida en el estrés laboral de enfermería.

Ansiedad y Estrés, 10(1), 29-41.

<https://www.researchgate.net/publication/235325244> Influencia de la inteligencia emocional percibida en el estrés laboral de enfermería Influence of perceived emotional intelligence in nursing work stress

Mayer, J.D y Salovey, P (1995). Emotional intelligence and the construction and

regulation of feelings. *Applied and Preventive Psychology*, 4(3), 197-208,

[https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80058-7](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80058-7).

Más Pons, R. y Escribà Agüir, V.(1998).La versión castellana de la escala «the nursing

stress scale» Proceso de adaptación transcultural. *Revista Española de Salud Pública*,

72(6), 529-538.

<https://www.researchgate.net/publication/13238948> The Spanish version of the Nursing Stress Scale A cross-cultural adaptation process

Nolen-Hoeksema, S. y Aldao, A. (2011). Diferencias de género y edad en las estrategias

de regulación emocional y su relación con los síntomas depresivos. *Personalidad y*

diferencias individuales, 51(6), 704–708. <https://doi:10.1016/j.paid.2011.06.012>

Reyez, J.M., Soloaga, G., Pérez Quintana, P. y Dos Santos Antola, L.(2007).El síndrome

de burnout en personal médico y de enfermería del hospital “Juan Ramón Gomez” de

la localidad de Santa Lucía, Corrientes. *Revista de Posgrado de la Via Cátedra de*

Medicina, 167, 1-7. https://med.unne.edu.ar/revistas/revista167/1_167.pdf

- Rodríguez García, C., Oviedo Zúñiga, A.M, Vargas Santillán, M.L, Hernández Velázquez, V. & Pérez Fiesco, M.S (2009). Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de dos Hospitales del Estado de México. *Fundamentos en Humanidades*, (19),179-193.
- Rodríguez Campuzano, M.L., Ocampo Juárez, I.Y. y Nava Quiroz, C. (2009). Relación entre valoración de una situación y capacidad para enfrentarla. *Summa Psicológica UST*, 6(1), 25-41. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3020310>
- Salvaiani, V., Rampoldi, G., Aídenghi, S., Bani, M., Blasi, P., Ausili, D., Di Mauío, S. y Stieppaíava, M. G. (2019). Protecting emergency room nurses from burnout: the role of dispositional mindfulness, emotion regulation and empathy. *J Nurs Manag*, (4), 765-774. <https://doi.org/10.1111/jonm.12771>.
- Stanton A. L., Kiik S. B., Cameión C. L. y Danoff-Buig,S. (2000). Coping through emotional approach: scale construction and validation. *Journal of Personality and Society Psychology*, 78(6), 1150-1169. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.6.1150>
- Stanton, A. L., Parsa, A. y Austenfeld, J. L. (2002). The adaptative potential of coping through emotional approach. *Handbook of positive Psychology*, (pp.148-158). http://ldysinger.stjohnsem.edu/@books1/Snyder_Hndbk_Positive_Psych/Snyder_Lopez_Handbook_of_Positive_Psychology.pdf
- Trucco Burrows, M.(2004). El estrés y la salud mental en el trabajo: documento de trabajo de la Asociación Chilena de Seguridad. *Ciencia y trabajo*, 6(14), 185-188. <https://es.calameo.com/read/0010471137361f77e4699>

Trucco, M., Valenzuela, P., y Trucco, D. (1999). Estrés ocupacional en personal de salud.

Revista médica de Chile, 127(12), 1453-1461. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98871999001200006>.

Yada H, Abe H, Omori H, Matsuo H, Masaki O, Ishida Y, Katoh T. (2014) Differences in job stress experienced by female and male Japanese psychiatric nurses. *Int J Ment Health Nurs*, 23(5):468-76. <https://dx.doi.org/10.1111/inm.12080>

Anexo

Investigación sobre habilidades emocionales de enfermeras y enfermeros ejerciendo en Puebla.

En la Facultad de Psicología (BUAP) estamos realizando una investigación sobre las habilidades emocionales. Te pedimos que por favor nos ayudes a colaborar contestando un breve test sobre habilidades emocionales. La duración del cuestionario será de 10 minutos máximo. Recuerda que no existen respuestas correctas o incorrectas, sólo te pedimos que por favor seas honesto(a) con tus respuestas.

NOTA: Si tienes preguntas sobre la investigación puedes consultarlo al correo electrónico: alfonsocuevas220@gmail.com

La participación es libre y voluntaria, tus respuestas serán anónimas y confidenciales. Los datos obtenidos serán utilizados de manera exclusiva para investigación, y como parte cumplimiento de las normas éticas de la investigación en Psicología, te solicitamos nos proporciones el consentimiento de tu participación.

Sí acepto en participar No acepto en participar

Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Edad: _____
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Comprometido/a <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> En una relación <input type="checkbox"/> Separado/a	
Nivel de formación académica: <input type="checkbox"/> Técnico de enfermería. <input type="checkbox"/> Profesional de enfermería con maestría. <input type="checkbox"/> Licenciado(a) en enfermería. <input type="checkbox"/> Profesional de enfermería con doctorado. <input type="checkbox"/> Especialidad en enfermería. <input type="checkbox"/> Profesional de enfermería con doctorado.	
Código de contratación: <input type="checkbox"/> Enfermero(a) general <input type="checkbox"/> Enfermero(a) especialista <input type="checkbox"/> Licenciado(a) en enfermería	
Rol que desempeñas: <input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/> Asistencial	
Tiempo Laborando: <input type="checkbox"/> Menos de 1 año <input type="checkbox"/> De 5 a 10 años <input type="checkbox"/> De 1 a 3 años	
Antecedentes de enfermedades psiquiátricas (depresión, ansiedad, otros): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso de "Sí" favor de especificar cuál: Consumo de sustancias ilegales: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cuáles: _____ En caso de "Sí" favor de especificar la frecuencia: <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> 2 veces por semana <input type="checkbox"/> 1 vez a la semana <input type="checkbox"/> Otros:	

INSTRUCCIONES: Selecciona (x) la frecuencia en la que percibas cada uno de los ítems mencionados durante el último mes: Nunca (0), Raramente (1), Ocasionalmente (2), Frecuentemente (3).

No.	Ítem	0	1	2	3
1	Termino agotado(a) emocionalmente al final de la jornada.				
2	Me agobia la idea de no cumplir con mi trabajo.				

3	Me siento exhausto(a) emocionalmente cuando llega mi día de descanso.				
4	Me siento tenso(a) sólo de pensar en mi trabajo.				
5	Me enojo con facilidad en el trabajo.				
6	Estoy anímicamente agotado(a) por mi trabajo.				
7	Me siento sin ganas de ir a trabajar.				
8	Las tareas que realizo me implican demasiada responsabilidad.				

INSTRUCCIONES: Selecciona (x) la frecuencia en la que percibas cada uno de los ítems mencionados durante el último mes: Nunca (0), Raramente (1), Ocasionalmente (2), Frecuentemente (3).

No.	Ítem	0	1	2	3
9	Por más que me esfuerzo no logro los resultados que espero.				
10	Estoy fatigado(a) emocionalmente debido a mi trabajo.				
11	Me siento indiferente por mejorar mi desempeño.				
12	Estoy harto de mi trabajo				
13	Considero inútil mi esfuerzo por proporcionar atención de calidad en esta institución				
14	Me siento sin ánimos de hacer mi trabajo.				
15	Tengo ganas de cambiar de trabajo				
16	Siento frustración respecto de mis expectativas de crecimiento laboral				
17	Hago el mínimo esfuerzo en lo que realizo				

INSTRUCCIONES: Selecciona (x) la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems. Ausente (0), Leve (1), Moderado (2), Intenso (3), Muy Intenso (4). Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía.

No.	Ítem	0	1	2	3	4
18	Estado de ánimo ansioso. Por ejemplo: Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad					
19	Tensión. Por ejemplo: Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.					
20	Temores. Por ejemplo: A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.					
21	Insomnio. Por ejemplo: Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.					
22	Intelectual (cognitivo). Por ejemplo: Dificultad para concentrarse, mala memoria.					
23	Estado de ánimo deprimido. Por ejemplo: Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.					

24	Síntomas somáticos generales (musculares). Por ejemplo: Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.					
25	Síntomas somáticos generales (sensoriales). Por ejemplo: Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.					
26	Síntomas cardiovasculares. Por ejemplo: Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, sensación de desmayo.					
27	Síntomas respiratorios. Por ejemplo: Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.					

INSTRUCCIONES: Selecciona (x) la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems. Ausente (0), Leve (1), Moderado (2), Intenso (3), Muy Intenso (4). Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía.

No.	Ítem	0	1	2	3	4
28	Síntomas gastrointestinales. Por ejemplo: Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.					
29	Síntomas genitourinarios. Por ejemplo: Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.					
30	Síntomas autónomos. Por ejemplo: Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)					

INSTRUCCIONES: Selecciona (x) según qué tan de acuerdo o desacuerdo estés con cada ítem mencionado. Totalmente en desacuerdo (1), Bastante en desacuerdo (2), En desacuerdo (3), Ni de acuerdo ni en desacuerdo (4), De acuerdo (5), Bastante de acuerdo (6), Totalmente de acuerdo (7).

No.	Ítem	1	2	3	4	5	6	7
31	Cuando quiero incrementar mis emociones positivas (p.ej. alegría, diversión), cambio el tema sobre lo que estoy pensando.							
32	Guardo mis emociones para mí mismo.							
33	Cuando quiero reducir mis emociones negativas (p.ej. tristeza, enfado), cambio el tema sobre el que estoy pensando.							
34	Cuando estoy sintiendo emociones positivas, tengo cuidado de no expresarlas							

35	Cuando me enfrento a una situación estresante, intento pensar en ella de un modo que me ayude a mantener la calma.								
36	Controlo mis emociones no expresándolas.								
37	Cuando quiero incrementar mis emociones positivas, cambio mi manera de pensar sobre la situación.								
38	Controlo mis emociones cambiando mi forma de pensar sobre la situación en la que me encuentro.								
39	Cuando estoy sintiendo emociones negativas, me aseguro de no expresarlas.								
40	Cuando quiero reducir mis emociones negativas, cambio mi manera de pensar sobre la situación.								

Agradecemos tu participación.