



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

Comportamiento organizacional y malestar laboral en el personal de enfermería

Percepciones de apoyo institucional y modos de afrontamiento

Estudiante: Altamirano, Clara Marina

Legajo: 33048

Director/es: Lic. Montiel, Rodrigo Nicolás

Trabajo Final de Integración para acceder al título de la Licenciatura en Psicología

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial - compartir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra:

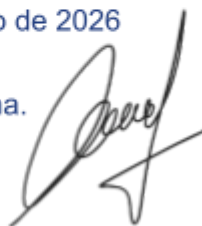
Desde la fecha de aprobación del TFI ☒ [x]

Dentro de los 6 meses posteriores a su aceptación ☐ []

Otro plazo mayor detallar/justificar:

Lugar y fecha: San Miguel, Buenos Aires. 30 de Julio de 2026

Firma y aclaración del autor: Altamirano, Clara Marina.



Agradecimientos	5
Resumen	6
Lista de abreviaturas	7
1. Introducción	8
1.1. Delimitación del objeto de estudio	8
1.2. Planteamiento del problema	8
1.3. Justificación y fundamentación	9
1.4. Objetivos	10
1.4.1. Objetivo general	10
1.4.2. Objetivos específicos	10
1.5. Supuestos básicos de investigación	10
1.6. Pregunta de investigación	11
2. Estado del arte	11
3. Método	18
3.1. Diseño del estudio	18
3.2. Participantes y muestra	18
3.3. Criterios de inclusión	20
3.4. Criterios de exclusión	20
3.5. Instrumentos	20
3.6. Procedimiento	21
3.7. Consentimiento informado	22
4. Marco teórico	23
4.1. Comportamiento organizacional en instituciones de salud	23
4.1.1. Definición de comportamiento organizacional	23
4.1.2. Niveles de análisis: individuo, grupo e institución	25
4.1.3. Comportamiento organizacional aplicado a instituciones de salud	26
4.1.4. Condiciones organizacionales y experiencia laboral	28
4.2. Trabajo de enfermería y demandas laborales	30
4.2.1. Características del trabajo de enfermería.	30
4.2.2. Demandas físicas, cognitivas y emocionales.	31
4.2.3. Condiciones organizacionales y experiencia laboral.	33
4.3. Apoyo institucional percibido	35
4.3.1. Definición de apoyo organizacional percibido	35
4.3.2. Percepción subjetiva de apoyo institucional	37
4.3.3. Recursos organizacionales	39
4.3.4. Apoyo de superiores y equipo	41
4.3.5. Dispositivos formales e informales de cuidado	43
4.4. Malestar laboral	46
4.4.1. Conceptualización multidimensional del malestar laboral	46
4.4.2. Complejidad del rol profesional y tensiones en el cuidado	46
4.4.3. Factores organizacionales y sobrecarga de trabajo	47

4.4.4. Demanda física, cognitiva y emocional en la práctica clínica	48
4.4.5. Repercusiones del malestar y factores de protección institucional	49
4.5. Estrategias de afrontamiento	50
4.5.1. El modelo transaccional del estrés y la evaluación cognitiva	50
4.5.2. Definición y dinamismo del afrontamiento	51
4.5.3. El apoyo social como recurso interactivo de afrontamiento	53
4.5.4. Estrategias de afrontamiento en enfermería y su impacto clínico	53
4.5.5. Limitaciones del afrontamiento individual y necesidad de respuestas colectivas	55
5. Resultados	56
5.1. Eje I: Experiencias individuales y estrategias de afrontamiento (microperspectiva)	57
5.1.1. Fuentes de malestar laboral	57
5.1.2. Manifestaciones físicas, cognitivas y emocionales	57
5.1.3. Impacto en la vida extralaboral	58
5.1.4. Estrategias de desconexión y regulación	58
5.1.5. Evitación y silenciamiento	59
5.1.6. Construcción de límites y búsqueda de ayuda	59
5.2. Eje II: Dinámicas grupales y apoyo en el equipo de trabajo (mesoperspectiva)	60
5.2.1. Cooperación y sostén entre pares	60
5.2.2. Humor y espacios informales de descarga	60
5.2.3. Rivalidad e individualidad	61
5.2.4. Supervisión como fuente de apoyo	61
5.2.5. Supervisión como fuente de malestar	62
5.2.6. Vínculos interprofesionales	62
5.3. Eje III: Percepción del apoyo organizacional y factores organizacionales (macroperspectiva)	63
5.3.1. Escasez de personal y sobrecarga estructural	63
5.3.2. Organización y distribución de tareas	63
5.3.3. Condiciones materiales y pausas	64
5.3.4. Reconocimiento, remuneración y pluriempleo	64
5.3.5. Comunicación institucional	64
5.3.6. Capacitación y desarrollo	65
5.3.7. Dispositivos de salud mental	65
5.3.8. Liderazgo y conducción	66
6. Discusión	66
7. Conclusión	72
7.1. Aportes y contribuciones de la investigación	75
7.2. Limitaciones de la investigación	76
7.3. Líneas de investigación futuras	77
8. Propuestas de intervención	79
9. Referencias	82

10. Anexos**89**

Agradecimientos

Me gustaría agradecer principalmente a las dos mujeres que me cuidaron y me convirtieron en la persona que soy.

A mi mamá, por enseñarme que hay que ser fuerte en los momentos más oscuros, que todo lo que me proponga con esfuerzo lo voy a poder conseguir, y que los únicos límites que existen son los que yo misma me pongo. Por el esfuerzo que hizo para darme siempre una educación de calidad y por empujarme a descubrir, a ser curiosa y a estudiar una carrera universitaria que amo. Y a mi abuela: tu partida me dejó un gran hueco en el corazón, pero aprendí de tu resiliencia y de tu manera de mirar el lado positivo de la vida para salir adelante. Espero que, dondequiera que estés, estés feliz. Gracias por permitirme acompañarte hasta el final. Y gracias a ambas por compartir cada pequeña piedrita que fui colocando en el hermoso puente que construí para ser quien soy hoy.

A mi abuelo, aunque hoy el Alzheimer le haya robado tantos recuerdos, por enseñarme que a veces hay que parar la marcha y detenerse a mirar lo bonito de la vida.

A mi pareja, por acompañarme en las noches de estudio antes de cada examen, por cada café de madrugada, cada palabra de apoyo y afecto, y por ser mi cable a tierra cuando necesitaba un poco de aire fresco.

A mi tutor, por el increíble trabajo y acompañamiento durante todo este proceso, por responder cada duda que tuve, por hacer posible que mis ideas pudieran llevarse a cabo, y por sus palabras de aliento en los momentos justos.

Y a los profesores, compañeros y amigos que me acompañaron en cada pasito que di a lo largo de estos años.

Cada uno, a su manera, puso su empeño para ayudarme a seguir construyendo ese puente que hoy me trae hasta acá.

Resumen

El presente Trabajo Final Integrador tuvo como objetivo comprender, desde la perspectiva del comportamiento organizacional, cómo el personal de enfermería percibía el apoyo institucional y las estrategias de afrontamiento frente a experiencias de malestar laboral en instituciones de salud de la provincia de Buenos Aires. Se realizó una investigación cualitativa de alcance exploratorio-descriptivo de corte transversal. Participaron doce integrantes del personal de enfermería pertenecientes a instituciones públicas y privadas de la provincia de Buenos Aires, seleccionados mediante un muestreo intencional. Los datos fueron recolectados mediante entrevistas semiestructuradas y analizados a través de análisis temático considerando los niveles micro, meso y macro del comportamiento organizacional (CO), correspondientes a la experiencia individual, las dinámicas grupales, los vínculos interpersonales, las políticas y cultura institucional. Los resultados evidenciaron que el malestar laboral se encontró estrechamente vinculado con la sobrecarga asistencial, la escasez de personal, la falta de reconocimiento, las dificultades en la comunicación y la insuficiencia de recursos institucionales de apoyo. Asimismo, se identificó que las estrategias individuales y el apoyo entre pares constituyeron recursos fundamentales para afrontar las demandas del trabajo, sin embargo, se observó que resultaban insuficientes cuando no se encontraban acompañados por políticas institucionales sostenidas orientadas al cuidado de la salud mental, el bienestar del personal y la organización del trabajo.

Palabras clave: afrontamiento, apoyo institucional percibido, comportamiento organizacional, enfermería, malestar laboral.

Lista de abreviaturas

AOP: Apoyo Organizacional Percibido.

CO: Comportamiento Organizacional.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

UCO: Unidad Coronaria.

UFLO: Universidad de Flores.

UTI: Unidad de Terapia Intensiva.

1. Introducción

1.1. Delimitación del objeto de estudio

El presente trabajo tiene como objeto de estudio las percepciones de apoyo institucional y las estrategias de afrontamiento del malestar laboral en personal de enfermería que se desempeñan en instituciones de salud de la provincia de Buenos Aires. Desde una perspectiva cualitativa, se buscó comprender cómo los/as profesionales significan los recursos institucionales disponibles, las condiciones organizacionales de trabajo y las estrategias que despliegan frente a situaciones de malestar laboral.

El estudio se enmarcó en el campo del comportamiento organizacional (CO), entendiendo que las experiencias laborales no pueden analizarse únicamente desde una dimensión individual, sino que se configuran en la interacción entre sujetos, equipos de trabajo, liderazgos, recursos institucionales y cultura organizacional. Para ello, la investigación organizó su análisis en tres niveles: *microperspectiva*, *mesoperspectiva* y *macroperspectiva* del CO (Chiavenato, 2009).

1.2. Planteamiento del problema

El personal de enfermería se desempeña en contextos laborales caracterizados por demandas físicas, cognitivas, emocionales y organizacionales significativas. Estas demandas pueden vincularse con sobrecarga de tareas, presión asistencial, turnos extensos o rotativos, vínculos jerárquicos, dinámicas de equipo y disponibilidad variable de recursos institucionales.

Si bien el malestar laboral suele ser interpretado como una experiencia individual, desde una perspectiva organizacional resulta necesario considerar el papel que cumplen las instituciones en la prevención, contención y acompañamiento de dichas experiencias. En este sentido, la percepción de apoyo institucional adquiere relevancia para comprender cómo

los/as trabajadores/as interpretan los recursos disponibles, qué apoyos identifican y qué estrategias despliegan frente a situaciones de tensión, cansancio o sobrecarga.

En el caso del personal de enfermería, estudiar estas experiencias desde el comportamiento organizacional (CO) permite analizar el fenómeno en tres niveles: el *nivel individual* (microperspectiva), vinculado con las vivencias y recursos personales; el *nivel grupal* (mesoperspectiva), relacionado con los equipos de trabajo, pares y superiores; y el *nivel institucional* (macroperspectiva), referido a políticas, dispositivos, cultura organizacional y recursos formales de cuidado (Chiavenato, 2009).

En este marco, el presente estudio buscó comprender cómo el personal de enfermería percibe el apoyo institucional y qué estrategias de afrontamiento utilizaba frente a experiencias de malestar laboral en instituciones de salud de la provincia de Buenos Aires.

1.3. Justificación y fundamentación

La presente investigación resulta pertinente debido a que el personal de enfermería constituye uno de los colectivos profesionales más expuestos a demandas físicas, cognitivas, emocionales y organizacionales significativas en el contexto de las instituciones de salud. Comprender cómo el personal de enfermería percibe el apoyo institucional y qué estrategias de afrontamiento despliega frente al malestar laboral resulta un aporte de conocimiento situado, relevante tanto para la comunidad académica como para la gestión sanitaria, en tanto permite identificar necesidades concretas para el diseño de políticas organizacionales orientadas al bienestar, la prevención de riesgos psicosociales y el fortalecimiento de los equipos de trabajo.

Desde el campo de la Psicología Laboral y Organizacional, el estudio adquiere especial relevancia al analizar estas experiencias desde un enfoque integrador, articulando las dimensiones individuales, grupales e institucionales del comportamiento organizacional (CO). Esta mirada conjunta de los niveles *micro*, *meso* y *macro* permite comprender el

malestar laboral no como un fenómeno aislado sino atravesado por múltiples factores, generando insumos para futuras intervenciones en organizaciones de salud y contribuyendo a la construcción de estrategias de mejora institucional y asistencial.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Comprender desde la perspectiva del comportamiento organizacional (CO), cómo el personal de enfermería percibe el apoyo institucional y describe sus estrategias de afrontamiento frente a experiencias de malestar laboral en instituciones de salud de la provincia de Buenos Aires.

1.4.2. Objetivos específicos

- Explorar las percepciones del personal de enfermería sobre el apoyo institucional disponible en su contexto laboral.
- Describir las experiencias de malestar laboral referidas por el personal de enfermería en relación con las condiciones organizacionales de trabajo.
- Identificar las estrategias de afrontamiento individuales y grupales, así como los recursos institucionales percibidos que facilitan dicho afrontamiento, según refiere el personal de enfermería frente al malestar laboral.
- Indagar el papel de los vínculos laborales, el equipo de trabajo y los/as superiores inmediatos/as como posibles fuentes de apoyo o malestar.
- Analizar las necesidades de mejora institucional percibidas por el personal de enfermería en relación con el cuidado del bienestar laboral.

1.5. Supuestos básicos de investigación

Se partió del supuesto de que el apoyo institucional percibido constituye una dimensión relevante en la experiencia laboral del personal de enfermería, especialmente en contextos atravesados por altas demandas físicas, cognitivas, emocionales y organizacionales.

Asimismo, se consideró que las formas en que los/as trabajadores/as percibían los recursos institucionales disponibles pueden vincularse con sus modos de afrontar situaciones de malestar laboral. Desde esta perspectiva, el estudio buscó explorar las experiencias subjetivas del personal de enfermería atendiendo a tres niveles del comportamiento organizacional: individual, grupal e institucional.

1.6. Pregunta de investigación

¿Cómo percibe el personal de enfermería el apoyo institucional desde los niveles *micro*, *meso* y *macro* del comportamiento organizacional (CO), y qué estrategias de afrontamiento refiere frente a experiencias de malestar laboral en instituciones de salud de la provincia de Buenos Aires?

2. Estado del arte

Da Silva-Oliveira et al. (2022), en la investigación titulada “*De la soledad a la cooperación: estrategias de afrontamiento de los trabajadores de enfermería de cuidados intensivos*”, tuvieron como objetivo analizar las estrategias de afrontamiento desarrolladas por profesionales de enfermería de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) frente a las demandas y exigencias propias del contexto laboral, con especial énfasis en el mantenimiento de su salud mental. El estudio se llevó a cabo mediante un enfoque cualitativo descriptivo, incluyendo a profesionales de enfermería de tres centros de cuidados intensivos de un estado del sur de Brasil. La recolección de datos se realizó a través de doce entrevistas semiestructuradas, las cuales fueron sometidas a análisis temático. Los resultados evidenciaron que, si bien el uso de estrategias de afrontamiento tanto individuales como colectivas permitía hacer frente de manera transitoria al estrés laboral, su implementación aislada no resultaba suficiente para sostener el bienestar psicológico a largo plazo, incrementando la sensación de soledad y el riesgo de desarrollar indicadores de desgaste profesional. En este sentido, los profesionales destacaron la ausencia de espacios

institucionales de contención psicoemocional orientados a abordar las demandas del contexto laboral. En consonancia con estos hallazgos, los autores concluyeron que la implementación de programas institucionales de apoyo social y psicológico, así como la generación de espacios de encuentro y formación continua, resultaban fundamentales para fortalecer las estrategias de afrontamiento, prevenir el desgaste profesional y promover el bienestar en el ámbito de la enfermería de cuidados intensivos.

Leite et al. (2022), en el estudio *“Prazer e sofrimento dos profissionais de enfermagem decorrentes do trabalho em clínicas cirúrgicas”*, realizado en un hospital público de Porto Velho, Brasil, buscaron identificar situaciones que generaban placer y sufrimiento en profesionales de enfermería de clínicas quirúrgicas. La investigación tuvo un enfoque cualitativo, descriptivo y exploratorio, desarrollado mediante entrevistas semiestructuradas a treinta profesionales de enfermería y analizado mediante la clasificación jerárquica descendente. Los resultados mostraron que las principales situaciones que generaban sufrimiento fueron las condiciones inadecuadas de trabajo, la falta de insumos, la sobrecarga laboral y la falta de tiempos de ocio. El estudio destacó que la falta de reconocimiento, los salarios bajos, las largas jornadas y la carga laboral intensificaron el sufrimiento y malestar laboral. Mientras que, por otro lado, las situaciones que generaban placer eran el reconocimiento de pacientes y colegas al trabajo realizado y la colaboración entre miembros del equipo, donde el apoyo organizacional y el liderazgo aportaban notablemente.

En un estudio realizado por Li et al. (2024) en un hospital terciario de la provincia de Henan, China, titulado *“Nurses’ perspectives on workplace environment needs associated to resilience: a qualitative descriptive study”*, se buscó explorar las necesidades del entorno laboral relacionadas con la resiliencia psicológica de enfermeras clínicas. En la investigación participaron veinte enfermeras seleccionadas mediante muestreo intencional, siguiendo una

metodología cualitativa de diseño descriptivo, utilizando entrevistas semiestructuradas en profundidad. Los resultados evidenciaron que las profesionales percibían como factores estresantes la sobrecarga laboral, escasez de personal, turnos excesivos, capacitaciones intensivas, presión ante situaciones adversas y falta de descanso adecuado. Estas situaciones afectaban su bienestar emocional y favorecían el agotamiento y el estrés laboral. Las participantes destacaron la importancia del apoyo institucional, la gestión humanizada, la comunicación transparente, el reconocimiento profesional y la distribución adecuada de recursos como elementos protectores del malestar emocional y el agotamiento laboral. Dentro de las principales estrategias de afrontamiento, identificaron el apoyo psicológico, las actividades grupales, espacios de comunicación y la flexibilidad en la organización de turnos, así como las oportunidades de desarrollo profesional. Los autores concluyeron que un entorno laboral de apoyo, centrado en las necesidades reales de las enfermeras, favorecía la resiliencia, mejoraba el bienestar laboral y contribuía a una mejor calidad del cuidado.

Alodhialah et al. (2024), realizaron un estudio en distintas instituciones de salud públicas, privadas y de atención domiciliaria de Riyadh, Arabia Saudita, denominado *“Exploring Nurses’ Emotional Resilience and Coping Strategies in Palliative and End-of-Life Care Settings in Saudi Arabia: A Qualitative Study”*. En él analizaron la resiliencia emocional y las estrategias de afrontamiento de enfermeros que trabajaban en cuidados paliativos. La investigación tuvo un enfoque cualitativo descriptivo y contó con la participación de quince enfermeros seleccionados mediante muestreo intencional, donde la recolección de datos se llevó a cabo mediante entrevistas semiestructuradas, análisis documental y observación. Los resultados evidenciaron que los profesionales experimentaban una carga emocional importante asociada a la exposición frecuente al sufrimiento y acompañamiento de pacientes, generando altas cargas de agotamiento emocional y estrés. Se identificó que las principales estrategias de afrontamiento que se utilizaban incluían el

mindfulness, apoyo entre colegas, journaling reflexivo, mentorías, capacitación y acceso a servicios de apoyo psicológico. En la investigación se destacó la importancia del apoyo del equipo de trabajo, el acompañamiento de los supervisores, las oportunidades de desarrollo profesional y el reconocimiento laboral como factores que favorecían la resiliencia emocional y el bienestar profesional del personal de enfermería.

Medina (2025), realizó un estudio cualitativo fenomenológico titulado “*Estrategias para mantener la salud emocional del personal de enfermería. Un estudio fenomenológico*”. Esta investigación se orientó a explorar las estrategias que utilizaban los profesionales de enfermería para preservar su bienestar emocional frente a las exigencias laborales del ámbito sanitario. El mismo fue desarrollado con enfermeros/as del Hospital Regional de Caacupé, en Paraguay, donde se realizaron entrevistas semiestructuradas en profundidad aplicadas a una muestra seleccionada por conveniencia de diez participantes y hasta llegar a la saturación teórica. Entre los principales resultados se observó que el personal de enfermería enfrentaba elevados niveles de estrés y desgaste emocional asociados a la sobrecarga laboral, las exigencias de cuidado y las dinámicas organizacionales. Dentro de las estrategias de afrontamiento más frecuentes se incluyeron el autocuidado, las actividades recreativas, el apoyo familiar y la desconexión del entorno laboral. El estudio concluyó que el apoyo institucional, como el liderazgo efectivo, la disponibilidad de recursos humanos, los espacios de salud mental y las capacitaciones sobre manejo emocional, constituían factores fundamentales para promover el bienestar emocional del personal de enfermería y prevenir el agotamiento profesional.

En el estudio titulado “*Estrategias de afrontamiento ante el estrés y su impacto en el bienestar psicosocioemocional de profesionales de enfermería*”, realizado por Julian-Fabila et al. (2025), se buscó analizar el impacto del estrés laboral en el bienestar del personal de enfermería de Saltillo, México. La investigación se llevó a cabo mediante un enfoque

cualitativo descriptivo transversal, utilizando entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido. En él participaron profesionales de enfermería de distintos entornos hospitalarios de cuidado, donde los resultados evidenciaron que las principales fuentes de estrés fueron la sobrecarga laboral, la falta de recursos y un ambiente organizacional disfuncional, asociados a la sobrecarga, largas jornadas, múltiples tareas, déficit de personal y escaso apoyo institucional, deficientes condiciones laborales y limitada red de apoyo organizacional, lo que causaba un deterioro en la cultura del trabajo. También se observaron distintas estrategias de afrontamiento como aislamiento, evitación de conflictos y resolución de problemas o planificación. Como resultado, se concluyó que el malestar laboral afectaba negativamente el bienestar emocional, la motivación, autoestima y calidad de cuidados brindados. Asimismo, los autores señalaron la importancia de comprender el malestar desde un problema organizacional, destacando la importancia de implementar políticas institucionales de apoyo psicológico, mejora de las condiciones laborales y fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento adaptativas en el personal de enfermería.

Por otro lado, Santos et al. (2025), realizaron una investigación titulada “*Fatores intervenientes relacionados às condições de trabalho na qualidade da assistência de enfermagem*”, realizada en un hospital público de Río de Janeiro, Brasil. En él buscaron comprender los factores relacionados con las condiciones de trabajo que intervienen en la calidad de la asistencia de enfermería. La metodología fue cualitativa de carácter exploratorio, utilizando entrevistas semiestructuradas a treinta y cinco profesionales de enfermería. Los resultados señalaron como principales factores intervenientes la falta de insumos, la sobrecarga de trabajo, el apoyo organizacional insuficiente, la infraestructura precaria, el sobredimensionamiento del personal, las largas jornadas laborales y la falta de descanso. Los participantes relataron repercusiones como estrés, agotamiento, ansiedad y desgaste físico y emocional. También se destacó la desvalorización profesional, la baja

remuneración y las dificultades de apoyo y comunicación con la gestión como aspectos que afectaban la calidad del cuidado. Los autores mencionaron que el fortalecimiento del apoyo organizacional, las reuniones periódicas y los espacios de escucha eran esenciales como estrategias para implementar cambios en la mejora de las condiciones de trabajo y la calidad asistencial.

Tabares et al. (2025) realizaron el estudio “*Burnout en el personal de enfermería de cuidados intensivos: causas, consecuencias y estrategias de afrontamiento*”, realizado en Ecuador, para analizar las consecuencias, causas y estrategias de afrontamiento del síndrome de *burnout* y malestar laboral en profesionales de enfermería de unidades de cuidados intensivos. La investigación tuvo una metodología cualitativa de carácter exploratorio-descriptivo. Los resultados identificaron que las principales causas fueron la sobrecarga laboral, la falta de apoyo organizacional, la presión institucional, la exposición constante al sufrimiento y las condiciones laborales precarias. También describieron consecuencias físicas, emocionales y conductuales, como el agotamiento emocional, ansiedad, insomnio, despersonalización, disminución de la realización profesional, conflictos familiares, deterioro de las relaciones interpersonales y disminución de la calidad de la asistencia a pacientes. El estudio también destacó factores vinculados a la cultura organizacional, como la falta de reconocimiento a los profesionales, el liderazgo autoritario, la inequidad notable en la distribución de tareas y el debilitamiento del clima laboral entre pares. Como estrategias de afrontamiento, los autores plantearon que se debía fortalecer la resiliencia, el autocuidado, la regulación emocional, apoyo institucional, programas de salud laboral y la implementación de políticas organizacionales preventivas.

Yupa Cutuan et al. (2025) realizaron el estudio titulado “*Estrategias de afrontamiento en enfermería frente al cuidado comunitario de niños con convulsiones*”, en Ecuador. El estudio buscaba investigar y analizar las estrategias de afrontamiento utilizadas por

profesionales de enfermería en el cuidado comunitario de niños con convulsiones. La investigación tuvo un enfoque cualitativo fenomenológico y se desarrolló mediante entrevistas semiestructuradas a profesionales de enfermería. Los resultados evidenciaron que los participantes experimentaban ansiedad y aturdimiento frente a estas situaciones críticas. Como estrategias de afrontamiento se identificaron el apoyo emocional y espiritual, la escucha activa, la planificación de acciones y la búsqueda de apoyo profesional y social. También se señaló que la falta de personal, la escasez de insumos y las limitaciones institucionales generaban frustración y desgaste emocional en los profesionales, afectando la calidad del cuidado brindado y repercutiendo en su bienestar.

Finalmente, Zeng et al. (2026) en el estudio titulado: “*Stress Experiences and Support Needs of Nurses in Patient Safety Incidents: A Phenomenological Qualitative Study*”, buscaron explorar las experiencias relacionadas al estrés, las fuentes de tensión laboral y las necesidades de apoyo de enfermeros que atravesaron incidentes de impacto emocional psicológico con pacientes. La investigación se desarrolló mediante un enfoque cualitativo fenomenológico en dieciséis enfermeros/as de un hospital terciario de Jiangsu, China. Los datos se recolectaron mediante entrevistas semiestructuradas. Dentro de los resultados se identificaron reacciones psicológicas intensas, miedo, ansiedad, culpa y dudas sobre el propio ejercicio profesional, como también síntomas físicos de insomnio, pesadillas y pérdida del apetito. Los participantes describieron un desgaste emocional persistente que afectaba su desempeño laboral, donde las fuentes de estrés iban desde la interacción con familiares, a la interacción con supervisores, cargas organizacionales, sanciones y procedimientos institucionales agotadores. En relación con las estrategias de afrontamiento, el estudio encontró que el apoyo organizacional percibido, la comunicación protectora de líderes, la empatía de colegas, colaboración interdisciplinaria y el apoyo familiar funcionaban como factores protectores frente al malestar laboral. Los autores concluyeron que las experiencias

de estrés laboral en enfermería eran multidimensionales y estaban profundamente condicionadas por factores organizacionales, institucionales y sociales.

3. Método

3.1. Diseño del estudio

La investigación se realizó mediante una lógica fenomenológica de alcance exploratorio-descriptivo y temporalidad transversal, orientada a comprender las percepciones y experiencias del personal de enfermería en relación con el apoyo institucional, el malestar laboral y las estrategias de afrontamiento. Según Hernández Sampieri y Mendoza (2018), la metodología de investigación cualitativa se enfoca en comprender y explorar los fenómenos en su ambiente natural y en un contexto determinado desde la perspectiva de los participantes. Este enfoque permitió analizar las emociones, significados y percepciones de los profesionales, así como los recursos y apoyos institucionales disponibles en el contexto laboral y los factores organizacionales que influyen en ellas, en línea con los objetivos de investigación y los supuestos de que las estrategias de afrontamiento involucran dimensiones individuales y colectivas, además de recursos institucionales que pueden facilitarlas. Por otro lado, la unidad de análisis estuvo conformada por las percepciones, experiencias y significados que el personal de enfermería construyó en torno al apoyo institucional, el malestar laboral y las estrategias de afrontamiento implementadas en el desarrollo de su práctica profesional.

3.2. Participantes y muestra

La muestra estuvo conformada por doce integrantes del personal de enfermería, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional. Las personas seleccionadas presentaban trayectorias laborales diversas, con experiencias que comprendían desde aproximadamente tres años hasta más de treinta años de ejercicio en enfermería. Sus experiencias laborales incluían sectores como guardia, internación general, terapia intensiva, unidad coronaria, neonatología, quirófano, traumatología, recuperación y consultorios

externos. Esta diversidad permitió recuperar relatos correspondientes a distintos niveles de complejidad asistencial y formas de organización del trabajo. La heterogeneidad de los participantes provenientes de distintas áreas permitió reunir experiencias correspondientes a diversos niveles de complejidad asistencial, sin que ello implicara realizar comparaciones representativas entre los diferentes servicios.

Tabla 1

Características sociodemográficas y laborales de los/as participantes (N = 12)

Código	Edad	Género	Formación	Sector	Experiencia	Área de trabajo	Turno/Jornada
E1	50	F	Lic. en Enfermería	Institución pública	+ 6 años	Guardia	Guardia de 6 hs (18 a 24 hs)
E2	57	F	Lic. en Enfermería	Institución privada	+ 6 años	Guardia, coordinación general	Turno mañana, 7 hs, de lunes a viernes.
E3	39	F	Enfermero/a Profesional	Institución pública	+ 6 años	Internación general, cuidado avanzado de heridas	Turno mañana, 7 hs, de lunes a viernes.
E4	30	F	Enfermero/a Profesional	Institución privada	Entre 1 y 3 años	UTI/UCO	Jornada laboral rotativa de 7 hs.
E5	53	F	Enfermero/a Profesional	Institución privada	+ 6 años	Guardia, internación general	Turno mañana, 7 hs, de lunes a viernes
E6	45	F	Lic. en Enfermería	Institución privada	+ 6 años	Consultorios externos	No especifica.
E7	57	F	Enfermero/a Profesional	Institución privada	+ 6 años	Consultorios externos	Turno mañana, 8 hs, de lunes a viernes
E8	33	M	Lic. en Enfermería	Institución privada	+ 6 años	Quirófano	Turno mañana, 7 hs, de lunes a viernes
E9	46	F	Especialización/ Posgrado	Institución privada	+ 6 años	Sala de recuperación de endoscopia	Jornada laboral de 7 hs, de lunes a viernes.
E10	27	M	Auxiliar de Enfermería	Institución privada	Entre 1 y 3 años	Internación general	Jornada día por medio, sábados, domingos y feriados, 7 hs.
E11	50	F	Enfermero/a Profesional	Institución privada	+ 6 años	Personal rotativo	Rotativo, 7 hs a 14 hs, día por medio.
E12	48	F	Especialización/ Posgrado	Institución privada	+ 6 años	Neonatología/UTI	Turno noche, 7 hs, de lunes a viernes.

Nota. F = femenino; M = masculino; + = más; UTI = unidad de terapia intensiva; UCO = unidad coronaria. Elaboración propia.

Cabe señalar que parte del personal de enfermería entrevistado contaba con trayectorias que incluían experiencias tanto en instituciones públicas como privadas (E1,

E11), lo cual permitió enriquecer la caracterización de ambas categorías dentro del análisis, más allá del sector en el que se desempeñaban actualmente.

3.3. Criterios de inclusión

- Ser profesional de enfermería.
- Desempeñarse en una institución de salud pública o privada.
- Tener al menos 1 año de experiencia laboral en enfermería.
- Aceptar participar voluntariamente.
- Firmar consentimiento informado.

3.4. Criterios de exclusión

- No haberse desempeñado en instituciones de salud.
- No contar con experiencia laboral suficiente para responder sobre el fenómeno estudiado.
- No aceptar participar o no firmar el consentimiento informado.

3.5. Instrumentos

Se empleó una entrevista semiestructurada, organizada en torno a tres niveles del comportamiento organizacional: *microperspectiva*, *mesoperspectiva* y *macroperspectiva*. Hernández Sampieri y Mendoza (2018) definen a la entrevista como un encuentro o reunión a través de la cual se lleva a cabo un intercambio de información entre dos personas, un entrevistador y el entrevistado para construir, mediante la comunicación, una construcción conjunta de significados sobre una temática específica. La misma fue de carácter semiestructurada debido al uso de guía o temáticas específicas a indagar, con la posibilidad de introducir preguntas adicionales para obtener más información sobre los datos a recolectar (Hernández Sampieri y Mendoza, 2018).

La investigación permitió indagar cómo el personal de enfermería percibe el apoyo institucional y cuáles eran las estrategias que desplegaba para afrontar situaciones de malestar

laboral dentro de su contexto de trabajo, considerando además los factores organizacionales que influyen en dichas experiencias. El instrumento incluyó preguntas sociodemográficas, preguntas abiertas y guías temáticas orientadas a favorecer relatos profundos y reflexivos por parte de los participantes, posibilitando una recolección amplia y significativa de información sobre sus vivencias y perspectivas.

3.6. Procedimiento

Los participantes fueron contactados inicialmente de manera virtual, mediante correo electrónico o redes profesionales, para establecer un primer contacto a modo de presentar el estudio y verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión. Posteriormente, se coordinó un encuentro por medio de videollamada virtual, según la disponibilidad del profesional, donde se llevó a cabo la presentación del consentimiento informado, su firma y la posterior entrevista semiestructurada.

Las entrevistas fueron grabadas con autorización previa del profesional y transcritas de manera literal para su posterior análisis. Se hizo hincapié en garantizar la confidencialidad y el anonimato de los participantes mediante el uso de códigos y resguardando toda información identificatoria.

Los datos fueron analizados mediante análisis temático (Braun & Clarke, 2006), siguiendo un procedimiento de codificación manual. En primer lugar, se realizó una lectura reiterada de las transcripciones para favorecer la familiarización con el material. Luego, se identificaron unidades de significado vinculadas con los objetivos de investigación y se construyeron códigos iniciales. Posteriormente, los códigos fueron agrupados en categorías y subcategorías temáticas. Los niveles *micro*, *meso* y *macro* funcionaron como ejes deductivos, previamente definidos a partir del marco del comportamiento organizacional propuesto por Chiavenato (2009), mientras que las subcategorías se construyeron de manera inductiva a

partir de los relatos de los/as participantes. Finalmente, se revisó la coherencia interna de las categorías respecto de los fragmentos seleccionados.

La guía de entrevista se estructuró en torno a tres ejes analíticos, en correspondencia con los niveles del comportamiento organizacional (CO) propuestos por Chiavenato (2009):

- *Eje I: Experiencias individuales y estrategias de afrontamiento (Microperspectiva).*
Se indagaron las experiencias subjetivas de los profesionales frente a las demandas del contexto laboral, las respuestas emocionales asociadas y las estrategias de afrontamiento implementadas ante situaciones de estrés.
- *Eje II: Dinámicas grupales y apoyo en el equipo de trabajo (Mesoperspectiva).* Se exploraron las relaciones interpersonales, las dinámicas de trabajo en equipo, el apoyo percibido por parte de pares y supervisores, así como las formas de intercambio y contención dentro del grupo laboral.
- *Eje III: Percepción del apoyo institucional y factores organizacionales (Macroperspectiva).* Se abordaron las percepciones sobre la organización en su conjunto, incluyendo la disponibilidad de recursos, la carga laboral, las políticas institucionales, la cultura organizacional y las instancias formales de apoyo y formación, así como su relación con la aparición de desgaste profesional.

El análisis se realizó de manera comparativa entre las doce entrevistas, lo que permitió identificar patrones, recurrencias y divergencias en los relatos. Posteriormente, las categorías emergentes fueron contrastadas con los antecedentes relevados en el estado del arte y con los aportes del marco teórico, favoreciendo una triangulación teórica que fortaleció la interpretación de los resultados.

3.7. Consentimiento informado

A cada participante se le proveyó de un consentimiento informado que debía ser firmado, correspondiente a un criterio de inclusión para la investigación y elaborado

conforme a los lineamientos éticos establecidos por la Universidad. Su utilización, como menciona Losada (2014), garantiza que las prácticas a realizar respeten la integridad física y psíquica, la dignidad, autonomía y privacidad de los participantes del estudio. En él se explicaron los objetivos del estudio y la voluntariedad de la participación, la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin consecuencias, garantía de confidencialidad y uso exclusivo de los datos con fines académicos. El consentimiento se firmó previamente a la entrevista, asegurando que los participantes comprendieran plenamente su participación y derechos.

4. Marco teórico

4.1. Comportamiento organizacional en instituciones de salud

4.1.1. Definición de comportamiento organizacional

El comportamiento organizacional (CO) constituye un campo de estudio fundamental para poder comprender la dinámica de los individuos dentro de las instituciones y su incidencia en el funcionamiento del sistema. Desde la perspectiva de Chiavenato (2009), el éxito de los proyectos institucionales depende del capital humano, es por ello que las organizaciones no deben concebirse únicamente desde sus estructuras o recursos materiales, sino que también desde las interacciones, comunicaciones y el desempeño de sus integrantes. Así, el CO puede definirse como el estudio de la influencia recíproca entre las personas, los grupos y la propia organización (Chiavenato, 2009). Esta interacción constante permite vincular las conductas, percepciones, actitudes y motivaciones del sujeto con las normas, la cultura, el liderazgo y la estructura de la institución. En esta línea, Dailey (2012) entiende al CO como el campo que se dedica a examinar tanto el rendimiento como las actitudes de los individuos dentro de las organizaciones, poniendo el foco en la manera en que la labor de los trabajadores contribuye o disminuye la eficacia y productividad global.

Por otra parte, el CO también se destaca por su carácter interdisciplinario. Chiavenato (2009) plantea que esta disciplina se nutre de las ciencias del comportamiento, como la psicología, psicología social, sociología, antropología y ciencias políticas, para analizar aspectos individuales (personalidad, aprendizaje, motivación), grupales (roles, liderazgo, conflicto) y organizacionales (cultura, poder y estructura). A esta perspectiva integradora también se suma el aporte de Dailey (2012) quien expande la frontera del CO al incorporar elementos de la economía y la psicología industrial.

En sintonía con esto, Romero-Buj (2010) propone un desplazamiento epistemológico para dejar de observar desde una visión estrictamente centrada en el trabajo hacia una que permita la comprensión de la organización como una construcción social que "se comporta". Su planteamiento dialoga con Chiavenato (2009), debido a que ambos conciben a la institución como un entramado dinámico de relaciones y significados compartidos, condicionados por la estructura y la cultura.

Por otro lado, analizar el CO exige mirar en distintas dimensiones. Chiavenato (2009) distingue entre aspectos superficiales (estrategias, objetivos, políticas y tecnología) y dimensiones profundas y ocultas (percepciones, normas grupales e interacciones informales). Esta diferenciación evidencia que el CO se mueve entre lo formal y la cotidianidad de la institución, factores que inciden y determinan directamente en el clima laboral y la calidad del servicio.

Al respecto, Sabando, Véliz y Coello (2016) señalan que el CO es una herramienta diagnóstica indispensable para la eficiencia y el desarrollo institucional, cuyos resultados dependen de la motivación y el sentido de pertenencia colectiva. En esta línea, Davis (1999, citado en Sabando et al., 2016) sostiene que el análisis sistemático de las conductas laborales permite anticipar escenarios, predecir conductas y orientar procesos de mejora continua. En definitiva, el CO representa el "lado humano de la administración" (Chiavenato, 2009), ya

que no sustituye la gestión administrativa, sino que ofrece el marco teórico-práctico para mejorar la calidad de vida laboral y la sustentabilidad institucional.

4.1.2. Niveles de análisis: individuo, grupo e institución

El comportamiento organizacional se estructura a partir de distintos niveles de análisis. Chiavenato (2009) propone tres dimensiones: la *microperspectiva* (focalizada en el individuo y sus procesos psicológicos de motivación, percepción y satisfacción), la *mesoperspectiva* (centrada en la dinámica de grupos, toma de decisiones y cooperación) y la *macroperspectiva* (orientada al sistema organizacional como un todo, incluyendo diseño, cultura, procesos y negociación). Esta clasificación coincide con la propuesta de Dailey (2012), quien también identifica como unidades de análisis al individuo, al grupo y a la organización en su conjunto, denominando “teoría organizacional” a la perspectiva *macro* de análisis sistémico (Champoux, 2011, citado en Dailey, 2012).

En el nivel individual, el CO analiza la relación entre las características personales del trabajador y su desempeño laboral. Chiavenato (2009) incluye variables como la personalidad, competencias, valores e historia personal. Al respecto, Rojas Ponce (2023), retomando a Chiavenato (2009), enfatiza que comprender al trabajador implica considerar no solo sus tareas técnicas, sino las condiciones subjetivas, como la percepción, aprendizaje y motivación, bajo las cuales se vincula con la institución.

El nivel grupal actúa como un puente integrador entre las dimensiones individuales y sociales de la organización (Romero-Buj, 2010). Entre los grupos y los individuos se genera una influencia de ida y vuelta, un proceso bidireccional que se moldea a través de las normas y la cultura que comparten. Bajo la definición de Merrill (1974, citado en Romero-Buj, 2010), el grupo es un sistema de interacción recíproca con objetivos comunes que genera cohesión, liderazgo y conflicto. En la *mesoperspectiva* de Chiavenato (2009), se examina cómo estas dinámicas y la socialización promueven la cooperación (Herdoiza Chichande,

2020). Asimismo, Robbins y Coulter (2013, citados en Rojas Ponce, 2023) sostienen que el análisis grupal es clave para comprender cómo la estructuración del trabajo colectivo incide directamente en los resultados institucionales.

El nivel organizacional busca analizar la institución de manera holística. En la macroperspectiva de Chiavenato (2009), el comportamiento se entiende a partir de variables estructurales y culturales que impactan de manera transversal en toda la organización. Sabando et al. (2016) sugieren analizar estas relaciones en varias direcciones, desde gerencia-trabajador, trabajador-gerencia y organización-sociedad, destacando un enfoque que pone de foco la responsabilidad social que tiene todo el sistema.

En el sector sanitario, este enfoque sistémico adquiere particular relevancia. Segredo Pérez et al. (2015) plantean que las instituciones de salud están conformadas por subsistemas interrelacionados, que integran los recursos humanos, materiales, financieros e informativos, que articulan con dimensiones de autoridad, control y comunicación (Fernández Caballero y Capote Mir, 2010; citados en Segredo Pérez et al., 2015). Así, cualquier alteración en una de las partes afecta al conjunto, lo que refuerza la idea de Chiavenato (2009) de concebir la organización como una red compleja de interacciones.

4.1.3. Comportamiento organizacional aplicado a instituciones de salud

La aplicación del CO al ámbito sanitario parte del supuesto de que los servicios de salud dependen críticamente del capital humano, de la comunicación y del liderazgo. Si el éxito organizacional radica en las personas (Chiavenato, 2009), en salud esto se traduce directamente en la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención brindada.

Espinoza Posadas (2024) argumenta que la gestión efectiva del capital humano y un CO saludable son pilares indispensables para el futuro de estas instituciones. Al respecto, Riveros (2017, citado en Espinoza Posadas, 2024) subraya la trascendencia del trabajo colaborativo en los entornos sanitarios. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud

(2023, citada en Espinoza Posadas, 2024) y la Organización Panamericana de la Salud (2022, citada en Espinoza Posadas, 2024) asocian la inversión en el bienestar del personal sanitario con la reducción de la rotación y el incremento en la satisfacción de los usuarios, demostrando la relación positiva entre la experiencia del trabajador y la calidad asistencial.

Sumado a esto, la complejidad hospitalaria exige un funcionamiento coordinado y multidisciplinar. Espinoza Posadas (2024) y Liu et al. (2023, citado en Espinoza Posadas, 2024) afirman que el CO es una pieza fundamental para articular la circulación de información y resolver los problemas cotidianos de la operación en el sector.

Dentro de esta dinámica, la comunicación interna se impone como una variable crítica de gestión. Vizcaya et al. (2017) señalan que el clima institucional se ve condicionado por el estilo comunicacional. La comunicación no es solo un canal informativo, sino que también un proceso integrador y constructor de identidad. Según Sánchez Vega y Ospina Nieto (2014, citados en Vizcaya et al., 2017), cumple cuatro funciones básicas: motivación, control, información y expresión emocional. Su estudio permite evaluar el compromiso ante las tareas (Bustamante, 2013, citado en Vizcaya et al., 2017) y alinear los objetivos individuales con los institucionales para incrementar la productividad (Berceruelo, 2011, citado en Vizcaya et al., 2017).

A su vez, Rojas Ponce (2023) vincula un CO óptimo con la mejora de las relaciones interpersonales y la efectividad hospitalaria. Esta efectividad, de acuerdo con Robbins y Judge (2011, citados en Rojas Ponce, 2023), trasciende los indicadores administrativos y se manifiesta en la continuidad y el trato humanizado de los cuidados. Dado que cada decisión del personal repercute directamente en el paciente (Reyes et al., 2018, citados en Herdoiza Chichande, 2020), la salud pública requiere metodologías diagnósticas que identifiquen los factores que influyen en el rendimiento laboral para transformar positivamente los servicios de salud (Segredo Pérez et al., 2015).

4.1.4. Condiciones organizacionales y experiencia laboral

Las condiciones organizacionales estructuran la experiencia laboral de los profesionales de enfermería. Chiavenato (2009) explica esta dinámica a través de variables independientes, como el diseño, la cultura y los procesos, las cuales determinan variables dependientes como el desempeño, compromiso y satisfacción, generando a su vez variables intermedias de productividad, calidad y adaptabilidad. Así, el entorno laboral no es neutro, sino un modulador de la subjetividad y el rendimiento laboral.

El clima organizacional constituye una de las dimensiones más influyentes. El mismo se define como el conjunto de percepciones estables que los trabajadores construyen en torno al liderazgo, la motivación, la comunicación y las recompensas (Naranjo Herrera et al., 2015, citados en Vizcaya et al., 2017; Segredo Pérez y Reyes Miranda, 2004, citados en Segredo Pérez et al., 2015). Bernal et al. (2015, citado en Vizcaya et al., 2017) añaden que el clima determina la productividad y la satisfacción individual. En salud, el clima laboral repercute directamente sobre la motivación y la calidad del cuidado (Segredo Pérez et al., 2015), coincidiendo con la perspectiva profunda del CO propuesta por Chiavenato (2009).

De manera complementaria, la cultura organizacional provee el marco normativo y valorativo que orienta el comportamiento. Arancibia-Morales et al. (2021) asocian una cultura robusta con una atención sanitaria de calidad. Mientras que la cultura se expresa en la misión, valores y estilos de dirección (Hamui-Sutton et al., 2014, citado en Arancibia-Morales et al., 2021), el clima actúa como el reflejo de cómo los trabajadores experimentan cotidianamente dicha realidad (Ellegren, 2015, citado en Arancibia-Morales et al., 2021).

Por otra parte, las condiciones físicas y psicosociales del trabajo (Segredo Pérez et al., 2015) y la suficiencia de recursos son determinantes para el desempeño. Herdoiza Chichande

(2020) advierte que un entorno precario o carente de soporte grupal mermará el rendimiento y afectará negativamente los resultados institucionales.

El liderazgo se consolida como otra variable crítica con impacto directo en el bienestar y la salud integral del personal (Contreras et al., 2009). La literatura documenta que estilos de dirección coercitivos o con excesiva exigencia deterioran el clima (Bloch y Whiteley, 2003; Goleman, 2000, citados en Contreras et al., 2009), mientras que liderazgos expresivos y orientados a las personas favorecen el desempeño y la productividad (Singh, 1998; Conger et al., 2000; Siwatch, 2004; Stringer, 2002, citados en Contreras et al., 2009). En salud, el liderazgo demanda una comunicación asertiva y retroalimentación constante (De Castro, 2017; Montero y Romero, 2016, citados en Herdoiza Chichande, 2020).

La motivación, satisfacción y el compromiso son indispensables para la retención del talento y la consolidación de un clima laboral saludable (Chiavenato, 2009; Sabando et al., 2016). En enfermería, estas variables son el motor del éxito institucional (Herdoiza Chichande, 2020). Por el contrario, la ambigüedad de roles, la falta de autonomía y la ausencia de apoyo directivo generan estrés, propiciando el ausentismo laboral (Niedhammer et al., 1998; Wilkinson y Wagner, 1993, citados en Contreras et al., 2009). Es así que una gestión saludable no anula el conflicto, sino que implementa mecanismos participativos para su resolución (Segredo Pérez et al., 2015).

En esta misma línea, el CO se traduce en la calidad asistencial final. Un CO óptimo, caracterizado por la comunicación eficaz, el liderazgo participativo y una cultura de seguridad, incrementa directamente la calidad de la atención (Espinoza Posadas, 2024), mientras que un entorno desfavorable produce un servicio deficiente (Herdoiza Chichande, 2020). De este modo, el estudio del CO en instituciones de salud se justifica tanto por el resguardo del bienestar del personal de enfermería como por la garantía de una atención de salud segura, de calidad y humanizada para los usuarios.

4.2. Trabajo de enfermería y demandas laborales

4.2.1. Características del trabajo de enfermería.

El trabajo de enfermería constituye una actividad compleja y multidimensional desarrollada en ámbitos asistenciales, comunitarios, administrativos, educativos y de investigación, cuyo eje central es el cuidado integral de personas, familias y comunidades (Següel-Palma et al., 2015). Sus profesionales desempeñan simultáneamente funciones clínicas y organizacionales que abarcan desde la valoración física y la administración de tratamientos hasta la educación sanitaria y la gestión del cuidado (Següel-Palma et al., 2015). Al respecto, el Consejo Internacional de Enfermería (2002, citado en Henríquez Moreno, 2021) sostiene que la disciplina comprende cuidados autónomos y colaborativos dirigidos a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en todas las etapas de la vida, consolidándose como un pilar fundamental del sistema sanitario debido a su contacto directo y permanente con el paciente.

Esta práctica profesional conlleva una elevada responsabilidad ética e institucional al colocar al personal en contacto continuo con el sufrimiento, el dolor y la muerte (Godoy et al., 2025; Següel-Palma et al., 2015). La labor muchas veces se caracteriza por una monitorización constante, toma de decisiones en condiciones de incertidumbre, manejo de tecnología compleja y contención a familiares en crisis; variables que configuran un entorno de alta exigencia física, cognitiva y emocional (Godoy et al., 2025). Adicionalmente, el sector debe afrontar una presión laboral sostenida derivada de la escasez crónica de personal y la consecuente prolongación de las jornadas para cubrir la demanda institucional (Astrudillo et al., 2009; Escribá Aguir y Burguete-Ramos, 2005, citados en Següel-Palma et al., 2015).

Desde la perspectiva humanística, la práctica de enfermería se fundamenta en un cuidado holístico orientado a satisfacer necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales (Tipán et al., 2025). Watson (s.f., citada en Juela et al., 2025) resalta que la

interacción enfermera-paciente debe estructurarse como un cuidado transpersonal basado en la empatía y la sensibilidad mutua. En consonancia, la teoría del cuidado humano de Alligood (2022, citado en Juela et al., 2025) propone una atención integral sustentada en relaciones terapéuticas significativas y entornos seguros. No obstante, la viabilidad de estas dimensiones humanísticas se ve frecuentemente comprometida por las demandas del entorno clínico y el desgaste psicológico cotidiano.

Diversas investigaciones coinciden en que la enfermería suele ejercerse bajo condiciones deficitarias marcadas por sobrecarga, presión asistencial y precariedad de recursos (Arango-Bayer et al., 2023; Henríquez Moreno, 2021; Següel-Palma et al., 2015). En esta línea, Arango-Bayer et al. (2023), en un estudio realizado en un hospital público colombiano, identificaron que los aspectos peor evaluados del entorno laboral de enfermería estaban vinculados a la gestión organizacional: la forma en que se manejan las políticas de personal, la escasa planificación de la dotación de enfermería y el limitado margen de decisión clínica de los profesionales, junto con el uso extendido de esquemas de turnos rotativos. Según los autores, estas debilidades estructurales se asocian de manera significativa con el grado de conformidad del personal con su trabajo y con la calidad y seguridad de la atención brindada.

4.2.2. Demandas físicas, cognitivas y emocionales.

Las demandas del trabajo enfermero integran de forma simultánea dimensiones físicas, cognitivas y emocionales durante la jornada laboral. Flores-Serván y Del-Aguila-Paredes (2026) conceptualizan la carga de trabajo como el equilibrio dinámico entre estas exigencias, demostrando que la presencia de niveles medios y altos de carga física, mental y emocional se asocia significativamente con el deterioro de la calidad de vida del profesional. En sintonía, Martínez y González (2022, citados en Godoy et al., 2025) señalan

que la sobrecarga se manifiesta cuando las demandas del puesto exceden sistemáticamente la capacidad de respuesta del profesional, obstaculizando la provisión de un cuidado seguro.

Respecto a las demandas físicas, la disciplina se caracteriza por la manipulación manual de pacientes, levantamiento de cargas, adopción de posturas forzadas y bipedestación prolongada, elementos que predisponen al desarrollo de trastornos musculoesqueléticos en espalda, cuello y extremidades (Fernández González et al., 2014). Estas exigencias físicas y los movimientos repetitivos, que sobrecargan la columna vertebral, constituyen los principales factores de riesgo para el dolor crónico y el consecuente ausentismo laboral (Fernández González et al., 2014). Esto sitúa a la enfermería entre las profesiones con mayor carga física, debido a la combinación de ritmos acelerados de trabajo y extensas jornadas (Engels et al., 1994; Marras et al., 1999, citados en Fernández González et al., 2014).

Por su parte, las demandas cognitivas implican procesos de atención sostenida, toma de decisiones complejas bajo presión y prevención de errores clínicos. Al respecto, Sebastián y Del Hoyo (2002, citados en Almudéver Campo y Pérez Jordan, 2019) definen la carga mental como los requerimientos intelectuales de la tarea, vinculando el agotamiento mental de enfermería con los esquemas de turnos y las condiciones de trabajo. Además, la vigilancia clínica continua, la administración farmacológica y el procesamiento de información compleja elevan sustancialmente esta presión cognitiva (Reyes et al., 2021; Hanco, 2023, citados en Godoy et al., 2025).

Esta sobrecarga cognitiva tiene implicaciones directas en la seguridad del paciente. Tipán et al. (2025) señalan una relación directamente proporcional entre el exceso de trabajo y la ocurrencia de errores en la administración de medicamentos, advirtiendo que la escasez de tiempo y personal limita la capacidad de respuesta segura y propicia eventos adversos. Igualmente, Cuenca y Mariño (2025, citados en Godoy et al., 2025) sostienen que cuando

aumenta la presión asistencial, se elevan los errores en la práctica clínica y se ve afectada negativamente la calidad del cuidado brindado.

A estas dimensiones se añaden las demandas emocionales inherentes al rol de cuidador. La exposición sostenida a factores psicosociales desfavorables promueve el desarrollo del síndrome de *burnout* o desgaste profesional (Portero De La Cruz y Vaquero Abellán, 2015). Gil-Monte (2009, citado en Portero De La Cruz y Vaquero Abellán, 2015) plantea que los estresores psicosociales incrementan el estrés laboral, mientras que Vargas et al. (2014, citados en Portero de la Cruz y Vaquero Abellán, 2015) caracterizan este desgaste por el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal. Particularmente en unidades críticas, la carga emocional se intensifica debido a la responsabilidad directa sobre la vida humana (Juela et al., 2025).

Las repercusiones del desgaste profesional afectan de forma transversal al trabajador. En el plano psicofisiológico, se asocia con sintomatología de ansiedad, irritabilidad, trastornos del sueño, depresión, fallas de concentración y fatiga (Batista et al., 2007; Zacché et al., 2007; Hanrahan et al., 2010, citados en Següel-Palma et al., 2015), así como con patologías cardiovasculares (Suñer-Soler et al., 2012, citado en Portero De La Cruz y Vaquero Abellán, 2015). Esta vulnerabilidad general deteriora de manera global las dimensiones física, social y de desarrollo personal del profesional (Flores-Serván y Del-Aguila-Paredes, 2026).

4.2.3. Condiciones organizacionales y experiencia laboral.

Las condiciones organizacionales determinan de manera estructural las demandas laborales de enfermería. El trabajo por turnos, las jornadas prolongadas y la presión continua configuran el entorno hospitalario habitual (Almudéver Campo y Pérez Jordan, 2019). Los esquemas rotativos y las jornadas nocturnas alteran los ritmos circadianos, lo que impacta negativamente en la arquitectura del sueño y en la salud integral del trabajador (Moreno et

al., 2013; Morin, 1970, citados en Almudéver Campo y Pérez Jordan, 2019), traducéndose en fatiga crónica, somnolencia y disminución de la capacidad de concentración (Feo, 2007; Tovalín, 2005, citados en Almudéver Campo y Pérez Jordan, 2019).

Asimismo, la inadecuada relación entre el número de pacientes y el personal disponible aumenta esta presión. Henríquez Moreno (2021) argumenta que el déficit de profesionales calificados y la falta de recursos generan un desgaste multidimensional que dificulta el cumplimiento de los estándares clínicos. En el mismo orden, Arango-Bayer et al. (2023) destacan que la deficiente planificación de recursos humanos propicia entornos desfavorables asociados con insatisfacción, intencionalidad de abandono laboral y decremento de la calidad asistencial.

A esto se suma la creciente carga administrativa. Següel-Palma et al. (2015) exponen que el personal de enfermería delega una proporción significativa de su jornada a tareas burocráticas, de gestión y control documental, reduciendo el tiempo disponible para el cuidado directo. Esta configuración genera frustración, especialmente ante la falta de autonomía y reconocimiento profesional dentro de la estructura institucional.

En contraposición, la literatura identifica factores protectores organizacionales de gran valor. El liderazgo positivo, el fomento de la autonomía profesional, el acceso a información clara y el trabajo en equipo actúan como moderadores que elevan la satisfacción laboral y mitigan el estrés (Mark et al., 2007; Almost y Laschinger, 2002, citados en Següel-Palma et al., 2015). Complementariamente, Portero De La Cruz y Vaquero Abellán (2015) subrayan la necesidad de implementar estrategias de autocuidado y programas de gestión de estrés orientados a preservar la salud mental del personal.

El trabajo de enfermería está relacionado a una elevada complejidad asistencial donde interactúan demandas físicas, cognitivas y emocionales constantes. La exposición prolongada a factores de riesgo organizacionales, como la sobrecarga de tareas, déficit de personal,

turnos nocturnos y exceso administrativo, deteriora la salud del trabajador y, simultáneamente, la seguridad del paciente. Por consiguiente, resulta indispensable optimizar las condiciones organizacionales, promoviendo entornos saludables y redes de apoyo institucional orientadas a resguardar el bienestar del personal de enfermería y garantizar una atención de calidad y humanizada.

4.3. Apoyo institucional percibido

4.3.1. Definición de apoyo organizacional percibido

El apoyo organizacional percibido (AOP) constituye una categoría analítica fundamental para comprender el vínculo entre el trabajador y la institución, particularmente respecto a cómo los sujetos interpretan el trato que reciben en su entorno laboral. Desde sus desarrollos fundacionales, Eisenberger et al. (1986) definen este constructo como las creencias globales que desarrollan los empleados sobre la medida en que la organización valora sus contribuciones y se preocupa por su bienestar. Esta conceptualización trasciende la existencia objetiva de recursos, beneficios o políticas institucionales, focalizándose en el proceso mediante el cual el personal decodifica tales acciones como señales de valoración, cuidado y reconocimiento.

En esta línea, Bravo-Yáñez y Jiménez-Figueroa (2011) retoman la propuesta original de Eisenberger et al. (1986) para destacar el rol de estas creencias en la construcción de la subjetividad laboral. Asimismo, Pereira y Yáber (2022) estructuran el AOP en torno a dos dimensiones centrales: la expectativa de valoración del esfuerzo individual por parte de la organización y la percepción de interés institucional por el desarrollo y bienestar del trabajador. Así, el AOP se ubica justo en el cruce entre el sujeto, sus tareas y la propia estructura, funcionando como una especie de medidor para entender la posición que ocupa realmente el individuo dentro de la institución.

Desde un enfoque psicosocial, Cuj et al. (2025) conciben el AOP como un entramado de juicios cognitivos sobre el valor que la organización otorga a los aportes de sus miembros. La relación laboral se inscribe así en un marco de intercambio contractual y socioemocional, donde el esfuerzo, la lealtad y la identidad del trabajador se corresponden con soportes económicos, materiales y afectivos proporcionados por la institución (Aselage y Eisenberger, 2003; Etzioni, 1994; Levinson, 1965; Porter et al., 1974, citados en Cuj et al., 2025).

Esta estructura teórica se fundamenta directamente en la teoría del intercambio social y la norma de reciprocidad. Pereira y Yáber (2022) postulan que el AOP opera bajo una lógica transaccional y recíproca, en la cual el compromiso laboral es respondido mediante beneficios materiales y simbólicos. Estas interacciones incluyen tanto componentes tangibles, como recompensas económicas y promociones, como intangibles relacionados con el aprecio, la solidaridad y la consideración directiva (Yukl, 2008, citado en Pereira y Yáber, 2022). Bajo la norma de reciprocidad formulada por Gouldner (1960, citado en Eisenberger et al., 1986), los sujetos tienden a responder de manera positiva y comprometida hacia aquellos agentes o instituciones que previamente les han provisto soporte.

Esta dinámica de correspondencia explica la influencia del AOP sobre las actitudes laborales favorables. De acuerdo con Eisenberger et al. (1986), la percepción de apoyo incrementa la expectativa del trabajador de que su esfuerzo será recompensado, fortaleciendo el apego afectivo hacia la organización cuando ésta satisface sus necesidades de aprobación y reconocimiento (Mowday et al., 1982, citado en Eisenberger et al., 1986).

Consecuentemente, el AOP se asocia directamente con resultados organizacionales positivos. Bravo-Yáñez y Jiménez-Figueroa (2011) evidenciaron relaciones significativas entre el AOP, la satisfacción laboral y el bienestar psicológico, advirtiendo que, si bien estas variables pueden comportarse de forma independiente, la ausencia de soporte institucional deprime de forma sistemática los niveles de satisfacción. En la misma dirección, Rhoades y

Eisenberger (2002, citados en Bravo-Yáñez y Jiménez-Figueroa, 2011) asocian un elevado AOP con valoraciones laborales más optimistas y afectos positivos estables.

Sun (2019) sistematiza esta evidencia al vincular el AOP con el incremento de la felicidad, el compromiso, las conductas de ciudadanía organizacional y el desempeño, así como con la reducción de las tasas de ausentismo. De igual forma, este autor señala que el constructo se encuentra determinado de manera antecedente por la justicia distributiva, las condiciones de trabajo, las prácticas de recursos humanos, el liderazgo y la comunicación vertical (Sun, 2019). En el ámbito de la salud, y específicamente en enfermería, estas políticas de reconocimiento socioemocional resultan indispensables para mitigar el desgaste laboral y potenciar la autoestima, la afiliación y el rendimiento del personal asistencial (Gillet et al., 2013; Palenzuela Luis et al., 2019).

4.3.2. Percepción subjetiva de apoyo institucional

El apoyo institucional no es una variable puramente objetiva, sino una construcción subjetiva a través de la cual el trabajador otorga significado a las políticas organizacionales. Eisenberger et al. (1986) destacan que el impacto de cualquier movimiento de la organización, sea un reconocimiento, un aumento de sueldo o una reorganización de tareas, depende, en última instancia, de las intenciones que el empleado lea detrás de ese cambio. En este sentido, el valor de los beneficios simbólicos queda condicionado por la sinceridad que los empleados perciban en sus líderes (Blau, 1964, citado en Eisenberger et al., 1986); de modo que los reconocimientos que son interpretados como impersonales, instrumentales o manipuladores fallan en consolidar el AOP y pueden deteriorar la confianza del personal.

Formiga et al. (2018) refuerzan esta idea al señalar que el AOP se sustenta en la valoración que el colaborador percibe respecto del impacto y sentido de sus tareas (Diógenes et al., 2016, citado en Formiga et al., 2018). Si estas prácticas de reconocimiento carecen de autenticidad o son leídas con cinismo, generan una imagen institucional desfavorable (Silva

Costa et al., 2014, citado en Formiga et al., 2018). Por ello, la confiabilidad mutua se erige como un prerequisite para consolidar un soporte institucional genuino en la convivencia cotidiana (Kumar-Mishra, 2014; Jawahar y Hemmasi, 2006, citados en Formiga et al., 2018).

Un mecanismo explicativo clave en este proceso es la personificación de la organización. Según Levinson (1965, citado en Eisenberger et al., 1986), los trabajadores tienden a atribuir a la organización el comportamiento, el tono y las decisiones de sus representantes formales. En el contexto de los servicios de salud, esto implica que las directrices de jefaturas, coordinadores y supervisores directos no se interpretan como acciones individuales, sino como la postura oficial de la propia institución respecto al valor del personal (Bravo-Yáñez y Jiménez-Figueroa, 2011; Eisenberger et al., 1986).

Asimismo, la percepción de apoyo se encuentra estrechamente vinculada al concepto de justicia organizacional. Gillet et al. (2013) señalan que la justicia procedimental, el carácter equitativo, consistente y transparente de los procesos de toma de decisiones, y el soporte de los mandos medios a la autonomía del profesional de enfermería incrementan el AOP de manera sustancial. Una buena gestión no solo se preocupa por el bienestar del empleado (Shore y Shore, 1995, citado en Gillet et al., 2013), sino que fortalece la confianza en todo el sistema (Cropanzano y Byrne, 2001, citado en Gillet et al., 2013).

La identificación y análisis de estas dimensiones subjetivas resultan fundamentales para la toma de decisiones estratégicas orientadas a la retención de personal, la reducción de la rotación, el control del *burnout* y la prevención del desinterés profesional (Riggle et al., 2009, citado en Cuj et al., 2025). En enfermería, este análisis adquiere un carácter crítico debido a la alta carga de labor emocional que supone el cuidado constante de pacientes y familiares en condiciones de vulnerabilidad (Shi et al., 2024; Chen et al., 2022, citado en Shi et al., 2024). Bajo estas condiciones, el soporte institucional percibido debe manifestarse en

respuestas organizacionales concretas, oportunas y sensibles a las demandas reales de la práctica clínica.

4.3.3. Recursos organizacionales

Los recursos organizacionales engloban las condiciones físicas, los medios instrumentales y las prácticas de gestión que la institución provee para viabilizar el trabajo y amortiguar las demandas del entorno. Desde la perspectiva del AOP, la importancia de estos recursos va mucho más allá de que estén físicamente disponibles; lo que realmente cuenta es cómo los trabajadores perciben su utilidad y qué tan accesibles les resultan en el día a día (Pereira y Yáber, 2022). Sun (2019) clasifica estos antecedentes del AOP en dimensiones estructurales y relacionales, donde la justicia, la flexibilidad directiva, el reconocimiento formal, el acceso fluido a la información y las oportunidades de desarrollo configuran un sistema de soporte integral (Wayne et al., 2002; Ghani, 2009, citados en Sun, 2019).

En el ejercicio de la enfermería, la provisión adecuada de estos recursos es determinante, dado que los turnos prolongados, las rotaciones horarias irregulares y los desbalances de la dotación de personal (ratios enfermero-paciente desfavorables) inducen una fatiga biopsicosocial severa (Shi et al., 2024). Un entorno con estrés sostenido y sin recursos para contener al personal afecta seriamente el juicio profesional. Esto eleva el riesgo de fallas en la práctica clínica y termina vulnerando la seguridad de quienes están bajo cuidado (Alsufyani et al., 2022, citado en Shi et al., 2024).

Frente a esta problemática, Shi et al. (2024) identifican tres componentes esenciales del soporte organizacional:

- *Apoyo psicológico*: Espacios de escucha activa que atenúan la tensión emocional y la ansiedad de la práctica cotidiana (Zhou et al., 2022, citado en Shi et al., 2024).

- *Apoyo en recursos materiales y formativos*: Equipamiento e instrumental suficientes y capacitación técnica continua que garanticen una práctica segura (Labrague y De Los Santos, 2020, citado en Shi et al., 2024).
- *Apoyo emocional y de reconocimiento*: Prácticas sistemáticas de valoración que sostienen la motivación laboral.

Desde la teoría de la conservación de recursos de Hobfoll (2002, citado en Sheng et al., 2023), el apoyo institucional opera como un recurso protector de segundo orden. Cuando la organización dota de manera efectiva al personal, los trabajadores se encuentran mejor posicionados para mitigar la pérdida de recursos personales y salvaguardar su bienestar, lo que reduce la intención de rotación profesional (Sheng et al., 2023). En consecuencia, un elevado AOP ejerce un efecto protector inverso sobre las dimensiones de malestar laboral en el personal de enfermería, al satisfacer sus necesidades socioemocionales de afiliación y competencia (Zhang et al., 2024).

Para operativizar este soporte, Gillet et al. (2013) sugieren que las prácticas de recursos humanos incorporen retroalimentación activa, descripciones de funciones claras para evitar la ambigüedad de rol y el reconocimiento formal de aportes excepcionales (Tremblay et al., 2010; St-Pierre y Holmes, 2010, citados en Gillet et al., 2013).

En las organizaciones de salud, la adecuada distribución de dotaciones de personal y la óptima gestión de insumos materiales constituyen la expresión más fehaciente del apoyo percibido (Palenzuela Luis et al., 2019). Se requiere, por tanto, una humanización del entorno hospitalario que priorice el desarrollo humano y la calidad de vida laboral como precondiciones para la efectividad clínica (Salvador, 2004; Segurado y Agulló, 2002, citados en Palenzuela Luis et al., 2019). El apoyo institucional debe, en última instancia, apalancar la autonomía, la creatividad, el autoconcepto profesional y la visibilidad del personal de

enfermería dentro de la institución (Aselage y Eisenberger, 2003; Souza y Puente-Palacios, 2011; Formiga et al., 2015, citados en Formiga et al., 2018).

4.3.4. Apoyo de superiores y equipo

El apoyo de los superiores y del equipo de trabajo constituye un núcleo fundamental dentro del constructo del apoyo institucional percibido (AOP), dado que las organizaciones se experimentan principalmente a través de las interacciones cotidianas. Los supervisores, jefes y compañeros no representan únicamente relaciones interpersonales aisladas, sino que actúan como mediadores analíticos entre el trabajador y la institución, de manera que el estilo de liderazgo, la retroalimentación, la estructuración de la tarea y el acompañamiento formal pueden consolidar o erosionar el AOP.

Al respecto, Máynez-Guaderrama (2021) señala que los supervisores influyen de forma decisiva en el entorno laboral al estructurar el ambiente, proveer información relevante y ofrecer retroalimentación constructiva sobre el desempeño (Eisenberger et al., 2002; Griffin et al., 2001, citados en Máynez-Guaderrama, 2021). Asimismo, la empatía y la sensibilidad hacia las necesidades de los subordinados surgen como competencias directivas clave para la gestión de personas (Cole et al., 2006, citado en Máynez-Guaderrama, 2021), manifestándose en el trato diario, la escucha activa y la justicia en la toma de decisiones.

Este soporte directivo impacta de manera directa sobre la percepción global del apoyo organizacional. Debido a que los empleados interpretan que los mandos medios actúan en representación y beneficio de la institución (Jin y McDonald, 2016, citado en Máynez-Guaderrama, 2021), cualquier conducta, favorable o desfavorable, del supervisor es decodificada como una señal del posicionamiento de la propia organización hacia ellos (Eisenberger et al., 2002; Karam et al., 2019; Rhoades y Eisenberger, 2002, citados en Máynez-Guaderrama, 2021). De este modo, un trato justo y colaborativo por parte de los superiores se consolida como uno de los antecedentes predictivos más potentes del AOP.

En el ámbito de la enfermería, Gillet et al. (2013) profundizan en esta relación examinando el apoyo del supervisor a la autonomía del personal. Bajo el marco conceptual de Deci y Ryan (1987, citado en Gillet et al., 2013), este estilo de liderazgo promueve la autodeterminación del empleado al ofrecer justificaciones significativas para la ejecución de tareas, priorizar la elección sobre el control coercitivo y validar activamente las emociones e inquietudes de los profesionales (Deci et al., 1989, citado en Gillet et al., 2013). Así, la función directiva trasciende la gestión y resolución operativa para centrarse en la generación de entornos que favorezcan la autoeficacia y la responsabilidad profesional.

La autonomía resulta crítica en contextos sanitarios de alta exigencia, donde las demandas asistenciales requieren una toma de decisiones ágil y un criterio clínico riguroso. Al facultar al personal para que ejerza control sobre los procedimientos, las prioridades, el ritmo y el esfuerzo laboral (Gagné y Deci, 2005; Koys y DeCotiis, 1991; Slemp et al., 2015, citados en Máynez-Guaderrama, 2021), la supervisión favorece tanto el bienestar psicológico como el desempeño técnico del personal (Máynez-Guaderrama, 2021).

Por otra parte, el soporte directivo interviene directamente en el desarrollo del desgaste profesional. Zhang et al. (2024) identifican el apoyo del supervisor como una subdimensión crítica del AOP que incide de manera inversa en la aparición del malestar laboral. La gestión de los líderes directos no solo delimita el clima laboral, sino que determina la calidad técnica de los servicios prestados en toda la unidad hospitalaria (Wang et al., 2015, citado en Zhang et al., 2024). Por este motivo, en aquellos contextos organizacionales donde predominan estructuras jerárquicas rígidas o con enfoques punitivos, resulta fundamental formar a quienes ocupan cargos directivos en estilos de liderazgo orientados al acompañamiento (Zhang et al., 2024).

Paralelamente al rol de la supervisión, el equipo de trabajo opera como una fuente de contención indispensable. La cohesión grupal, entendida como la integración, atracción

interpersonal y fuerza vinculante que mantiene unidos a los miembros hacia metas compartidas (Nwobia y Aljohani, 2017; Salas et al., 2015; Tekleab et al., 2016, citados en Máynez-Guaderrama, 2021), permite amortiguar las demandas severas del entorno hospitalario. El liderazgo proactivo puede ejercer un papel catalizador al mediar entre conflictos y alinear los intereses individuales (Lloréns-Montes et al., 2005, citado en Máynez-Guaderrama, 2021), al tiempo que provee recursos instrumentales y soporte socioemocional para construir significados de trabajo compartidos (Severt y Estrada, 2015; van der Voet y Steijn, 2020, citados en Máynez-Guaderrama, 2021).

En enfermería, el soporte intersubjetivo adquiere un carácter asistencial y organizativo de primer orden. La ausencia de liderazgos de apoyo y la persistencia de relaciones interpersonales conflictivas en el servicio aumentan el estrés laboral y la presión sobre el personal (Shi et al., 2024; Paguio y Yu, 2020, citado en Shi et al., 2024). En contraposición, un clima de compañerismo sólido facilita la comunicación clínica y mitiga el desgaste psíquico.

Por ello, Palenzuela Luis et al. (2019) destacan la interacción sinérgica entre el apoyo organizacional, la confianza en el supervisor y la calidad del intercambio líder-miembro. La rotura de la confianza institucional propicia el abandono de los puestos de trabajo, lo que sobrecarga al personal y genera un círculo vicioso que disminuye el rendimiento y la calidad de la atención al paciente (Laschinger et al., 2001, citado en Palenzuela Luis et al., 2019).

4.3.5. Dispositivos formales e informales de cuidado

Los dispositivos formales e informales de cuidado representan las vías operativas e institucionales a través de las cuales la organización materializa el apoyo hacia sus colaboradores. Mientras que los dispositivos formales se estructuran en políticas explícitas, sistemas de recompensas, programas de salud ocupacional, canales oficiales de comunicación y medidas de conciliación familiar, los dispositivos informales emergen en las interacciones

cotidianas mediante prácticas de escucha activa, reconocimiento verbal, redes de apoyo mutuo y vínculos de confianza interpersonal (Rodríguez-Campos y Ortega-Expósito, 2020).

Diversas investigaciones sistematizan las estrategias para potenciar el AOP mediante estas vías. Sun (2019) destaca que la utilización de prácticas de recursos humanos orientadas al soporte, la justicia procedimental y el empoderamiento estructural determinan la percepción del trabajador (Hu et al., 2014, citado en Sun, 2019). Específicamente, el diseño de compensaciones equitativas, el fomento de la innovación individual, la capacitación técnica y la flexibilidad para conciliar la vida laboral y familiar constituyen señales inequívocas de cuidado institucional (Hakeem y Nisa, 2016, citado en Sun, 2019).

Para que estas tácticas resulten efectivas, deben implementarse de manera sistemática. Eisenberger et al. (2016, citado en Sun, 2019) proponen una serie de intervenciones que abarcan el diseño de servicios internos de apoyo, el establecimiento de metas realistas, la retribución proporcional al esfuerzo, el fortalecimiento de las competencias de supervisión y el estímulo a la formación de redes de soporte informal dentro de los equipos de trabajo.

En el ámbito de la enfermería, la exposición crónica a la sobrecarga asistencial y al agotamiento laboral exige la articulación inmediata de estos dispositivos formales. Shi et al. (2024) recomiendan habilitar canales de comunicación multidireccionales, proveer programas estructurados de salud mental y apoyo emocional, asegurar insumos suficientes y establecer esquemas de incentivos y jornadas flexibles que disminuyan la tensión de la práctica clínica.

Asimismo, Zhang et al. (2024) destacan la importancia que tiene la percepción de respaldo afectivo por parte de la organización, considerándola un indicador central para evaluar el clima institucional en el ámbito hospitalario (Ning et al., 2015, citado en Zhang et al., 2024). Esta dimensión refleja el respeto, la calidez y la preocupación que la institución proyecta hacia su personal, de modo que la falta de retroalimentación positiva y el aislamiento comunicativo debilitan la valía profesional del enfermero, incrementando de

manera drástica el riesgo de desgaste psíquico (Mishra et al., 2014, citado en Zhang et al., 2024). Una comunicación jerárquica clara y bidireccional resulta fundamental para mitigar este fenómeno en organizaciones de salud de alta complejidad.

Complementariamente, los programas basados en la psicología organizacional positiva y el desarrollo de competencias de autogestión han demostrado ser herramientas eficaces para mejorar el bienestar subjetivo y la valoración del entorno laboral (Estrada, 2018). Estas intervenciones facilitan la adquisición de recursos socioemocionales e informacionales necesarios para lidiar con los estresores del entorno hospitalario (Witt y Carlson, 2006, citado en Estrada, 2018).

Por su parte, los dispositivos informales de cuidado basan su eficacia en la atribución de autenticidad. El impacto de las recompensas simbólicas y las expresiones de aprecio cotidiano sobre el AOP depende directamente de que el trabajador las perciba como gestos sinceros, voluntarios y desinteresados, y no como tácticas de control instrumental (Eisenberger et al. 1986; Blau, 1964, citado en Eisenberger et al., 1986).

Por todo lo anterior, Palenzuela Luis et al. (2019) concluyen que los gestores sanitarios deben integrar de manera armoniosa ambas dimensiones de cuidado. La optimización del entorno de trabajo no solo requiere de intervenciones estructurales, como la distribución adecuada de las cargas horarias y los recursos materiales, sino también del cultivo de una cultura del reconocimiento y la confianza interpersonal. De esta manera, el apoyo institucional percibido en enfermería se configura como un fenómeno multidimensional donde lo material, lo relacional y lo simbólico convergen para salvaguardar la salud del profesional y, por ende, la calidad del cuidado brindado al paciente.

4.4. Malestar laboral

4.4.1. Conceptualización multidimensional del malestar laboral

El malestar laboral constituye un fenómeno complejo y multidimensional de creciente relevancia en el campo de la salud ocupacional, particularmente en profesiones asistenciales como la enfermería. Lejos de reducirse únicamente al estrés o al agotamiento profesional, comprende un conjunto de experiencias subjetivas derivadas de la transacción dinámica entre las características del puesto de trabajo, las condiciones de la organización y los recursos personales disponibles para afrontar las demandas del entorno (Valverde et al., 2003). Así, el bienestar o malestar del trabajador no está condicionado de forma exclusiva por la presencia de estresores objetivos, sino por los procesos cognitivos de percepción, interpretación y afrontamiento que se despliegan en el tejido institucional (Valverde et al., 2003).

A nivel global, la Organización Mundial de la Salud (2016, citada en Arango-Bayer et al., 2023) ha alertado sobre la urgente necesidad de intervenir en las condiciones laborales del sector sanitario, especialmente ante la escasez mundial de estos profesionales. Fortalecer el entorno organizacional no solo promueve la retención del personal, sino que se posiciona como un determinante central del bienestar subjetivo del trabajador y un requisito indispensable para garantizar la seguridad del paciente durante los actos de cuidado (Arango-Bayer et al., 2023).

4.4.2. Complejidad del rol profesional y tensiones en el cuidado

La enfermería se define como una disciplina orientada al cuidado autónomo y colaborativo de personas, familias y comunidades en todas las etapas del ciclo vital, abarcando desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta la atención de pacientes críticos o en situación terminal (Consejo Internacional de Enfermería, 2002, citado en Henríquez Moreno, 2021). Esta amplitud disciplinar exige que el personal ejecute de manera simultánea funciones asistenciales, administrativas, educativas, comunitarias y de

investigación (Següel-Palma et al., 2015, citado en Henríquez Moreno, 2021), articulando rigurosidad técnica, habilidades relacionales y competencias de gestión en escenarios marcados por la incertidumbre.

Desde una perspectiva humanística, el cuidado representa la esencia de la práctica profesional, centrándose en la empatía, la sensibilidad emocional y el establecimiento de vínculos de confianza y respeto mutuo (Watson; Alligood, citados en Juela et al., 2025). No obstante, estos ideales humanísticos sufren tensiones constantes cuando las limitaciones del contexto organizativo, como la falta de recursos o de personal, obstaculizan la práctica ideal de cuidado, provocando un conflicto ético entre las aspiraciones del profesional y las posibilidades reales de ejecución en los servicios asistenciales (Henríquez Moreno, 2021).

4.4.3. Factores organizacionales y sobrecarga de trabajo

La práctica de enfermería se desarrolla habitualmente en contextos de alta presión asistencial. En unidades especializadas, como las áreas de cuidados intensivos, los profesionales deben monitorizar de forma ininterrumpida a pacientes hemodinámicamente inestables, manipular tecnología de alta complejidad, tomar decisiones clínicas inmediatas y contener a familiares en situaciones de crisis extrema (Godoy et al., 2025). Estas responsabilidades configuran una carga de trabajo multidimensional que desborda el componente procedimental.

La sobrecarga laboral se entiende, consecuentemente, como uno de los principales predictores del malestar. Esta variable representa un desequilibrio persistente entre las demandas del puesto de trabajo, caracterizadas por elevados números de pacientes, complejidad clínica, escasez de tiempo e insuficiencia de dotación de personal, y los recursos disponibles para hacerles frente, lo que precipita un desgaste físico, psicológico y emocional acumulativo (Henríquez Moreno, 2021; Godoy et al., 2025). Arango-Bayer et al. (2023) asocian este fenómeno a fallas estructurales dentro de los entornos hospitalarios, tales como

políticas de recursos humanos deficientes, planificación inadecuada de plantillas, bajas remuneraciones y una limitada autonomía clínica, variables que deprimen la satisfacción laboral, la motivación y el deseo de permanencia institucional.

Por otro lado, la estructura temporal del trabajo hospitalario introduce estresores físicos y cognitivos severos. Almudéver Campo y Pérez Jordan (2019) señalan que el trabajo por turnos y las jornadas prolongadas alteran significativamente los ritmos circadianos del personal, afectando la calidad del descanso (Moreno et al.; Morin, citados en Almudéver Campo y Pérez Jordan, 2019) y desencadenando cuadros de fatiga crónica, irritabilidad, somnolencia y disminución en la capacidad de concentración (Feo y Tovalín, citados en Almudéver Campo y Pérez Jordan, 2019).

4.4.4. Demanda física, cognitiva y emocional en la práctica clínica

El malestar laboral en enfermería se nutre de tres grandes dimensiones de demanda:

- *Demandas físicas:* La movilización manual de pacientes, las posturas ergonómicamente desfavorables, la bipedestación prolongada y los movimientos repetitivos exponen al personal a un elevado riesgo de desarrollar trastornos musculoesqueléticos. Diversos estudios asocian estas exigencias con dolor lumbar, cervical y de extremidades superiores, factores que incrementan las tasas de ausentismo y provocan deterioro funcional prematuro (Fernández González et al., 2014; Engels et al.; Marras et al., citados en Fernández González et al., 2014).
- *Demandas cognitivas:* La carga mental, definida como el conjunto de requerimientos intelectuales y de procesamiento de información necesarios para ejecutar una tarea (Sebastián y Del Hoyo, citados en Almudéver Campo y Pérez Jordan, 2019), se manifiesta en la vigilancia constante de parámetros clínicos, la toma de decisiones críticas y la administración segura de fármacos (Reyes et al., 2021; Hanco, 2023, citados en Godoy et al., 2025). Los profesionales de enfermería registran niveles

medios y altos de carga mental que, al superar las capacidades de recuperación biológica, favorecen la aparición de patologías cardiovasculares, neurológicas y digestivas (Almudéver Campo y Pérez Jordan, 2019; Knauth, 2001; Tovalín, 2005; Feo, 2007; Celorrio, 2015, citados en Almudéver Campo y Pérez Jordan, 2019).

- *Demandas emocionales:* El contacto continuo con el dolor, el sufrimiento humano y la muerte confiere a la enfermería una alta exigencia emocional. La literatura científica evidencia que la atención a pacientes terminales y el soporte a familias en crisis constituye un estresor psicológico más severo que las demandas de esfuerzo físico o los propios conflictos interpersonales del equipo (Niño-Higuera et al., 2019; Power y Sharp, 1988, citados en Niño-Higuera et al., 2019). La asunción de responsabilidades sobre vidas humanas y la toma de decisiones éticas inducen fatiga por compasión, ansiedad, labilidad emocional y trastornos del sueño (Godoy et al., 2025; Batista et al.; Zacché et al.; Hanrahan et al., citados en Següel-Palma et al., 2015).

La interacción de estas tres demandas de carga laboral influye de forma directa y negativa sobre la calidad de vida relacionada con el trabajo, comprometiendo las dimensiones físicas, psicológicas y relacionales de los profesionales (Flores-Serván y Del-Aguila-Paredes, 2026).

4.4.5. Repercusiones del malestar y factores de protección institucional

El malestar laboral trasciende la esfera individual y produce serias disfunciones a nivel del sistema de salud. Por un lado, la sobrecarga y la consecuente pérdida de concentración elevan significativamente la probabilidad de cometer errores clínicos, como fallas en la dosificación o administración de medicamentos, lo que compromete directamente la seguridad del paciente y la calidad del servicio (Tipán et al., 2025; Cuenca y Mariño, citados en Godoy et al., 2025). Por otro lado, propicia altos índices de ausentismo,

conflictividad relacional y rotación del personal (Maslach y Jackson, 1982, citados en Niño-Higuera et al., 2019), impulsando el deseo de abandono de la profesión y dificultando la retención de personal experimentado en los servicios hospitalarios (Arango-Bayer et al., 2023; Godoy et al., 2025).

No obstante, la organización dispone de recursos estructurales capaces de amortiguar este impacto y salvaguardar el bienestar del personal. El ejercicio de liderazgos positivos de apoyo, la preservación de la autonomía profesional, la facilitación del acceso a la información técnica y el fomento de la cohesión del equipo actúan como amortiguadores que reducen el estrés percibido y elevan la satisfacción laboral (Mark et al.; Almost; Laschinger, citados en Següel-Palma et al., 2015).

Asimismo, la integración de programas basados en la psicología organizacional positiva, la habilitación de pausas activas, la implementación de espacios formales de salud mental y el reconocimiento institucional de los aportes excepcionales del personal representan recursos estratégicos indispensables para la preservación de la salud psíquica y emocional en los contextos sanitarios modernos (Medina, 2025).

4.5. Estrategias de afrontamiento

4.5.1. El modelo transaccional del estrés y la evaluación cognitiva

El estudio de las estrategias de afrontamiento surge de la necesidad de explicar la variabilidad interindividual ante condiciones ambientales estresantes. Las aproximaciones iniciales al fenómeno del estrés adoptaban una perspectiva biológica o puramente ambiental, asumiendo que ciertos estresores poseían un carácter universal y determinista. Sin embargo, la consolidación de los enfoques cognitivos demostró que las respuestas fisiológicas y psicológicas están mediadas por la interpretación que el sujeto realiza sobre la situación y la valoración de sus propios recursos (Valverde et al., 2003).

Bajo esta premisa, el modelo transaccional propuesto por Lazarus y Folkman (1986, citados en Valverde et al., 2003) postula que el estrés no es una propiedad estática del estímulo ni del sujeto, sino un proceso dinámico de transacción entre las demandas del entorno y los recursos de los que dispone el individuo. De este modo, un mismo suceso puede ser categorizado como una amenaza o como un desafío de crecimiento, dependiendo enteramente de la evaluación cognitiva realizada por el trabajador.

Este proceso evaluativo se estructura en dos fases secuenciales y complementarias:

- *Valoración primaria:* El sujeto examina el significado del evento para determinar si este resulta irrelevante, beneficioso o potencialmente nocivo para su integridad o bienestar (Lazarus y Folkman, 1986, citados en Valverde et al., 2003).
- *Valoración secundaria:* El individuo realiza un inventario de los recursos personales, sociales y materiales con los que cuenta para hacer frente al estresor (Lazarus y Folkman, 1986, citados en Valverde et al., 2003).

Cuando el trabajador evalúa la situación como amenazante y juzga que sus recursos de contención son insuficientes, se desencadena de manera sistemática la respuesta de estrés (Hernández-Mendoza et al., 2007).

Esta perspectiva transaccional, recuperada por Niño-Higuera et al. (2019), sostiene que el malestar laboral se configura a partir de la brecha entre las demandas objetivas de la organización y la autopercepción de control, autonomía y autoeficacia del empleado. Al respecto, el modelo de demanda-control de Karasek (1979, citado en Niño-Higuera et al., 2019) demuestra que el estrés patogénico se maximiza cuando las demandas del puesto son elevadas y la autonomía de decisión es restringida, una asimetría metodológica que resulta habitual en profesiones de cuidado directo (Moreno y Peñacoba, 1999, citados en Niño-Higuera et al., 2019).

4.5.2. Definición y dinamismo del afrontamiento

El afrontamiento se define como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de la persona (Lazarus y Folkman, 1986, citados en Valverde et al., 2003; Niño-Higuera et al., 2019; Hernández-Mendoza et al., 2007). No debe concebirse como un rasgo de personalidad estático, sino como un proceso adaptativo y contextual modulado por la experiencia del sujeto.

En este marco, Castaño y Del Barco (2010) diferencian con precisión teórica entre dos dimensiones:

- *Estilos de afrontamiento*: Predisposiciones personales relativamente estables y consistentes a través del tiempo que guían la forma en que un individuo suele reaccionar ante los problemas (Fernández Abascal, 1997; Sandín et al., 1995, citados en Castaño y Del Barco, 2010).
- *Estrategias de afrontamiento*: Acciones específicas, conductuales o cognitivas, que el sujeto despliega de manera flexible y que varían en función de la naturaleza particular del estresor (Fernández Abascal, 1997; Sandín et al., 1995, citados en Castaño y Del Barco, 2010).

La flexibilidad para alternar y adecuar estas estrategias resulta indispensable para la adaptación en entornos laborales caracterizados por una alta incertidumbre y variabilidad clínica, como los servicios de salud (Hernández-Mendoza et al., 2007).

Clásicamente, las estrategias se agrupan en dos grandes dimensiones funcionales (Lazarus y Folkman, 1986, citados en Valverde et al., 2003):

- *Estrategias centradas en el problema*: Dirigidas a alterar o resolver la fuente objetiva del estresor mediante acciones de planificación, confrontación o resolución activa.

- *Estrategias centradas en la emoción:* Orientadas a regular el malestar afectivo derivado del estresor cuando este se percibe como inmodificable.

No obstante, esta clasificación dicotómica representa una sobresimplificación de la conducta adaptativa. El afrontamiento real involucra una constelación interactiva de respuestas específicas como la reevaluación positiva, la aceptación de responsabilidades, la evitación, el escape y la búsqueda de apoyo social (Valverde et al., 2003). Ninguna estrategia posee un valor adaptativo universal, ya que su eficacia está sujeta a la controlabilidad percibida del estresor y al contexto institucional en el que se despliega (Hernández-Mendoza et al., 2007).

4.5.3. El apoyo social como recurso interactivo de afrontamiento

El afrontamiento trasciende los procesos intrapsíquicos y se nutre directamente de recursos relacionales externos. Entre estos, el apoyo social percibido destaca como uno de los amortiguadores y facilitadores más eficaces de la adaptación laboral (Valverde et al., 2003). Sentirse integrado, valorado y respaldado por una red afectiva e institucional provee de manera directa herramientas socioemocionales e instrumentales indispensables para procesar situaciones de alta complejidad clínica (Castaño y Del Barco, 2010).

La evidencia científica subraya que el valor protector del apoyo social no radica en el tamaño nominal o densidad de la red relacional, sino en la calidad interpretada del soporte y en la existencia de vínculos de confianza legítimos que habiliten la solicitud activa de ayuda ante la crisis (Folkman et al., 1986; Vázquez y Ring, 1992; Barrera, 1988; Dunkel-Schetter et al., 1987, citados en Valverde et al., 2003).

4.5.4. Estrategias de afrontamiento en enfermería y su impacto clínico

En el ejercicio de la enfermería, el estudio del afrontamiento adquiere una dimensión crítica debido a la naturaleza intrínseca del rol asistencial. La exposición ininterrumpida al dolor corporal, el sufrimiento existencial, el duelo, la finitud de la vida y la incertidumbre

diagnóstica demanda del profesional un gasto energético constante en términos de autorregulación emocional y adaptación cognitiva (Niño-Higuera et al., 2019; Godoy et al., 2025). Estas exigencias transcurren en entornos sobrecargados, con dotaciones de personal deficitarias y estructuras de turnos rotativos que merman las capacidades biológicas de recuperación (Henríquez Moreno, 2021; Arango-Bayer et al., 2023).

Bajo estas condiciones, la literatura documenta que el sufrimiento de los pacientes y el fallecimiento de estos constituyen estresores de mayor impacto subjetivo que las propias demandas de esfuerzo físico o las tensiones operativas del servicio (Power y Sharp, 1988, citados en Niño-Higuera et al., 2019). Por ende, las estrategias desplegadas no se limitan a resolver contingencias instrumentales, sino a procesar vivencias emocionales sumamente intensas.

Al analizar las conductas adaptativas en unidades de alta complejidad, Da Silva-Oliveira et al. (2022) diferencian entre estrategias individuales y colectivas de afrontamiento. En etapas iniciales o ante la ausencia de espacios de contención grupal, los profesionales de enfermería suelen priorizar respuestas de carácter individual para atenuar de forma rápida el sufrimiento psicológico, destacando entre ellas:

- *Subordinación pasiva*: Utilizada para eludir confrontaciones con la jerarquía médica u organizativa, especialmente cuando existen dinámicas punitivas preexistentes. Aunque facilita la adaptación inmediata, perpetúa y naturaliza asimetrías de poder desfavorables (Da Silva-Oliveira et al., 2022).
- *Autocarga*: Tendencia del profesional a asumir unilateralmente mayores exigencias laborales y responsabilidades institucionales en nombre del compromiso profesional. Esta estrategia, a mediano plazo, lesiona la calidad de vida y acelera el desarrollo del agotamiento emocional (Da Silva-Oliveira et al., 2022).

- *Aislamiento o compartimentación:* Intento del trabajador por disociar de manera hermética su vida laboral de su espacio familiar. Pese a que busca proteger el entorno íntimo, la psicodinámica del trabajo advierte que esta separación absoluta es impracticable, ya que la subjetividad del individuo se construye de forma unificada (Da Silva-Oliveira et al., 2022).
- *Aceptación resignada y trivialización:* Consiste en naturalizar el malestar o las condiciones precarias como elementos inherentes e inalterables de la disciplina (Da Silva-Oliveira et al., 2022). Si bien reduce transitoriamente la disonancia cognitiva, resulta ineficaz para transformar las fuentes reales del estrés.
- *Distanciamiento emocional:* Implica evitar activamente el establecimiento de vínculos afectivos estrechos con los pacientes y sus familias para mitigar el dolor derivado de la pérdida o el deceso (Da Silva-Oliveira et al., 2022). Niño-Higuera et al. (2019) identifican al distanciamiento como la estrategia predominante en el personal de enfermería, seguida de la reevaluación positiva y la evitación. Sin embargo, los propios profesionales advierten que un distanciamiento defensivo excesivo despersonaliza el cuidado y degrada la calidad de la atención humanizada.

4.5.5. Limitaciones del afrontamiento individual y necesidad de respuestas colectivas

La eficacia del afrontamiento está ligada al nivel de controlabilidad del estresor. Clásicamente, se constata que los profesionales con niveles significativamente más bajos de malestar laboral son aquellos que emplean de manera preponderante métodos de resolución de problemas planificados (Ceslowitz, 1989, citado en Niño-Higuera et al., 2019), ya que las estrategias centradas en la acción modifican el entorno y mitigan la angustia asociada (Valverde et al., 2003).

No obstante, en el contexto de las instituciones de salud, gran parte de los estresores no dependen de la esfera de acción del trabajador individual. Variables de orden

macroestructural, como el diseño de las políticas de recursos humanos, los ratios de personal, la asignación presupuestaria y las directrices administrativas, escapan a la gobernabilidad del enfermero asistencial (Hernández-Mendoza et al., 2007).

Por este motivo, las intervenciones focalizadas exclusivamente en el entrenamiento psicoterapéutico individual resultan ineficientes si no se complementan con modificaciones estructurales en la organización (Hernández-Mendoza et al., 2007). Desde la perspectiva de la psicodinámica del trabajo, el afrontamiento estrictamente individual opera a menudo como un mecanismo que "anestesia" transitoriamente el sufrimiento del trabajador, pero que a su vez invisibiliza y consiente las disfunciones organizacionales de fondo (Da Silva-Oliveira et al., 2022).

Se torna imprescindible, por tanto, transitar desde un enfoque centrado en la resiliencia individual hacia el fortalecimiento de recursos de afrontamiento colectivos y relacionales, así como de recursos institucionales que faciliten dicho afrontamiento, donde la organización asuma un rol activo en la protección de la salud mental de quienes sostienen el cuidado cotidiano de la población.

5. Resultados

El presente apartado expone los hallazgos obtenidos a partir del análisis cualitativo de las doce entrevistas semiestructuradas realizadas a profesionales de enfermería que se desempeñaban en el ámbito de la salud de la provincia de Buenos Aires.

Para resguardar la identidad de los participantes de acuerdo con los criterios éticos de la investigación, se procedió a su codificación utilizando la nomenclatura desde E1 hasta E12. La muestra incluyó una diversidad de trayectorias que abarcó desde auxiliares de enfermería hasta asistentes de supervisión, y desde clínicas de rehabilitación de baja complejidad hasta sanatorios de alta complejidad y hospitales públicos de trauma. Esta heterogeneidad de perfiles enriqueció el análisis y permitió contrastar realidades sumamente

diversas dentro del ejercicio profesional. Los resultados obtenidos se estructuraron de acuerdo con los tres ejes analíticos establecidos en el diseño metodológico de la investigación.

5.1. Eje I: Experiencias individuales y estrategias de afrontamiento (microperspectiva)

5.1.1. Fuentes de malestar laboral

El malestar laboral en enfermería se configuró como una experiencia cotidiana, estrechamente vinculada con la sobrecarga de tareas y la escasez de personal, la exigencia y maltrato de pacientes/familiares y la realización de tareas que no correspondían al rol. Los relatos evidenciaron que este malestar no constituyó un evento aislado, sino una constante que se renovaba día a día y que se agravaba según la complejidad de los pacientes asignados, más allá de su número. Así lo expresaron E4 al señalar que *“todos los días básicamente hay un malestar siendo enfermero y todos los días es algo diferente”* (E4), y E3 al advertir que *“por ahí uno dice: ‘No, no son muchos seis pacientes, pero según la complejidad y la demanda que te dan.’”* (E3).

5.1.2. Manifestaciones físicas, cognitivas y emocionales

El desgaste generado por la práctica cotidiana se expresó de manera simultánea en el cuerpo, la mente y las emociones de los/as profesionales. La combinación de exigencias físicas, ritmos acelerados y alta concentración sostenida durante la jornada afectó tanto la capacidad de recuperación corporal como los procesos de atención y memoria. E6 describió el agotamiento cognitivo acumulado hacia el final de la jornada al señalar que *“al final de la guardia ya no coordinaba los pensamientos”* (E6). Por otro lado, también se presentó riesgo físico asociado a la movilización de pacientes, como dolores musculoesqueléticos, lesiones musculares y cansancio físico, como en el caso de E5 al afirmar que *“llega un momento que, eh, el paciente pesa dos veces o tres veces más que vos, entonces lesiones llegas a tener”*

(E5). También se tradujo en manifestaciones emocionales como la angustia, el llanto, los cambios de humor, el miedo y la culpa que conllevaba el ejercicio de esta profesión.

5.1.3. Impacto en la vida extralaboral

El malestar generado en el ámbito laboral frecuentemente traspasaba sus límites e invadía la esfera doméstica y familiar de los/as profesionales. Esta permeabilidad entre ambos ámbitos se tradujo en cambios de humor y dificultades para desconectar, incluso cuando existió la intención consciente de evitarlo. E3 explicó este fenómeno de desborde al señalar que *“si bien uno deja las cosas en el trabajo muchas veces inconscientemente por ahí las trasladadas a tu casa”* y *“por ahí no sé llegas o no sé, de mal humor, con poca paciencia, lo que sea”* (E3), mientras que E11 reconoció que, sobre todo en sus inicios, *“me iba pensando siempre en los pacientes, me iba preocupada, no me los podía sacar de encima a la situación personal de cada uno de mis pacientes”* (E11).

5.1.4. Estrategias de desconexión y regulación

Fuera del entorno laboral, los/as participantes desplegaron diversas actividades orientadas a procesar el desgaste acumulado y recuperar el equilibrio emocional. Estas estrategias incluyeron tanto actividades recreativas individuales como el sostén brindado por vínculos familiares cercanos, que funcionaban como espacios de escucha y descarga, la actividad física, distracción con entretenimiento (series, películas, música y lectura), el apoyo religioso o espiritual y tareas domésticas o de cuidado. E1 describió el trayecto de regreso a casa como un momento clave de regulación al afirmar que *“ese es mi momento de bajar el cortisol y trabajar con cosas que me gustan, escucho música, leo algo que me gusta, veo una serie”* (E1), en tanto que E6 destacó el rol de su pareja al señalar que *“mi esposo también me ayuda muchísimo como a bajar y me escucha siempre”* (E6). En una línea similar, E2 encontró en el propio trayecto a pie un espacio de elaboración personal, relatando que *“me volvía caminando y hacía este... terapia conmigo misma”* (E2).

5.1.5. Evitación y silenciamiento

Junto a las estrategias de regulación activa, se identificaron mecanismos de corte más evitativo, orientados a separar el ámbito laboral del personal o a callar frente a las dificultades, como evitar confrontaciones con compañeros o supervisores, aislamiento social autoimpuesto, evitar contacto con el conflicto y la falta de espacios para hablar. Si bien estas conductas buscaron proteger al profesional del desgaste inmediato, muchas veces resultaron insuficientes y generaron tensión acumulada o la persistencia del pensamiento sobre lo laboral. E6 expresó esta lógica de separación al señalar que *“uno va aprendiendo con el tiempo que sale del sanatorio y se tiene que olvidar de eso porque uno no se puede llevar el problema a la casa”* (E6), mientras que E4 utilizó el término “disociar” para tolerar la falta de recursos: *“un 80% del tiempo es disociar y decir, ‘Bueno, no tengo esto.’ Y bueno, mirar una mariposa y te olvidaste”* (E4).

5.1.6. Construcción de límites y búsqueda de ayuda

El aprendizaje de establecer límites frente a las jerarquías y a las propias exigencias emergió como un recurso protector clave, muchas veces desarrollado a partir de experiencias de desgaste extremo. Esta autoafirmación se tradujo en la capacidad de decir “no”, pedir ayuda concreta, solicitar cambios en la organización del propio trabajo o espacios grupales de escucha. E5 relató su cambio de postura al explicar que *“ahí empecé a saber decir que no y pues yo siempre pensé que era mi jefe y tenía que decir siempre que sí, pero el siempre que sí algunas veces no es correcto”* (E5), mientras que E1 ilustró esta conducta al detener la inercia del servicio: *“Yo paro, me tomo mi tiempo, unos diez o quince minutos, tomo agua, mate, me siento, como y continúo”* (E1).

5.2. Eje II: Dinámicas grupales y apoyo en el equipo de trabajo (mesoperspectiva)

5.2.1. Cooperación y sostén entre pares

El apoyo social entre compañeros constituyó un recurso clave para mitigar la sobrecarga diaria y sostener el funcionamiento del servicio. Esta cooperación se manifestó en la redistribución espontánea de tareas según la carga de trabajo de cada colega, así como en la coordinación de esfuerzos entre distintos sectores, el trabajo en equipo como necesidad estructural, consulta entre colegas, reparto de tareas de forma colaborativa, desahogo compartido y diálogo ante conflictos. E10 relató esta dinámica al explicar que *“si uno tenía pacientes que no requerían tanta demanda o no era necesario estar tanto tiempo con ellos, terminaba el personal y iba a ayudar o ya adelantaba otro paciente y demás”* (E10), mientras que E4 valoró la resiliencia lograda a partir del trabajo en equipo, afirmando que *“la mayoría de las veces trabajamos todos en equipo, nos dividimos y la verdad que hacemos que funcione”* (E4). Este sostén grupal también se manifestó en situaciones de conflicto interpersonal, como relató E12 al recordar el acompañamiento de sus compañeras: *“hemos sido pares como enfermera y ellas estaban como conteniéndome por ahí: 'Bueno, no te hagas problema.' 'Bueno, esto va a pasar.'”* (E12).

5.2.2. Humor y espacios informales de descarga

Los espacios informales de intercambio entre colegas operaban como amortiguadores del desgaste cotidiano, favoreciendo la contención emocional por fuera de los canales formales de la institución. Estos espacios incluían tanto el humor compartido, los vínculos afectivos contruidos a lo largo de años de trabajo conjunto, las charlas informales entre pares durante la jornada y las juntas fuera del trabajo. E4 valoró el humor negro como mecanismo de descarga al señalar que *“el personal de salud tiene que tener humor negro para nosotras porque es la única forma de que sobrellevemos todo eso feo”* (E4), mientras que E9 destacó los

lazos contruados en el tiempo: *“por lo general somos compañeras de muchos años, entonces ya vimos nacer a los hijos”* (E9).

5.2.3. Rivalidad e individualidad

El soporte social entre pares no resultó homogéneo, sino que coexistió con dinámicas de rivalidad, individualismo y falta de colaboración que erosionaban la cohesión grupal. Estas tensiones se profundizaron especialmente en equipos reducidos, donde los conflictos interpersonales tuvieron mayor visibilidad e impacto, expresándose en persecución y hostigamiento entre pares, autoexclusión de los grupos o divisiones internas frente a conflictos. E1 problematizó esta contradicción al señalar que *“enfermería tendría que ser una de las profesiones más empáticas y sin embargo entre nosotros hay mucha rivalidad, y eso hace que enfermería muchas veces no sea valorada”* (E1), mientras que E8 observó que *“es como que ahora hay mucho individualismo en muchos sectores”* (E8).

5.2.4. Supervisión como fuente de apoyo

La relación con la supervisión pudo constituirse en un factor protector relevante cuando se sostenía sobre la escucha activa y la flexibilidad ante las necesidades del personal. Este respaldo se tradujo en gestos concretos que los/as profesionales interpretaban como una señal genuina de cuidado institucional. Se reveló a la supervisión como un respaldo activo y contenedor, con un rol mediador en conflictos, escucha, apoyo y flexibilidad ante las necesidades personales. E6 valoró positivamente a su supervisor al señalar que *“ahora tengo un supervisor excelente, te escucha, si se necesita ayuda viene”* (E6), destacando además que ante una situación familiar *“el supervisor siempre se mantuvo al tanto, que como estaba, que como iba todo, si necesitaba un día, que lo que necesitara se lo podía comunicar y que no había problema”* (E6).

5.2.5. Supervisión como fuente de malestar

En contraste, otros relatos evidenciaron una supervisión asociada a la inacción, la indiferencia, autoritarismo, hostigamiento y persecución, lo cual profundizó la sensación de desamparo institucional. Esta ineficacia percibida ante los reclamos generó, a su vez, conductas de silenciamiento por temor a represalias. E1 señaló la respuesta inercial ante la falta de personal al afirmar que *“cuando lo hablé con mi supervisora decía y bueno, es lo que nos dan, que va a ser, viste, que va a ser, hay que hacerlo”* (E1), mientras que E7 describió el temor a expresarse abiertamente: *“ante el miedo de todas esas cosas, uno trata en lo posible de, como digo, hay que mirar, escuchar y callar, o sea, es así como se trabaja, digamos”* (E7).

5.2.6. Vínculos interprofesionales

Los vínculos con otros actores del sistema de salud, particularmente con el personal médico, también incidieron en la experiencia laboral del personal de enfermería. Estos vínculos sufrieron transformaciones asociadas a contextos de crisis sanitaria reciente, generando distanciamientos que antes no existían, así como maltrato y desvalorización desde otras profesiones y sensación de jerarquía no reconocida. E11 advirtió este quiebre al señalar que *“médicos y enfermeros trabajaban a la par y de pandemia para acá se separó eso”* (E11), mientras que E1 comparó la simetría relativa lograda en el sector público donde se veía el reconocimiento entre los roles de asistencia frente a otros contextos institucionales: *“El médico es médico y el licenciado en enfermería está al mismo nivel del médico, entonces tenemos la libertad de decirle disculpame que ahora no puedo”* (E1).

5.3. Eje III: Percepción del apoyo organizacional y factores organizacionales

(macroperspectiva)

5.3.1. Escasez de personal y sobrecarga estructural

La falta estructural de personal constituyó uno de los reclamos más extendidos entre los/as participantes, traducándose en la cobertura constante de guardias y en la postergación de necesidades fisiológicas básicas durante la jornada, atención a cantidad de pacientes por encima de lo recomendable, que afectaba en la calidad de atención al paciente y la rotación forzada entre servicios. Este déficit obligó a los/as profesionales a priorizar sistemáticamente la atención asistencial por sobre su propio cuidado. E4 describió este costo corporal al señalar que *“todo depende de vos, de tu esfuerzo, de cuánto te sacrifiques este día, de cuánto dejes la espalda, de cuánto dejes la mente, de esas siete horas que no frenaste”* (E4), mientras que E10 relató haber cubierto guardias extraordinarias de *“catorce horas, diecisiete horas, veinticuatro horas y que al fin del día tampoco es que te salvó la quincena ni el mes”* (E10).

5.3.2. Organización y distribución de tareas

La división técnica del trabajo se cuestionó por priorizar criterios geográficos o administrativos por sobre la complejidad clínica real de cada paciente, donde se manifestó una ausencia de coordinación clara que provocaba muchas veces la reorganización improvisada ante ausencias o conflictos. Esta lógica de asignación generó sobrecargas desiguales entre los/as profesionales de un mismo turno. E10 lo expresó al señalar que *“era más una división de pacientes sin tener en cuenta la necesidad o el requerimiento que tenía ese paciente”* (E10), mientras que E12 relató cómo el rechazo de un colega a cumplir tareas la obligó a asumir pacientes adicionales: *“tuve que reacomodar toda la guardia porque ella era la que no quería hacer determinada tarea, lo cual llevó también a que yo me tenga que tomar un paciente en la terapia para poder reacomodar la guardia”* (E12).

5.3.3. Condiciones materiales y pausas

La posibilidad de realizar pausas y el acceso a recursos materiales adecuados variaba notablemente según la institución y el subsector de pertenencia. Mientras algunos/as participantes destacaban cierta regularidad material, otros/as señalaban carencias tanto de insumos como de espacios físicos apropiados para descanso o almuerzo. E1 valoró poder detenerse unos minutos en su empleo actual: *“llegó un momento que les dije ‘chicas, yo voy a parar’”* (E1), mientras que E7 refirió contar con un receso pero sin lugar adecuado: *“tenemos unos cuarenta y cinco minutos de que le llaman el almuerzo, pero bueno, no tenemos un lugar en sí específico donde tenemos que ir a almorzar”* (E7).

5.3.4. Reconocimiento, remuneración y pluriempleo

La falta de reconocimiento profesional, las remuneraciones insuficientes, la falta de incentivos aplicados de forma pareja y los pagos retrasados constituyeron un reclamo histórico y transversal a gran parte de la muestra. Esta desvalorización se vinculó directamente con la necesidad de recurrir al pluriempleo, realizando guardias extras para sostener un nivel de vida adecuado. E3 problematizó la brecha entre la formación de posgrado y su visibilización real al señalar que *“hoy tenemos títulos, maestrías, diplomaturas”* y *“creo que se tendría que visibilizar todo esto y tener el lugar que tenemos”* (E3), mientras que E1 sintetizó el vínculo entre bajos salarios y pluriempleo: *“enfermería es tan mal pago que la mayoría tiene que tener dos trabajos, entonces cuando no están trabajando están durmiendo”* (E1).

5.3.5. Comunicación institucional

Los canales de comunicación interna fueron descritos habitualmente como ineficaces, generando respuestas evasivas, armadas o neutras frente a los reclamos del personal, minimización o burla y falta de privacidad al plantear malestar. Esta percepción de invisibilización institucional reforzaba la sensación de que las demandas del personal no eran

prioritarias para la gestión. E10 relató esta dinámica al explicar que *“hablar podía hablar”* y *“no había mucha respuesta, por así decir era como bueno, sí ya van a mejorar las cosas, sí ya van a ingresar enfermeros o sí ya va a mejorar esto”* (E10), mientras que E8 sintetizó esta percepción al afirmar que *“es como que te da una respuesta armada o neutra como para decirle a todos que en este tiempo no pueden como ayudar o apoyar o entender”* (E8).

5.3.6. Capacitación y desarrollo

La capacitación se visibilizó como una demanda permanente valorada y necesaria para el rol que variaba significativamente según la institución de pertenencia, existiendo una brecha notable entre efectores que ofrecían formación sistemática y aquellos donde esta dependía enteramente del esfuerzo individual. Además, se advirtió que la formación disponible solía limitarse a contenidos técnicos, sin abordar aspectos vinculados al clima laboral. E10 señaló esta limitación al indicar que las capacitaciones eran *“específicas de enfermería, no de clima laboral o relación al grupo”* (E10), mientras que E11 describió la ausencia total de formación en su lugar de trabajo: *“capacitación continua nosotros no la tenemos”* (E11).

5.3.7. Dispositivos de salud mental

Se manifestó la falta de dispositivos de apoyo psicológico permanentes y sistemáticos destinados específicamente al personal de salud, reuniones grupales y programas de prevención. Cuando estas iniciativas existieron, solían tener un carácter puntual, esporádico o poco claro para quienes debían acceder a ellas, lo cual limitaba su efectividad real. E12 señaló esta carencia al afirmar que *“no hay apoyo psicológico ni para los enfermeros”* y *“sí, para los padres de los pacientes. Sí, para los pacientes, pero no para el personal de salud”* (E12), mientras que E8 cuestionó el carácter intermitente de las iniciativas existentes: *“Hubo en un tiempo, pero un periodo muy cortito, donde había una psicóloga”* y *“no sirve cuando es solamente un ratito, una o dos veces”* (E8).

5.3.8. Liderazgo y conducción

El estilo de liderazgo y la continuidad de la conducción resultaban determinantes para el clima laboral del servicio, incidiendo tanto en la contención cotidiana como en la resolución de conflictos. La ausencia prolongada de una jefatura estable, en particular, generaba un vacío de referencia que impactaba negativamente en el equipo. También se expresó la presencia de liderazgo por “acomodo”, falta de herramientas de liderazgo para supervisores y alta rotación de jefes/líderes. E1 propuso profesionalizar la selección de supervisores al señalar que *“cuando vas a llamar a alguien a supervisar, que tenga la capacidad para hacerlo”* (E1), mientras que E11 describió los efectos de haber atravesado un período prolongado sin conducción: *“el hecho de que no tuviéramos un jefe, alguien a quien acudir cuando pasaba algo, era un tema”* y *“nos sentimos que no estábamos trabajando bien en general”* (E11).

6. Discusión

El análisis cualitativo de las experiencias del colectivo de enfermería en la provincia de Buenos Aires permite comprender una compleja trama donde el malestar subjetivo y el desgaste físico aparecen como vivencias que se encuentran estrechamente vinculadas con condiciones laborales y dinámicas organizacionales precarizadas. Siguiendo la propuesta de Chiavenato (2009), estos hallazgos pueden interpretarse a partir de los tres niveles del comportamiento organizacional, individual (*microperspectiva*), grupal (*mesoperspectiva*) e institucional (*macroperspectiva*), en tanto el malestar relevado no puede comprenderse de manera aislada, sino como el resultado de la interacción entre los sujetos, los equipos de trabajo y la estructura organizacional en su conjunto.

Los hallazgos de esta investigación sugieren que el malestar en enfermería es vivido como una constante diaria que trasciende lo corporal para instalarse en la dimensión mental de los trabajadores (E4, E11). Este desgaste cotidiano resulta coincidente con el estudio de

Julian-Fabila et al. (2025) en México, quienes señalan que el malestar laboral aparece vinculado con un deterioro del bienestar psicosocioemocional, la motivación y la autoestima de estos profesionales.

Entre los hallazgos emergentes, el contacto con el sufrimiento y la muerte apareció como una fuente específica de demanda emocional en algunos servicios y trayectorias, particularmente en áreas críticas y durante los períodos de mayor exigencia asistencial vinculados a la pandemia (E2, E3, E9). En los relatos de la muestra, este contacto pareció trasladarse en ocasiones al ámbito doméstico, favoreciendo los pensamientos sobre el ámbito laboral de forma persistente o alteraciones del humor familiar (E3, E4, E8), en línea con lo señalado por Tabares et al. (2025) en Ecuador respecto del deterioro de las relaciones interpersonales asociado a la exposición sostenida al sufrimiento en cuidados críticos. Asimismo, la exposición a eventos de alta demanda emocional fue significada por algunos/as participantes como un hito de fuerte impacto subjetivo (E2, E9), hallazgo que dialoga con el estudio fenomenológico de Zeng et al. (2026) en China sobre las reacciones psicológicas del personal de enfermería ante incidentes críticos. No obstante, este hallazgo constituye una dimensión específica dentro de un cuadro más amplio de malestar laboral, que, como se desarrolla a continuación, se vincula de manera más general con la sobrecarga estructural, las dinámicas de equipo y la percepción de apoyo institucional.

Frente a este escenario, las estrategias de afrontamiento individuales implementadas por los enfermeros locales, tales como las actividades de evasión cognitiva mediante el consumo de series (E4), el entrenamiento físico (E11) o el trayecto a pie como espacio de transición y desconexión personal (E1, E2), pueden leerse a la luz del modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1986, citados en Valverde et al., 2003), en tanto constituyen esfuerzos cognitivos y conductuales desplegados para gestionar una brecha percibida entre las demandas del entorno laboral y los recursos disponibles para afrontarlas. Estas estrategias

parecen operar como paliativos necesarios, aunque de carácter predominantemente reactivo.

Al respecto, el antecedente de Da Silva-Oliveira et al. (2022) en Brasil resulta clave para interpretar este hallazgo. Los autores advierten que, si bien el uso de estrategias individuales y colectivas permite hacer frente al estrés de manera transitoria, su implementación aislada y la falta de espacios institucionales de contención psicológica formal se asocian con una mayor sensación de soledad y riesgo de desgaste, resultando insuficientes para sostener la salud mental a largo plazo.

En la misma línea, la adopción de estrategias de desconexión mental transitoria durante la jornada laboral (E4, E10) y el silenciamiento voluntario en el hogar (E11) para tolerar la falta de recursos se vincula con las estrategias de evitación y aislamiento identificadas por Julian-Fabila et al. (2025), lo cual sugiere que, ante un entorno organizacional que no ofrece respuestas suficientes, el trabajador se ve empujado a atenuar su propia sensibilidad para poder continuar ejerciendo. Por último, la emergencia de la capacidad de establecer límites y decir “no” frente a las jerarquías (E1, E5) como recurso de amparo resulta congruente con lo planteado por Medina (2025) en Paraguay, para quien el desarrollo de habilidades de autocuidado y desconexión laboral resulta relevante, aunque su eficacia parece depender de que sea acompañado por políticas de salud mental institucionales.

En el nivel referido a la mesoperspectiva, el apoyo social y la reciprocidad informal entre compañeros de trabajo aparecen como uno de los principales factores protectores frente a la sobrecarga asistencial en los efectores analizados. Dinámicas como el reparto cooperativo de pacientes en función del agotamiento del colega (E9, E10), la coordinación espontánea de esfuerzos entre sectores (E4) y el uso del humor negro como vía de escape (E4) resultan convergentes con los hallazgos de Alodhialah et al. (2024) en Arabia Saudita, quienes destacan que el apoyo mutuo entre colegas y la empatía grupal actúan como amortiguadores

relevantes de la resiliencia emocional ante el cuidado al final de la vida. Del mismo modo, el valor otorgado al reconocimiento recíproco y la colaboración grupal en los resultados es congruente con el estudio de Leite et al. (2022) en Brasil, donde la colaboración estrecha dentro del equipo de enfermería se identificó como una de las principales fuentes de placer y satisfacción laboral, con capacidad de atenuar el sufrimiento institucional.

No obstante, este soporte no aparece de manera homogénea ni exenta de conflicto. Los enfermeros entrevistados reportaron que la empatía teóricamente esperada de la profesión coexiste con altos niveles de rivalidad, individualismo y polarización de los servicios (E1, E7, E8, E12). Esta faceta disfuncional del clima laboral encuentra un paralelo con la investigación de Tabares et al. (2025), donde se señala que el debilitamiento de las relaciones interpersonales y la cultura de la rivalidad entre pares aparecen asociados con el síndrome de *burnout* y de la falta de equidad organizacional en la distribución de tareas.

Por otro lado, el rol de los mandos medios y supervisores emergió en esta investigación como un indicio relevante de salud o malestar, en línea con lo planteado por Eisenberger et al. (1986) respecto de la personificación de la organización: los/as trabajadores/as tienden a interpretar el comportamiento de sus supervisores directos como la postura oficial de la institución hacia ellos. Mientras que el respaldo activo, la flexibilidad ante problemas personales y la escucha atenta de ciertos supervisores (E6, E11) actúan como factores protectores destacados, en sintonía con Li et al. (2024), quienes señalan la gestión humanizada y el liderazgo protector como promotores relevantes de la resiliencia de las enfermeras. En cambio, las respuestas de inacción jerárquica (E1, E5), el autoritarismo o las acusaciones unilaterales (E12) parecen intensificar la sensación de indefensión y favorecer conductas de silenciamiento por temor a represalias (E7). Esta cara resulta coherente con lo reportado por Santos et al. (2025) en Río de Janeiro, donde las dificultades de comunicación con la gestión y el escaso apoyo de los líderes aparecieron vinculados con altos niveles de

ansiedad y desgaste, y con Tabares et al. (2025), quienes asocian el liderazgo autoritario y la inequidad con la cronificación del malestar laboral en el personal de cuidados intensivos.

Al analizar la dimensión de la macroperspectiva, se observa que las deficiencias del sistema de salud local parecen moldear y condicionar las experiencias de los trabajadores. Desde la perspectiva de Chiavenato (2009), estas condiciones, relacionadas con el diseño de puestos, la cultura institucional y los procesos de gestión, operan como variables independientes que se relacionan con variables dependientes como el desempeño, el compromiso y la satisfacción laboral. La escasez estructural de personal y la consecuente sobrecarga cuali-cuantitativa de tareas (E1, E3, E10) aparecen vinculadas con la postergación de necesidades fisiológicas básicas, como comer, hidratarse o ir al baño (E4), y con la realización de extensas jornadas de cobertura (E10, E11). Esta realidad local resulta concordante con la descrita por Santos et al. (2025) en hospitales públicos de Río de Janeiro, donde el sobredimensionamiento de las tareas, la falta de personal y las largas jornadas aparecieron asociados con un deterioro de la salud física de los profesionales y con una disminución percibida en la calidad del cuidado brindado, una relación que también fue señalada por E6 en la investigación.

Asimismo, la crítica de los entrevistados hacia la división técnica del trabajo, que prioriza la distribución de pacientes por criterios puramente geográficos o habitacionales por sobre la complejidad clínica de los casos (E3, E10), dialoga con el estudio de Li et al. (2024). En dicha investigación, las enfermeras clínicas destacaron que un entorno promotor de la resiliencia requiere de una distribución de recursos y asignación de tareas flexibles, adecuadas y centradas en las demandas reales de cuidado de los pacientes.

El reclamo histórico por el reconocimiento profesional (E1, E3, E7, E9, E10) y las remuneraciones insuficientes que aparecen vinculadas al pluriempleo y al ausentismo (E1) son problemáticas locales que encuentran eco en el plano regional. El estudio de Leite et al.

(2022) señala que los bajos salarios, las extensas jornadas y la falta de reconocimiento social e institucional parecen asociados con una intensificación del sufrimiento laboral de la enfermería. Esto resulta coherente con lo analizado por Santos et al. (2025), quienes plantean que la desvalorización profesional y las deficientes condiciones de trabajo constituyen obstáculos relevantes para el desarrollo de una práctica asistencial segura y de calidad. En términos del apoyo organizacional percibido (Eisenberger et al., 1986), estos hallazgos sugieren que la falta de reconocimiento formal e informal podría debilitar las creencias de los/as trabajadores/as respecto de que la institución valora sus contribuciones y se preocupa por su bienestar, un aspecto central de dicho constructo.

En conjunto, la ausencia o el carácter espasmódico de los dispositivos formales de salud mental y apoyo psicológico dentro de las instituciones locales (E8, E12) contrasta con las demandas de los participantes de la muestra del presente estudio, quienes valoraron positivamente experiencias pasadas de talleres colectivos o psicodrama (E6, E9) y reclamaron la figura de un psicólogo laboral con cobertura horaria equitativa que incluya al turno noche (E12). Esta necesidad de amparo institucional encuentra respaldo en gran parte de la literatura científica reciente analizada: Zeng et al. (2026) en China señalan que el apoyo organizacional percibido y los espacios de contención psicológica resultan relevantes para procesar el estrés laboral; Medina (2025) en Paraguay resalta la provisión de espacios de salud mental como un factor estructural para prevenir el *burnout*; y Da Silva-Oliveira et al. (2022) en Brasil postulan que las instituciones de salud deben asumir un rol activo en la generación de programas continuos de apoyo social y psicoemocional, en tanto el cuidado del personal de enfermería no debería descansar de forma exclusiva sobre los hombros y la resistencia individual del trabajador.

7. Conclusión

En las experiencias analizadas, el malestar laboral fue atribuido principalmente a condiciones organizacionales como la escasez de personal, la sobrecarga asistencial, la falta de reconocimiento, las dificultades de comunicación y la disponibilidad limitada de dispositivos institucionales de apoyo. Estos hallazgos permitieron aproximarse a la comprensión del fenómeno desde la perspectiva del comportamiento organizacional, articulando las dimensiones micro, meso y macro que estructuraron el diseño de esta investigación.

Respecto de la percepción de apoyo institucional, los/as participantes tendieron a interpretar el apoyo recibido no como un dato objetivo, sino como una construcción subjetiva atravesada por la coherencia entre lo que la institución declaraba y lo que efectivamente ofrecía en la práctica cotidiana. En este sentido, el respaldo de supervisores directos fue frecuentemente decodificado como una señal del posicionamiento general de la institución hacia el personal, mientras que la escasez de recursos, la falta de reconocimiento formal y la ausencia de dispositivos permanentes de salud mental fueron percibidas como indicadores de un apoyo institucional insuficiente o discontinuo.

En cuanto a las experiencias de malestar laboral, los relatos evidenciaron que este fenómeno no se configuró como un evento aislado, sino como una vivencia cotidiana asociada principalmente a la sobrecarga asistencial y las tensiones propias de la dinámica institucional, a la que se sumó, en algunos servicios y trayectorias, el contacto con el sufrimiento y la muerte como fuente adicional de demanda emocional. Este malestar se manifestó de manera multidimensional, con repercusiones físicas, cognitivas y emocionales que, en varios casos, se extendieron también al ámbito familiar y personal de los/as trabajadores/as.

Sobre las estrategias de afrontamiento, se identificaron estrategias tanto individuales como colectivas. En el plano individual, se destacaron actividades de desconexión, la búsqueda de apoyo familiar y terapéutico, y mecanismos más evitativos, como la desconexión mental durante la tarea o el silenciamiento. En el plano colectivo, la cooperación entre pares y los espacios informales de contención emergieron como recursos valorados, aunque de alcance limitado cuando no se articulaban con respuestas institucionales sostenidas.

En cuanto a los recursos institucionales percibidos como facilitadores del afrontamiento, estos aparecieron de manera puntual y discontinua: se reconocieron la flexibilidad de algunos supervisores y experiencias aisladas de talleres colectivos, mientras que los dispositivos formales y permanentes de cuidado de la salud mental fueron referidos mayormente por su ausencia. Estos hallazgos sugieren que el afrontamiento individual, si bien resultaba necesario en lo inmediato, no parece suficiente por sí solo para sostener el bienestar a largo plazo.

En relación con el papel de los vínculos laborales, el equipo de trabajo y los/as superiores inmediatos/as, los resultados indicaron que estos vínculos podrían funcionar tanto como fuente de apoyo como de malestar, dependiendo del servicio y de las dinámicas particulares de cada equipo. Mientras que la cohesión grupal y un estilo de supervisión basado en la escucha y la flexibilidad parecieron favorecer el bienestar percibido, la rivalidad, el individualismo y las respuestas de inacción jerárquica se asociaron con una mayor sensación de desamparo y desgaste.

Finalmente, respecto de las necesidades de mejora institucional percibidas, los/as participantes señalaron de manera recurrente la importancia de fortalecer la dotación de personal, mejorar los canales de comunicación interna, ampliar el reconocimiento profesional

y salarial, y desarrollar dispositivos formales y sostenidos de cuidado de la salud mental, con cobertura equitativa para todos los turnos.

En conjunto, estos hallazgos brindaron sustento al supuesto básico de investigación, dado que las personas entrevistadas vincularon la percepción de apoyo institucional con sus experiencias de malestar y con los recursos disponibles para afrontarlas. No obstante, esta vinculación no se presentó de manera homogénea, sino condicionada por el servicio, las dinámicas grupales, el estilo de supervisión y los recursos institucionales disponibles en cada contexto particular. Por otro lado, en respuesta a la pregunta de investigación, los hallazgos sugirieron que el personal de enfermería percibió el apoyo institucional de manera diferenciada según el nivel: en el nivel *micro*, sostenido principalmente por recursos personales; en el nivel *meso*, apoyado en la cooperación entre pares y en el estilo de supervisión; y en el nivel *macro*, percibido como insuficiente o discontinuo. Las estrategias de afrontamiento referidas se concentraron en los dos primeros niveles, lo que sugiere que el sostén del malestar recayó mayormente en los propios trabajadores y sus vínculos inmediatos.

Desde el rol del psicólogo laboral y organizacional, estos resultados sugirieron que el amparo de la salud mental de estos profesionales no debería ser tratado como una responsabilidad exclusivamente individual o un esfuerzo voluntario. Los hallazgos invitan a pensar en la posibilidad de que las organizaciones sanitarias asuman la salud mental del personal como un factor estratégico relevante, institucionalizando dispositivos formales de contención, equitativos para todos los turnos, en tanto el cuidado de quienes asisten parece constituir una condición relevante para la sostenibilidad ética y operativa del sistema de salud.

7.1. Aportes y contribuciones de la investigación

La presente investigación realiza aportes al campo de la salud ocupacional, la psicología del trabajo y la gestión de los servicios de salud, enfocándose de manera particular en el colectivo de enfermería de la provincia de Buenos Aires.

En primer lugar, el trabajo ofrece una perspectiva empírica situada para comprender el escenario de los profesionales de enfermería. A través del análisis cualitativo, permite aproximarse a cómo las deficiencias estructurales históricas de la disciplina se han complejizado ante los escenarios de desborde y las recurrentes crisis de saturación del sistema. Uno de los aportes de este enfoque radica en no tratar el desgaste o malestar laboral únicamente como un problema de adaptación individual, sino en aproximarse al impacto sistémico que la escasez de personal y la gestión organizacional tienen sobre el cuerpo, los procesos cognitivos y los lazos vinculares de los trabajadores.

En segundo lugar, la investigación realiza una contribución teórica al sistematizar las estrategias de afrontamiento informales y los mecanismos evitativos. El análisis permitió visibilizar un aspecto poco explorado en la literatura local: ante la carencia de dispositivos institucionales y formales de salud mental, en varios relatos, el procesamiento del sufrimiento apareció desplazado hacia el ámbito familiar del profesional, con el costo en su calidad de vida personal.

En síntesis, este estudio busca tender un puente entre la investigación científica y la gestión operativa. Al integrar y sistematizar las propuestas formuladas por los propios protagonistas, el trabajo no solo describe la problemática, sino que ofrece insumos preliminares que podrían orientar el diseño de futuras intervenciones, la toma de decisiones en mandos medios y la humanización de las condiciones laborales en el sector salud, aunque su implementación efectiva requeriría un diagnóstico institucional específico y una adaptación al contexto de cada organización.

7.2. Limitaciones de la investigación

Toda investigación presenta limitaciones que deben ser reconocidas para poder situar adecuadamente el alcance de sus resultados. En el caso del presente trabajo de investigación, una de las principales dificultades estuvo vinculada con el acceso a la población y a la disponibilidad del personal de enfermería para participar de las entrevistas en formato virtual. Si bien se logró establecer contacto con diversos profesionales, muchos manifestaron no contar con tiempo suficiente para participar debido a las extensas jornadas laborales, la realización de guardias de doble turno, el cansancio físico y emocional propio de la tarea y las responsabilidades familiares fuera del ámbito laboral.

A estas dificultades de acceso se sumaron limitaciones de carácter metodológico propias del diseño del estudio. Debido al carácter cualitativo, intencional y reducido de la muestra, los hallazgos no pueden generalizarse al conjunto del personal de enfermería de la provincia de Buenos Aires ni de otros contextos. Asimismo, la inclusión de participantes provenientes de servicios, áreas y niveles de complejidad diversos permitió ampliar la variedad de experiencias relevadas, aunque limitó la posibilidad de establecer comparaciones sistemáticas entre subsectores, por ejemplo entre instituciones públicas y privadas, o entre áreas críticas y ambulatorias. Por otra parte, el muestreo intencional conlleva un posible sesgo de autoselección, ya que quienes accedieron a participar podrían diferir en algún sentido de quienes declinaron hacerlo, por ejemplo en su disposición a hablar de experiencias de malestar. También debe señalarse que la investigación se basó en un único instrumento de recolección de datos (la entrevista semiestructurada), sin triangulación de datos con otras fuentes u otras técnicas, lo que limita la posibilidad de contrastar los relatos de los/as participantes con otro tipo de evidencia. A esto se agrega el carácter retrospectivo de los relatos, dado que los/as entrevistados/as reconstruyeron desde la memoria situaciones ya vividas, lo cual pudo verse atravesado por procesos de reinterpretación o resignificación

posterior. La modalidad virtual en la que se realizaron las entrevistas, si bien facilitó el acceso a participantes con escasa disponibilidad horaria, pudo también incidir en la profundidad o espontaneidad de ciertos relatos en comparación con un encuentro presencial. Finalmente, cabe reconocer la influencia interpretativa de la investigadora tanto en el diseño de la guía de entrevista como en el proceso de codificación y análisis temático, en tanto toda lectura cualitativa implica un grado de subjetividad que, si bien fue trabajado mediante la triangulación teórica con el estado del arte y el marco teórico, no puede eliminarse por completo.

En este sentido, la elección de la entrevista como técnica de recolección de datos permitió acceder a relatos profundos y experiencias subjetivas sobre el malestar laboral, las estrategias de afrontamiento y la percepción de apoyo institucional. Sin embargo, también implicó una limitación práctica, debido a que requería que la persona entrevistada dispusiera de un momento de tranquilidad, tiempo y predisposición para relatar su experiencia. En varios casos, aunque inicialmente hubo interés o contacto previo, la participación no pudo concretarse luego del envío del consentimiento informado. Esta limitación permite visibilizar un aspecto relevante del propio objeto de estudio: la falta de tiempo, agotamiento y la sobrecarga laboral.

Para futuras investigaciones, se deberá tener en consideración la utilización de instrumentos complementarios como cuestionarios breves o formularios autoadministrados que faciliten la participación de quienes no disponen de tiempo suficiente para una entrevista extensa.

7.3. Líneas de investigación futuras

A partir de los hallazgos y de las limitaciones identificadas en este estudio, se proponen las siguientes líneas de investigación para continuar profundizando en la problemática a futuro.

- *Análisis comparativo por subsectores y niveles de complejidad:* Sería de gran utilidad desarrollar investigaciones que comparen de manera sistemática el impacto del desgaste y las estrategias de afrontamiento entre el subsector público, el privado y el de la seguridad social. Asimismo, profundizar en cómo varía este malestar según la complejidad de los servicios (por ejemplo, contrastando áreas cerradas de cuidados críticos con áreas de atención ambulatoria o consultorios externos).
- *Impacto del pluriempleo en la salud psicofísica y la seguridad del paciente:* Dado que el pluriempleo emergió como una realidad estructural y una necesidad económica predominante en la provincia de Buenos Aires, se sugiere investigar cuantitativa y cualitativamente cómo la doble jornada afecta la tasa de errores clínicos, la fatiga cognitiva de los profesionales y la aparición de patologías crónicas.
- *Evaluación de efectividad de dispositivos de salud mental en instituciones sanitarias:* Se propone estudiar de manera longitudinal aquellas instituciones que sí implementan de forma sistemática programas de apoyo psicológico o espacios de catarsis grupal (como el psicodrama o los ateneos de reflexión vincular), evaluando su impacto real en la reducción del ausentismo, la rotación de personal y los niveles de estrés laboral.
- *Perspectiva de género y el reconocimiento de la enfermería:* Considerando que la enfermería es una profesión históricamente feminizada, resulta relevante incorporar categorías de la teoría de género para analizar cómo influyen las tareas de cuidado no remuneradas en el hogar, la brecha salarial y las dificultades para el acceso a puestos de alta dirección en el malestar subjetivo de las trabajadoras.
- *Liderazgo y los mandos medios en salud:* Es conveniente investigar el rol de las supervisiones y jefaturas de enfermería, analizando qué estilos de liderazgo y qué competencias de resolución de conflictos resultan más eficaces para mediar en tensiones interpersonales y promover climas de trabajo saludables.

8. Propuestas de intervención

Una propuesta de intervención diseñada específicamente desde el rol del Psicólogo Laboral y Organizacional se orienta a articular la salud mental de los trabajadores con la eficiencia, la estructura y los procesos de la organización sanitaria. Bajo esta perspectiva, el psicólogo no realiza psicoterapia clínica, sino que interviene sobre las condiciones de trabajo, la cultura organizacional, los canales de comunicación, los estilos de liderazgo y el diseño de puestos para mejorar tanto el bienestar de los enfermeros como la calidad y seguridad de la atención médica. Cabe aclarar que las líneas que se presentan a continuación son orientaciones preliminares y no un protocolo cerrado: su viabilidad y pertinencia dependerán de un diagnóstico institucional previo y de la adaptación a las particularidades de cada organización y contexto sanitario.

Desde la gestión estratégica del talento y la cultura organizacional, se propone que el profesional de Psicología Laboral pueda proponer una revisión del diseño de puestos y de la división técnica del trabajo. Esto implica asesorar a la dirección en la transición de un modelo de asignación geográfica de pacientes hacia uno basado en la carga cognitiva y el nivel de dependencia del paciente, con el objetivo de reducir la fatiga del personal. Asimismo, entre las posibles líneas de intervención se encuentra protocolizar e institucionalizar los procesos de inducción y socialización organizacional de los nuevos ingresantes (el "caminito" que demandaban los relatos), asegurando un acompañamiento técnico y psicosocial durante los primeros meses que reduzca el estrés de adaptación y la rotación temprana de personal.

En la dimensión de la salud y la seguridad ocupacional (vigilancia del *burnout*), el rol se centra en la prevención primaria y secundaria mediante el monitoreo constante del clima laboral y el desgaste psíquico. Se propone que el profesional de Psicología Laboral pueda diseñar y aplicar indicadores de clima laboral y de factores de riesgo psicosocial, mediante herramientas como el cuestionario COPSOQII-ISTAS21 (Zelaschi et al., 2021), instrumento

que evalúa los riesgos psicosociales asociados al trabajo y su posible relación con el malestar laboral que cuenta con validación en la población trabajadora argentina y otras herramientas de evaluación pertinentes. A partir de este diagnóstico, podrían estructurarse talleres de ergonomía cognitiva y estrategias colectivas de afrontamiento, como las pausas compensatorias activas programadas dentro del turno, y coordinar con el área de medicina laboral la readecuación de tareas de los profesionales con lesiones físicas, asegurando que su reubicación sea consensuada y no precarice su trayectoria profesional.

En lo que respecta al desarrollo de liderazgos y la comunicación interna, entre las posibles líneas de intervención se encuentra trabajar de manera directa con la línea de supervisores y jefaturas de servicio. Se propone la implementación de un programa de entrenamiento en competencias blandas, resolución de conflictos y liderazgo transformacional, capacitando a los mandos medios para que puedan revisar respuestas de inacción o autoritarismo y adopten un rol de soporte proactivo. De manera complementaria, se propone estructurar canales formales, dinámicos y de carácter estrictamente confidencial para que los enfermeros puedan canalizar sus reclamos, sugerencias y alertas de sobrecarga sin temor a sufrir represalias, buscando así reducir las conductas de silenciamiento y la cultura que erosionan la confianza en la institución.

Es así que, para abordar el desgaste intersubjetivo sin caer en el reduccionismo clínico, entre las posibles líneas de intervención se encuentra implementar y coordinar un programa de soporte de pares y mediación organizacional. Esto se traduce en el diseño de protocolos de resolución de conflictos interpersonales para actuar ante las rivalidades horizontales y el individualismo antes de que se fracture la dinámica de los equipos. Además, entre las posibles líneas de intervención se encuentra promover la accesibilidad y equidad de los recursos de soporte psicosocial, extendiendo los horarios de intervención y talleres de manera rotativa para brindar idéntica cobertura al turno noche, logrando así que el cuidado de

la salud mental sea percibido por el personal como un derecho institucional integrado a sus condiciones de trabajo habituales.

9. Referencias

- Almudéver Campo, L., y Pérez Jordan, I. (2019). La carga mental de los profesionales de Enfermería en relación con su turno laboral. *Revista Ene de Enfermería*, 13(1), 1-23.
- Alodhialah, A. M., Almutairi, A. A., & Almutairi, M. (2024, August). Exploring nurses' emotional resilience and coping strategies in palliative and end-of-life care settings in Saudi Arabia: a qualitative study. *Healthcare MDPI*. 1-19
- Arancibia-Morales, D. A., Silva-Jiménez, D., Cortés-Tello, F. A., y de los Ángeles Méndez, P. B. (2021). Metodologías utilizadas en Clima y Cultura Organizacional en Instituciones de Salud: Una Revisión Sistemática. *Revista Salud y Administración*, 8(22), 57-66.
- Arango-Bayer, G. L., Peña-Alfaro, B. S., Pulido-Barragan, S. P., y Archila-Hernandez, E. D. (2023). Entorno laboral de los enfermeros de un hospital público de Colombia. *Enfermería Global*, 22(72), 1-25.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Bravo-Yáñez, C., y Jiménez-Figueroa, A. (2011). Bienestar psicológico, apoyo organizacional percibido y satisfacción laboral en funcionarios penitenciarios de Chile. *Revista española de sanidad penitenciaria*, 13(3), 91-99.
- Castaño, E. F., y del Barco, B. L. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of psychology and psychological therapy*, 10(2), 245-257.
- Chiavenato, I. (2009). Comportamiento organizacional: La dinámica del éxito en las organizaciones. *McGraw-Hill*.

- Contreras, F., Barbosa, D., Juárez, F., Uribe, A. F., y Mejía, C. (2009). Estilos de liderazgo, clima organizacional y riesgos psicosociales en entidades del sector salud: Un estudio comparativo. *Acta Colombiana de psicología*, 12(2), 13-26.
- Cuj, L. A. V., Medina, D. E. M., y Calderón, J. P. R. (2025). Validez y confiabilidad de la escala de Apoyo Organizacional Percibido en español con profesores universitarios. *Revista de la Educación Superior*, 54(214), 125-144.
- Da Silva-Oliveira, E., Flores Coelho-Centenaro, A. P., França-Garcia, C. T., Lovato-Flores, C. M., Pimentel-Franco, G. y Glowacki, J. (2022). De la soledad a la cooperación: Estrategias de afrontamiento de los trabajadores de enfermería de Cuidados Intensivos. *Cogitare Enfermagem*, 27(1), 1-12.
- Dailey, R. (2012). Comportamiento organizacional. *Escuela de Negocios de Edimburgo*. Heriot-Watt University. Edinburgh business school, Reino Unido.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied psychology*, 71(3), 500-531
- Espinoza Posadas, J. (2024). Comportamiento organizacional y su influencia en la calidad de atención del personal de salud de un Hospital II-1–Moyobamba 2024. *Tesis de Maestría*. Universidad César Vallejo. Repositorio de la Universidad César Vallejo.
- Estrada, J. G. S. (2018). La relación entre el apoyo organizacional percibido y la calidad de vida relacionada con el trabajo, con la implementación de un modelo de bienestar en la organización. *SIGNOS, investigación en sistemas de gestión*, 10(2), 41-53.
- Fernández González, M., Fernández Valencia, M., Manso Huerta, M. Á., Gómez Rodríguez, M., Jiménez Recio, M., y Coz Díaz, F. D. (2014). Trastornos musculoesqueléticos en personal auxiliar de enfermería del Centro Polivalente de Recursos para Personas Mayores" Mixta" de Gijón-CPRPM Mixta. *Gerokomos*, 25(1), 17-22.

- Flores-Serván, T., y Del-Aguila-Paredes, D. N. (2026). Carga laboral y calidad de vida en profesionales de enfermería de un servicio de emergencia de un hospital público peruano. *Revista Salud amazónica y bienestar*, 5(1), e1315. 1-9
- Formiga, N. S., Oliveira, B. F., Estevam, I. D., de Oliveira Fleury, L. F., y de Sousa, M. A. (2018). La influencia del apoyo organizacional en el autoconcepto profesional en trabajadores de organizaciones públicas y privadas. *Eureka (Asunción, En línea)* 15(1):78-95.
- Gillet, N., Colombat, P., Michinov, E., Pronost, A. M., & Fouquereau, E. (2013). Procedural justice, supervisor autonomy support, work satisfaction, organizational identification and job performance: The mediating role of need satisfaction and perceived organizational support. *Journal of advanced nursing*, 69(11), 2560-2571.
- Godoy, M. A. G., León, M. D. L. S. M., Salazar, N. N. C., Rodríguez, J. M. P., y Pacheco, B. A. V. (2025). Impacto de la sobrecarga laboral en el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital Liborio Panchana. *SAGA: Revista Científica Multidisciplinar*, 2(2), 792-803.
- Henríquez Moreno, G. A. (2021). Impacto de la sobre carga laboral en el servicio de enfermería. *Trabajo de especialización, Universidad Metropolitana de Educación, Ciencia y Tecnología. Repositorio Institucional UMECIT*.
- Herdoiza Chichande, Z. P. (2020). El comportamiento organizacional y su influencia en el desempeño laboral del personal de enfermería en el hospital IESS Babahoyo. Tesis de Maestría. *Repositorio Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil*.
- Hernández-Mendoza, E., Cerezo-Reséndiz, S., y López-Sandoval, G. (2007). Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 15(3), 161-166.

- Hernández Sampieri, R., y Mendoza, C. (2018). Metodología de la Investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. *Mc Graw Hill Education*.
- Juela, N. D. J. J., Jazmín, V. B. M., Revelo, A. I. Y., Guamanzara, X. D. P. A., y Guerrero, M. D. C. D. (2025). Síndrome de *burnout* en profesionales de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. Revisión sistemática de la literatura. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(2), 754-775.
- Julian-Fabila, L., Garza-Sanchez, R. I., Hernandez-Montaña, A., y González-Tovar, J. (2025). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y su impacto en el bienestar psicosocioemocional de profesionales de enfermería: un estudio cualitativo. *Acta Universitaria*, 35, 1-18.
- Leite, J. C. R. D. A. P., Lisboa, M. T. L., Soares, S. S. S., Queiroz, A. B. A., & Souza, N. V. D. D. O. (2022). Prazer e sofrimento dos profissionais de enfermagem decorrentes do trabalho em clínicas cirúrgicas. *Rev. Enferm. UERJ (Online)*, e63524-e63524.
- Li, M., Zhao, R., Wei, J., Zhou, L., Yang, S., Tian, Y., ... & Song, R. (2024). Nurses' perspectives on workplace environment needs associated to resilience: a qualitative descriptive study. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1-11.
- Losada, A. V. (2014). Uso en Investigación y Psicoterapia del Consentimiento Informado. En Kerman, B. y Ceberio, M. R. (Comps.) En búsqueda de las ciencias de la mente. Investigación en Psicología sistémica, cognitiva y neurocientífica. *Buenos Aires: Ediciones Universidad de Flores*. 159-167
- Máynez-Guaderrama, A. I. (2021). Apoyo del supervisor: su influencia en la autonomía, cohesión y percepción de apoyo organizacional en una dependencia del gobierno. *Estudios Gerenciales*, 37(160), 448-459.

- Medina, D. M. (2025). Estrategias para mantener la salud emocional del personal de enfermería. Un estudio fenomenológico. *Revista Científica del Centro de Investigación y Desarrollo*, 5(1), 178-208.
- Niño-Higuera, R. I., Bravo-Paz, X. Y., Ordaz-Carrillo, M. I., Santillan-Torres, C., y Gallardo-Contreras, M. R. (2019). Estrés percibido y estrategias de afrontamiento en el equipo de enfermería: implicaciones para su formación. *Revista de psicología y educación*, 14(2), 157-166.
- Palenzuela Luis, P., Delgado Rodríguez, N., y Rodríguez Gómez, J. Á. (2019). ¿Existe una buena relación entre el personal de enfermería y la organización sanitaria en la que trabajan? Un enfoque psicosocial. *Revista Ene de Enfermería*, 13(3). 1-16
- Pereira, D., y Yáber, G. (2022). Apoyo Organizacional Percibido: Latinoamérica analizada en un lustro. *RAN-Revista Academia & Negocios*, 8(2), 183-196.
- Portero De La Cruz, S., y Vaquero Abellán, M. (2015). Desgaste profesional, estrés y satisfacción laboral del personal de enfermería en un hospital universitario. *Revista latino-americana de enfermagem*, 23, 543-552.
- Rodríguez-Campos, L. M., y Ortega-Expósito, T. (2020). Cuidado formal vs cuidado informal. Análisis comparativo a través del profesiograma. *Trabajo Social Global*, 10(19), 322-342.
- Rojas Ponce, D. (2023). Comportamiento organizacional y calidad de servicio en el Hospital Tingo María, 2022. *Tesis de Grado. Universidad de Huánuco. Repositorio Universidad de Huánuco*.
- Romero-Buj, D. (2010). La dimensión grupal en el comportamiento organizacional. *Revista iberoamericana de psicología*, 3(1), 27-38.

- Sabando, L. A. M., Véliz, Í. B. B., y Coello, H. S. A. (2016). El comportamiento organizacional y su importancia para la administración de empresas. *Dominio de las Ciencias*, 2(4), 498-510.
- Santos, J. V. S., Goulart, M. D. C., Pereira-Ávila, F. M. V., Góes, F. G. B., Santos, L. M. D., Brun, L. S. O., & Oliveira, Y. C. P. D. (2025). Fatores intervenientes relacionados às condições de trabalho na qualidade da assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 78, e20250053. 1-10
- Segredo Pérez, A. M., García Milian, A. J., López Puig, P., León Cabrera, P., y Perdomo Victoria, I. (2015). Enfoque sistémico del clima organizacional y su aplicación en salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(1), 115-129.
- Següel-Palma, F., Valenzuela Süazo, S., y Sanhueza Alvarado, O. (2015). El trabajo del profesional de enfermería: revisión de la literatura. *Ciencia y Enfermería*, 21(2), 78–89.
- Sheng, H., Tian, D., Sun, L., Hou, Y., & Liu, X. (2023). Nurse practice environment, perceived organizational support, general well-being, occupational burnout and turnover intention: A moderated multi-mediation model. *Nursing Open*, 10(6), 3828-3839.
- Shi, Y., Wang, L., Zhang, J., Zhao, J., Peng, J., Cui, X., & Li, W. (2024). The influence of effort-reward imbalance and perceived organizational support on perceived stress in Chinese nurses: a cross-sectional study. *BMC nursing*, 23(1), 701-713.
- Sun, L. (2019). Perceived organizational support: A literature review. *International Journal of Human Resource Studies*, 9(3), 155-175.
- Tabares, J. P. L., Mosquera, D. C. V., Choez, T. D. R. T., Cando, L. M. L., y Duarte, G. K. M. (2025). Burnout en el Personal de Enfermería de Cuidados Intensivos: Causas, Consecuencias y Estrategias de Afrontamiento. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(3), 1395-1412.

- Tipán, Y. E., Taipe, M. A. R., y Toapanta, L. M. T. (2025). Sobrecarga de trabajo y errores durante la administración de medicación: Revisión sistemática. *Conectividad*, 6(1), 118-133.
- Valverde, C. V., López, M. C., y Ring, J. M. (2003). Estrategias de afrontamiento. *Medicina clínica en psiquiatría y psicología*, 425-436.
- Vizcaya, T., Mujica, M., y Gásperi, R. (2017). La comunicación interna y el clima organizacional en la gestión de las instituciones sanitarias. *Revista Venezolana de salud pública*, 5(1), 39-44.
- Yupa Cutuan, M. A., Tigse Maliza, H. S., Ramírez Pérez, T., Rebolledo Malpica, D. M., y Rodríguez Orozco, C. L. (2025). Estrategias de afrontamiento en enfermería frente el cuidado comunitario de niños con convulsiones. *Horizonte sanitario*, 24(2), 461-477.
- Zelaschi, M. C., Cornelio, C., Reif, L., y Amable, M. (2021). Validación de un cuestionario de riesgos psicosociales en el trabajo en población trabajadora argentina (COPSOQII-ISTAS21). *Revista de Psicología*, 20(2), 2-17.
<https://doi.org/10.24215/2422572Xe084.2021>
- Zeng, W., Yang, Y., Zhang, L., Wei, H., Jiang, L., & Li, Q. (2026). Stress Experiences and Support Needs of Nurses in Patient Safety Incidents: A Phenomenological Qualitative Study. *Risk Management and Healthcare Policy*. 1-16
- Zhang, H., Hoe, V. C. W., & Wong, L. P. (2024). The association between burnout, perceived organizational support, and perceived professional benefits among nurses in China. *Heliyon*, 10(20).

10. Anexos

10.1. Modelo de consentimiento informado

Consentimiento informado:

Se me ha explicado que la estudiante de la Licenciatura en Psicología **Clara Marina Altamirano**, de la Universidad de Flores (UFLO), se encuentra realizando un trabajo de investigación cuya finalidad es comprender cómo el personal de enfermería percibe el apoyo institucional y qué modos de afrontamiento despliega frente a experiencias de malestar laboral en instituciones de salud de la provincia de Buenos Aires.

Mi participación consiste en responder voluntariamente a una entrevista semiestructurada sobre mi experiencia laboral. Se me ha informado que no existen respuestas correctas o incorrectas, y que puedo no participar, dejar de responder o retirarme en cualquier momento. Mis respuestas serán tratadas de manera confidencial y utilizadas únicamente con fines académicos. No se incluirán datos que permitan identificarme ni reconocer la institución en la que trabajo. La entrevista podrá ser grabada solo si brindo mi autorización, con el fin de facilitar su transcripción y análisis.

Los resultados globales de la investigación serán presentados en el marco de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Flores y podrán ser expuestos en ámbitos académicos, congresos y/o publicaciones científicas, preservándose siempre mi identidad, conforme a lo establecido por la Ley Nacional N.º 25.326 de Protección de Datos Personales.

Entiendo que, si lo solicito, podré acceder a información general sobre los resultados de la investigación. En caso de tener preguntas sobre el estudio o sobre mis derechos como participante, podré contactarme con la **Secretaría de Investigación y Desarrollo de UFLO**: sinvestydes@uflo.edu.ar.

Habiendo leído y comprendido la información anterior, acepto participar voluntariamente en este trabajo de investigación.

Por favor ingresá tu Nombre, Apellido y DNI (Estos datos serán utilizados únicamente para registrar el consentimiento y se mantendrán bajo estricta confidencialidad):

.....

Declaro que he leído y comprendido el consentimiento informado y acepto participar voluntariamente en esta investigación.

- ☐ Acepto participar
- ☐ No acepto participar

10.2. Ficha de datos sociodemográficos (relevados mediante Google Forms)

Datos Sociodemográficos

La siguiente información tiene como finalidad caracterizar la muestra de participantes.

Los datos serán utilizados únicamente con fines académicos, de manera confidencial y anónima

Contacto (Número de celular o correo electrónico)

Edad

¿Actualmente reside en la Provincia de Buenos Aires?

☐ Si

☐ No

Género

☐ Femenino

☐ Masculino

☐ Prefiero no responder

Otros: _____

Nivel de formación en Enfermería

☐ Auxiliar de enfermería

☐ Enfermero/a profesional

☐ Licenciado/a en Enfermería

☐ Especialización/Posgrado

Otros: _____

¿Actualmente te desempeñas como profesional de enfermería?

☐ Sí

☐ No

¿Trabajas actualmente en una institución de salud pública o privada de la provincia de Buenos Aires?

☐ Institución pública

☐ Institución privada

☐ En ambas

☐ No

Otros: _____

¿Hace cuánto tiempo trabajás en enfermería?

- ☐ Menos de 1 año
- ☐ Entre 1 y 3 años
- ☐ Entre 3 y 6 años
- ☐ Más de 6 años

Área o sector principal en el que trabajás actualmente

10.3. Guía de preguntas utilizada

Guía de entrevista semiestructurada

Presentación inicial para el/la entrevistado/a:

Antes de comenzar, te agradezco por participar de esta entrevista. El objetivo de este estudio es conocer cómo el personal de enfermería vive y significa distintas situaciones de malestar laboral, tensión, cansancio o sobrecarga, qué estrategias utiliza para afrontarlas y qué tipo de apoyo recibe por parte del equipo de trabajo y de la institución.

La entrevista es confidencial y anónima. No se incluirán datos personales que permitan identificarte ni identificar a la institución donde trabajás. La información será utilizada únicamente con fines académicos. La entrevista será grabada solo si brindás tu autorización, para luego poder transcribirla y analizarla.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Lo importante es conocer tu experiencia y tu punto de vista. Podés responder con libertad, ampliar lo que consideres necesario o no contestar alguna pregunta si no te sentís cómodo/a.

La secuencia sugerida para ordenar el relato:

situación concreta → malestar sentido → afrontamiento personal → apoyo del equipo → respuesta institucional → mejora necesaria.

Datos de encuadre:

1. ¿Hace cuánto estás trabajando como enfermero/a?
2. ¿En qué sector/área te desempeñas actualmente?
3. ¿Qué tipo de jornada/turno hacés? ¿Cuántas horas por día?
4. ¿Seguís desempeñándote en el rol actualmente?

Eje I: Microperspectiva (experiencias individuales y afrontamiento)

1. ¿Podés contarme alguna situación en la que hayas sentido malestar, cansancio o agotamiento en tu trabajo?
2. ¿Podés darme un ejemplo concreto de esa situación?

3. ¿Sentís que eso repercutió a nivel físico, emocional o cognitivo? (¿Tuviste algún síntoma, dolencia o lesión a raíz de lo laboral?)
4. ¿Eso que te pasó en el trabajo se te traslada a tu vida personal o a tu casa?
5. A nivel individual, ¿qué hacés para bajar ese estrés o desconectar cuando tenés un día así?

Eje II: Mesoperspectiva (dinámicas grupales y equipo)

1. A nivel grupal, ¿sentís que hay apoyo entre compañeros/as? ¿Cómo es esa relación?
2. Cuando surgen estas situaciones, ¿lo hablan entre ustedes? ¿Se ayudan a resolver tareas o repartir la carga?
3. ¿Cómo describirías el clima de trabajo con tu equipo?
4. Cuando hablás de estas situaciones con algún supervisor o jefe, ¿qué respuesta recibís?
5. ¿Sentís que hay apoyo por parte de la supervisión? ¿Podés darme un ejemplo?

Eje III: Macroperspectiva (apoyo institucional y factores organizacionales)

1. A nivel institucional, ¿sentís que hay apoyo para el personal de enfermería?
2. ¿La institución brinda capacitaciones o herramientas para el bienestar del personal?
3. ¿Existen espacios de escucha, contención o apoyo psicológico para el personal de salud?
4. ¿Qué cosas sentís que estaría bueno implementar o mejorar para el personal de enfermería?

Cierre de la entrevista:

1. ¿Hay algo que no te haya preguntado y qué te gustaría agregar o sumar?

Agradecimiento y ofrecimiento de compartir los resultados finales una vez concluida la investigación.

10.4. Matriz de citas incorporadas en el apartado 5 (Resultados)

Código del participante	Cita textual	Punto / Eje
E4	"Todos los días básicamente hay un malestar siendo enfermero y todos los días es algo diferente."	5.1.1
E3	"Por ahí uno dice: 'No, no son muchos seis pacientes, pero según la complejidad y la demanda que te dan.'"	5.1.1
E6	"Al final de la guardia ya no coordinaba los pensamientos."	5.1.2
E5	"Llega un momento que, eh, el paciente pesa dos veces o tres veces más que vos, entonces lesiones llegas a tener."	5.1.2
E3	"Si bien uno deja las cosas en el trabajo muchas veces inconscientemente por ahí las trasladas a tu casa" / "Por ahí no sé llegas o no sé, de mal humor, con poca paciencia, lo que sea."	5.1.3
E11	"Me iba pensando siempre en los pacientes, me iba preocupada, no me los podía sacar de encima a la situación personal de cada uno de mis pacientes."	5.1.3
E1	"Ese es mi momento de bajar el cortisol y trabajar con cosas que me gustan, escucho música, leo algo que me gusta, veo una serie."	5.1.4
E6	"Mi esposo también me ayuda muchísimo como a bajar y me escucha siempre."	5.1.4
E2	"Me volvía caminando y hacía este... terapia conmigo misma."	5.1.4
E6	"Uno va aprendiendo con el tiempo que sale del sanatorio y se tiene que olvidar de eso porque uno no se puede llevar el problema a la casa."	5.1.5
E4	"Un 80% del tiempo es disociar y decir: 'Bueno, no tengo esto.' Y bueno, mirar una mariposa y te olvidaste."	5.1.5
E5	"Ahí empecé a saber decir que no y pues yo siempre pensé que era mi jefe y tenía que decir siempre que sí, pero el siempre que sí algunas veces no es correcto."	5.1.6
E1	"Yo paro, me tomo mi tiempo, unos diez o quince minutos, tomo agua, mate, me siento, como y continúo."	5.1.6
E10	"Si uno tenía pacientes que no requerían tanta demanda o no era necesario estar tanto tiempo con ellos, terminaba el personal y iba a ayudar o ya adelantaba otro paciente y demás."	5.2.1
E4	"La mayoría de las veces trabajamos todos en equipo, nos dividimos y la verdad que hacemos que funcione."	5.2.1
E12	"Hemos sido pares como enfermera y ellas estaban como conteniéndome por ahí: 'Bueno, no te hagas problema.' 'Bueno, esto va a pasar.'"	5.2.1
E4	"El personal de salud tiene que tener humor negro para nosotras porque es la única forma de que sobrellevés todo eso feo."	5.2.2
E9	"Por lo general somos compañeras de muchos años, entonces ya vimos nacer a los hijos."	5.2.2
E1	"Enfermería tendría que ser una de las profesiones más empáticas y sin embargo entre nosotros hay mucha rivalidad, y eso hace que enfermería muchas veces no sea valorada."	5.2.3
E8	"Es como que ahora hay mucho individualismo en muchos sectores."	5.2.3
E6	"Ahora tengo un supervisor excelente, te escucha, si se necesita ayuda viene."	5.2.4
E6	"El supervisor siempre se mantuvo al tanto, que como estaba, que como iba todo, si necesitaba un día, que lo que necesitara se lo podía comunicar y que no había problema."	5.2.4
E1	"Cuando lo hablé con mi supervisora decía y bueno, es lo que nos dan, que va a ser, viste, que va a ser, hay que hacerlo."	5.2.5
E7	"Ante el miedo de todas esas cosas, uno trata en lo posible de, como digo, hay que mirar, escuchar y callar, o sea, es así como se trabaja, digamos."	5.2.5

Código del participante	Cita textual	Punto / Eje
E11	<i>"Médicos y enfermeros trabajaban a la par y de pandemia para acá se separó eso."</i>	5.2.6
E1	<i>"El médico es médico y el licenciado en enfermería está al mismo nivel del médico, entonces tenemos la libertad de decirle disculpame que ahora no puedo."</i>	5.2.6
E4	<i>"Todo depende de vos, de tu esfuerzo, de cuánto te sacrifiques este día, de cuánto dejes la espalda, de cuánto dejes la mente, de esas siete horas que no frenaste."</i>	5.3.1
E10	<i>"Catorce horas, diecisiete horas, veinticuatro horas y que al fin del día tampoco es que te salvó la quincena ni el mes."</i>	5.3.1
E10	<i>"Era más una división de pacientes sin tener en cuenta la necesidad o el requerimiento que tenía ese paciente."</i>	5.3.2
E12	<i>"Tuve que reacomodar toda la guardia porque ella era la que no quería hacer determinada tarea, lo cual llevó también a que yo me tenga que tomar un paciente en la terapia para poder reacomodar la guardia."</i>	5.3.2
E1	<i>"Llegó un momento que les dije 'chicas, yo voy a parar'."</i>	5.3.3
E7	<i>"Tenemos unos cuarenta y cinco minutos de que le llaman el almuerzo, pero bueno, no tenemos un lugar en sí específico donde tenemos que ir a almorzar."</i>	5.3.3
E3	<i>"Hoy tenemos títulos, maestrías, diplomaturas" / "Creo que se tendría que visibilizar todo esto y tener el lugar que tenemos."</i>	5.3.4
E1	<i>"Enfermería es tan mal pago que la mayoría tiene que tener dos trabajos, entonces cuando no están trabajando están durmiendo."</i>	5.3.4
E10	<i>"Hablar podía hablar" / "no había mucha respuesta, por así decir era como bueno, sí ya van a mejorar las cosas, sí ya van a ingresar enfermeros o sí ya va a mejorar esto."</i>	5.3.5
E8	<i>"Es como que te da una respuesta armada o neutra como para decirle a todos que en este tiempo no pueden como ayudar o apoyar o entender."</i>	5.3.5
E10	<i>"Específicas de enfermería, no de clima laboral o relación al grupo."</i>	5.3.6
E11	<i>"Capacitación continua nosotros no la tenemos."</i>	5.3.6
E12	<i>"No hay apoyo psicológico ni para los enfermeros" / "Sí, para los padres de los pacientes. Sí, para los pacientes, pero no para el personal de salud."</i>	5.3.7
E8	<i>"Hubo en un tiempo, pero un periodo muy cortito, donde había una psicóloga" / "No sirve cuando es solamente un ratito, una o dos veces."</i>	5.3.7
E1	<i>"Cuando vas a llamar a alguien a supervisar, que tenga la capacidad para hacerlo."</i>	5.3.8
E11	<i>"El hecho de que no tuviéramos un jefe, alguien a quien acudir cuando pasaba algo, era un tema" / "Nos sentimos que no estábamos trabajando bien en general."</i>	5.3.8

Nota. Elaboración propia a partir de la Matriz de datos de la investigación.