



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACTORES QUE CONDICIONAN ESTRÉS EN EL PERSONAL
DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN ÁREAS DE MAYOR
AFLUENCIA: URGENCIAS, UNIDAD TOCOQUIRÚRGICA,
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y NEONATOLOGÍA

T E S I S

QUE PARA OBTENER ÉL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A N
IVON HERNÁNDEZ TORIZ
EDGAR FERNANDO SOTO SANJUAN

DIRECTOR DE TESIS: MTRA. IRENE LOO MORALES

MÉXICO, D.F.

JUNIO 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

JEFATURA DE LA CARRERA DE
ENFERMERÍA

ACEPTACIÓN DE PRUEBA ESCRITA

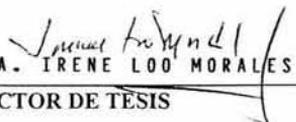
MTRO. RICARDO VALDIVIESO CALDERON
JEFE DE LA UNIDAD DE ADMINISTRACION ESCOLAR
PRESENTE

Me permito hacer de su conocimiento la aceptación del trabajo correspondiente a la prueba escrita del examen profesional de la(él) pasante IVON HERNANDEZ TORIZ

con el número de cuenta 9435397-8, de la carrera de Enfermería, bajo el título

"FACTORES QUE CONDICIONAN ESTRES EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA QUE
LABORA EN AREAS DE MAYOR AFLUENCIA: URGENCIAS, UNIDAD TOCOQUIRURGICA,
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y NEONATOLOGIA".

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D. F., a 13 de abril del 2014


MTRA. IRENE LOZANO MORALES
DIRECTOR DE TESIS


LIC. ENF. MA. TERESA ORTIZ ENSASTE
Vo. Bo. Jefa de la Carrera
ZARAGOZA
CARRERA DE ENFERMERIA

C.c.p. Jefe de la carrera
C.c.p. Alumno

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA



ANEXO 1
SECRETARÍA TÉCNICA
ENFERMERÍA

LIC. ENF. MA. TERESA ORTIZ ENSÁSTEGUI
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
PRESENTE

Comunico a usted que la **Prueba escrita** en la modalidad TESIS
de la(el) C. IVON HERNANDEZ TORIZ con
número de cuenta 9435397-8 de la carrera **LICENCIADO EN ENFERMERÍA**
ha sido revisado y tiene el visto bueno de los integrantes del Jurado:

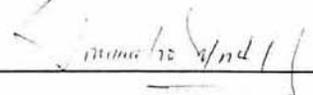
PRESIDENTE

LIC. HERMILA TETETLA ISLAS



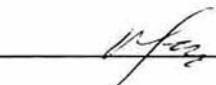
VOCAL

MTRA. IRENE LOO MORALES



SECRETARIO

MTRA. MARIA DE JESUS GOMEZ NAVARRO



SUPLENTE

LIC. SILVIA RAMIREZ PLANCARTE



SUPLENTE

LIC. UBALDA SANCHEZ GARRIDO



C.c.p. Secretaría Técnica de la Carrera





UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

MTRO. JUAN FRANCISCO SÁNCHEZ RUÍZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
Presente

Con respecto a la Prueba escrita modalidad T e s i s
preparada por la(el) alumna(o) IVON HERNANDEZ TORIZ
con número de cuenta 9435397-8 de la carrera de **Licenciado en**
Enfermería, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he
decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACION**, en vista de que reúne los
requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen
Profesional que sustentará la(el) mencionada(o) alumna(o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., 13 de abril del 2004.
P R E S I D E N T E


LIC. HERMILA TETETLA

DE ESTUDIOS
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
EN LAS FACULTADES DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA
SECRETARIA TECNICA
ENFERMERIA

MAXI



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

MTR. JUAN FRANCISCO SÁNCHEZ RUÍZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
Presente

Con respecto a la Prueba escrita modalidad T E S I S
preparada por la(el) alumna(o) IVON HERNANDEZ TORIZ
con número de cuenta 9435397-8 de la carrera de **Licenciado en**
Enfermería, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he
decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACION**, en vista de que reúne los
requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen
Profesional que sustentará la(el) mencionada(o) alumna(o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., 13 de abril del 2004.

V O C A L DE ESTUDIOS SUPERIORES
Mtra. Irene Loo Morales
SECRETARÍA TÉCNICA ENFERMERÍA

maxi*



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

MTR. JUAN FRANCISCO SÁNCHEZ RUÍZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
Presente

Con respecto a la Prueba escrita modalidad Tesis
preparada por la(el) alumna(o) IVON HERNANDEZ TORIZ
con número de cuenta 9435397-8 de la carrera de **Licenciado en**
Enfermería, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he
decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACION**, en vista de que reúne los
requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen
Profesional que sustentará la(el) mencionada(o) alumna(o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., a 13 de abril del 2004.

S E C R E T A R I O

MTRA. MARIA DE JESUS GOMEZ

DE ESTUDIOS
SUPERIORES
FACULTAD
ZARAGOZA
SECRETARIA TECNICA
ENFERMERIA



VIVIENDA NACIONAL
AZÚCAR
MIZTÓN

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

MTRO. JUAN FRANCISCO SÁNCHEZ RUÍZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
Presente

Con respecto a la Prueba escrita modalidad Tesis
preparada por la(el) alumna(o) IVON HERNANDEZ TORIZ
con número de cuenta 9435397-8 de la carrera de **Licenciado en**
Enfermería, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he
decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACION**, en vista de que reúne los
requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen
Profesional que sustentará la(el) mencionada(o) alumna(o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., a 13 de abril del 2004.
S U P L E N T E

LIC. SILVIA RAMIREZ PLACAS
SECRETARÍA TÉCNICA
ENFERMERÍA





UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

MTRO. JUAN FRANCISCO SÁNCHEZ RUÍZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
Presente

Con respecto a la Prueba escrita modalidad T e s i s
preparada por la(el) alumna(o) IVON HERNANDEZ TORIZ
con número de cuenta 9435397-8 de la carrera de **Licenciado en**
Enfermería, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he
decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACION**, en vista de que reúne los
requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen
Profesional que sustentará la(el) mencionada(o) alumna(o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., a 13 de abril del 2004.

S U P L E N T E

LIC. UBALDA SANCHEZ GARRIDO

DE ESTUDIOS
FACULTAD SUPERIORES
SECRETARÍA TÉCNICA
ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

JEFATURA DE LA CARRERA DE
ENFERMERÍA

ACEPTACIÓN DE PRUEBA ESCRITA

MTRO. RICARDO VALDIVIESO CALDERON
JEFE DE LA UNIDAD DE ADMINISTRACION ESCOLAR
PRESENTE

Me permito hacer de su conocimiento la aceptación del trabajo correspondiente a la prueba escrita del examen profesional de la(el) pasante EDGAR FERNANDO SOTO SANJUAN

con el número de cuenta 9338230-0, de la carrera de Enfermería, bajo el título

"FACTORES QUE CONDICIONAN ESTRES EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA QUE
LABORA EN AREAS DE MAYOR AFLUENCIA: URGENCIAS, UNIDAD TOCOQUIRURGICA,
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y NEONATOLOGIA"

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"

México, D. F., a 14 de abril del 2004.


MTRA. IRENE LOOS MORALES
DIRECTOR DE TESIS

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA
JEFATURA DE CARRERA DE ENFERMERIA


LIC. MA. TERESA ORTIZ ENSASTEGUI
Vo. Bo. JEFA DE LA CARRERA

C.c.p. Jefe de la carrera
C.c.p. Alumno

maxi*



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

LIC. ENF. MA. TERESA ORTIZ ENSÁSTEGUI
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
PRESENTE

Comunico a usted que la Prueba escrita en la modalidad TESIS
de la(el) C. EDGAR FERNANDO SOTO SANJUAN con
número de cuenta 9338230-0 de la carrera LICENCIADO EN ENFERMERÍA
ha sido revisado y tiene el visto bueno de los integrantes del Jurado:

PRESIDENTE

LIC. HERMILA TETETLA ISLAS

VOCAL

MTRA. IRENE LOO MORALES

SECRETARIO

MTRA. MA. DE JESUS GOMEZ NAVARRO

SUPLENTE

LIC. SILVIA RAMIREZ PLANCARTE

SUPLENTE

LIC. UBALDA SANCHEZ GARRIDO

DE ESTUDIOS



C.e.p. Secretaría Técnica de la Carrera



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

MTRO. JUAN FRANCISCO SÁNCHEZ RUÍZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
Presente

Con respecto a la Prueba escrita modalidad TESIS
preparada por la(el) alumna(o) EDGAR FERNANDO SOTO SANJUAN
con número de cuenta 9338230-0 de la carrera de **Licenciado en**
Enfermería, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he
decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACION**, en vista de que reúne los
requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen
Profesional que sustentará la(el) mencionada(o) alumna(o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., 14 de abril del 2004.

P R E S I D E N T E

LIC. HERMILA TETETLA

DE ESTUDIOS
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ISLAS DEL GOBIERNO
SECRETARÍA TÉCNICA
ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

MTR. JUAN FRANCISCO SÁNCHEZ RUÍZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
Presente

Con respecto a la Prueba escrita modalidad TESIS
preparada por la(el) alumna(o) EDGAR FERNANDO SOTO SANJUAN
con número de cuenta 9338230-0 de la carrera de **Licenciado en**
Enfermería, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he
decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACION**, en vista de que reúne los
requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen
Profesional que sustentará la(el) mencionada(o) alumna(o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., a 14 de abril del 2004.

V O C A L

DE ESTUDIOS

Irene Loo Morates
MTRA. IRENE LOO MORATES

SECRETARÍA TÉCNICA
ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

MTR. JUAN FRANCISCO SÁNCHEZ RUÍZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
Presente

Con respecto a la Prueba escrita modalidad TESIS
preparada por la(el) alumna(o) EDGAR FERNANDO SOTO SANJUAN
con número de cuenta 9338230-0 de la carrera de **Licenciado en**
Enfermería, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he
decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACION**, en vista de que reúne los
requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen
Profesional que sustentará la(el) mencionada(o) alumna(o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., 14 de abril del 2004.

SECRETARIO

MTRA. MA. DE JESUS GOMEZ NAVARRO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
SECRETARIA TECNICA ENFERMERIA



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

MTR. JUAN FRANCISCO SÁNCHEZ RUÍZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
Presente

Con respecto a la Prueba escrita modalidad TESIS
preparada por la(el) alumna(o) EDGAR FERNANDO SOTO SANJUAN
con número de cuenta 9338230-0 de la carrera de **Licenciado en**
Enfermería, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he
decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACION**, en vista de que reúne los
requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen
Profesional que sustentará la(el) mencionada(o) alumna(o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., 14 de abril del 2004.

SUPLENTE

LIC. SILVIA RAMIREZ PLANCARTE

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA
SECRETARIA TECNICA
ENFERMERIA



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

MTR. JUAN FRANCISCO SÁNCHEZ RUÍZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
Presente

Con respecto a la Prueba escrita modalidad TESIS
preparada por la(el) alumna(o) EDGAR FERNANDO SOTO SANJUAN
con número de cuenta 9338230-0 de la carrera de **Licenciado en**
Enfermería, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he
decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACION**, en vista de que reúne los
requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen
Profesional que sustentará la(el) mencionada(o) alumna(o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., a 14 de abril del 2004.

SUPLENTE ?

LIC. UBALDA SANCHEZ GARCIA

DE ESTUDIOS
FACULTAD SUPERIORES
ZARAGOZA
SECRETARIA TECNICA
ENFERMERIA

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por ser todopoderoso y maravilloso al darme vida, salud física y mental, brindándome la oportunidad grandiosa de contar con su ayuda a lo largo de mi existencia al tomar el control de mi camino colocando así cada pieza del rompecabezas en el lugar y en el momento adecuado para alcanzar la culminación final de mi formación académica.

A MI FAMILIA:

Mis padres Tere y Luis porque día a día me han llenado de amor, cariño, ternura y apoyo incomparable quienes sin escatimar esfuerzo alguno han sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme con principios, valores y sentimientos que me conduzcan por el buen camino para alcanzar mis metas y ser una triunfadora.

A Iván, Pili, Rodolfo gracias por contar con su amor, amistad, apoyo y confianza, porque el aprendizaje de sus vivencias y experiencias me han servido en gran manera.

A LA MTRA. IRENE LOO MORALES:

Mi inmensa gratitud por haber contado con una profesional excelente en todos los sentidos, gracias por su dedicación, paciencia, apoyo incondicional y su asistencia general para guiar esta Tesis sin la cual no hubiera sido posible concluirla.

A EDGAR:

Por todo lo maravilloso que hemos compartido a lo largo de nuestra formación académica, sobre todo por ser el compañero, amigo, confidente y el amor de mi vida. Gracias por tu apoyo personal y profesional para concluir esta tesis y alcanzar una de las tantas metas que tenemos juntos.

Un agradecimiento muy especial a la Sra: Edith Marbella Sanjuan García por su amor, cariño y apoyo; a mis profesores por sus conocimientos y enseñanzas; al personal de Enfermería que colaboro para la investigación y a todas las personas que de alguna manera tuvieron parte en la realización de esta tesis. Mil gracias.

Dedicada a la mujer más maravillosa;
a quién le debo lo que soy: Mi madre.
Con cariño para Nayeli.



Ivon Hernández Toriz

A DIOS

Que me otorgo la vida, salud, esperanza y fe para lograr mi superación, alcanzando con ello uno de mis objetivos. Por que siempre está ahí, bendiciéndonos, protegiéndonos y amándonos como hijos suyos.

A MI MAMÁ Edith Marbella

Por todo su amor, protección e impulso que me brindo a lo largo de mi crecimiento y desarrollo como hombre. A esa mujer maravillosa que día a día a luchado invaluablemente en la vida, y ha quien debo mi eterna gratitud por haber logrado hacer de mi lo que soy. Con gran amor, cariño y respeto.

A MI PAREJA Ivon

Por su amor incondicional, por todo su apoyo y comprensión durante el trayecto de nuestras vidas y que nunca me han faltado, porque siempre esta ahí, en esa canoa de amor navegando a mi lado en un sin fin de mares con amaneceres y tempestades . Con todo mi amor y cariño.

A LA FAMILIA Hernández Toriz

Que me abrieron la puerta de su casa y depositaron en mí su confianza y fe.

A MIS PROFESORES

Que me dieron sus conocimientos y experiencias para formarme profesionalmente en especial a la *Mtra. Irene Loo Morales*, que dedico parte de su tiempo como guía de esta investigación, mi profundo agradecimiento y respeto por su extraordinaria carrera en la vida profesional.

A LA U. N. A. M.

A quien debo mi formación profesional.

Y a todas aquellas personas que de una u otra forma hicieron posible la realización de este trabajo. ¡GRACIAS!



Dedicada a la Mamá más maravillosa y querida del universo.
A la memoria de mis abuelos por sus sabios consejos.

Edgar Fernando Soto Sanjuan.

SÍ, YO ANO A DIOS

Él te manda flores cada primavera.

Él te manda un amanecer cada mañana.

Cada vez que tu quieres hablar, él te escucha.

Él puede vivir en cualquier parte del universo,
pero él escogió tu corazón.

DIOS no te prometió días sin dolor, risa sin tristeza,
Sol sin lluvia, pero Él si prometió fuerzas para cada día,
consuelo para las lágrimas y luz para el camino.

QUE DIOS TE BENDIGA.

Í N D I C E

I. Introducción.....	1
II. Marco teórico.....	3
2.1 Estrés.....	3
2.1.1 Concepto.....	3
2.2 Mecanismos del estrés.....	5
2.2.1 Mecanismos biológicos.....	5
2.2.2 Mecanismos de regulación en la vida cotidiana.....	7
2.3 Estresores.....	8
2.3.1 Concepto y Clasificación.....	8
2.4 Modelos existentes del estrés.....	10
2.5 Aspectos neurofisiológicos.....	13
2.6 Aspectos psicicos.....	19
2.7 Respuesta psicológica del estrés.....	22
2.7.1 Emociones.....	22
2.7.1.1 Concepto y Características.....	22
2.7.2 Ansiedad.....	24
2.7.2.1 Concepto y Características clínicas.....	24
2.7.2.2 Niveles y Respuestas.....	26
2.7.3 Angustia.....	27
2.7.3.1 Concepto y Características.....	27
2.7.4 Depresión.....	28
2.7.4.1 Concepto y Características.....	28
2.7.5 Acontecimientos vitales estresantes.....	30
2.8 Consecuencias del estrés.....	33
2.9 Estrés Laboral.....	34
2.9.1 Concepto y Características.....	34
2.9.2 Estrés de los Profesionales de salud.....	36
2.9.3 Síndrome de Burt-Out.....	37
2.9.3.1 Concepto y Factores.....	37
2.9.3.2 Etapas y síntomas.....	39
2.9.3.3 Causas y consecuencias.....	40
2.9.4 Estrés de la Enfermería.....	42
2.9.5 Perspectiva de Género en Enfermería.....	47
III. Fundamentación de la Investigación.....	54
3.1 Planteamiento del Problema.....	56
3.2 Objetivo.....	56
IV. Metodología de la Investigación.....	57
4.1 Diseño.....	57
4.2 Diseño estadístico.....	57
4.3 Procedimiento.....	58
V. Análisis de los resultados.....	59
VI. Discusión.....	159
VII. Conclusiones.....	164
VIII. Recomendaciones.....	166
IX. Bibliografía.....	167
X. Anexos.....	169

I. INTRODUCCIÓN

La palabra estrés surgió antes del inicio de la historia, relacionada con el concepto en el cual estamos interesados, en tanto que el concepto empezó a cobrar interés antes de que el término se aplicara para denotarlo. Se usó probablemente por primera vez alrededor del siglo XIV, y a partir de entonces, durante muchos años, se empleó en textos en inglés numerosas variantes de la misma, como stress, stresse, strest e inclusive straisse.

Aún cuando este término a existido durante siglos es difícil establecer sus orígenes, hasta mediados del siglo XIX el fisiólogo francés Claude Bernard sugirió que los cambios externos en el ambiente pueden perturbar al organismo, y que era esencial que éste, a fin de mantener su propio ajuste frente a tales cambios, alcanzara la estabilidad de su medio interno.

En la década del fisiólogo Walter Cannon (1920) utilizó el término homeóstasis para denotar el mantenimiento del medio interno, enfocó esto hacia las reacciones específicas, esenciales para mantener el equilibrio interno en situaciones de emergencia, sin saber que en su evolución se convertiría en la base para el concepto actual del estrés.

Aunque décadas anteriores científicos e interesados en el tema comenzaron a hablar del estrés, no fue sino hasta 1936 que el Dr. Hans Selye a quien se le llama “Padre del estrés” comenzó el empleo de este y propuso inclusive agentes evocadores llamados: estresores, creó así las bases de gran parte de la terminología actual en este campo, e influyó en las investigaciones de otros países.

Al hablar de *Estrés* parece ser que se trata de una enfermedad grave y sin cura alguna que está haciendo estragos en toda la humanidad, no sólo en personas cuya actividad les genere mucha tensión o que son muy activas, aunado a su gran dinamismo, actividad y presiones han empezado a reflejar en un sin fin de síntomas que empiezan a preocupar al hombre moderno.

Al revisar bibliografía de varios autores expertos en el tema, descubrimos que *el Estrés es un extraordinario componente biológico que prepara al organismo para pelear o huir siendo este un mecanismo de defensa, parte integral de nuestro esquema biológico, sin él habría muy poca actividad constructiva y pocos cambios positivos en la existencia de las personas.*

Cotidianamente el estrés ha estado presente en la humanidad ayudando al hombre a evolucionar y sobrevivir ante cualquier adversidad; sin embargo, el enfoque que se le da depende básicamente de la estructura mental personal sobre todo la forma de interpretar lo que ocurre a su alrededor. Interviene en su ciclo vital tanto a nivel biológico, psicológico y social así como, dentro de su vida familiar, social, laboral y profesional.

En los últimos tiempos en todas las áreas y ámbitos de la vida es más común escuchar sobre como el estrés esta afectando a la sociedad, sin embargo no fue sino hasta 1989 que en nuestro país comenzaron a preocuparse por este fenómeno, que no solo se presentaba en los ejecutivos o empresarios sino también en todas las carreras y profesiones.

El estrés que vive el personal de *Enfermería* independientemente del género y rol que se cumpla es agotador y desgastante, estos profesionistas son personajes importantes y valiosos en el funcionamiento de cualquier hospital, clínica, unidad médica, equipo de salud y dentro de la sociedad. Es una profesión de alto riesgo porque día a día, se enfrenta al dolor, sufrimiento y muerte de los individuos.

En Urgencias, Unidad Tocoquirúrgica, Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología entre otros servicios donde la muerte es frecuente y la demanda profesional es alta, se enfrenta a esta realidad sin estar preparado para ello, no sólo con el hecho de querer cubrir las necesidades físicas de los individuos, sino también con la necesidad de encontrar respuestas a sus necesidades emocionales.

El estudio del estrés, causas, factores y mecanismos disponibles para la adaptación, puede contribuir de forma positiva en el desarrollo y realización profesional; por consiguiente, en un mayor equilibrio personal y un mejor cuidado del individuo y su familia en el ciclo vital en el que se encuentra y en su Proceso Salud- Enfermedad.

Se realizó la siguiente Investigación para describir y analizar que es el estrés, modelos existentes, componentes neurofisiológicos, tipos y clasificación de estresores, respuestas biológicas, psicológicas y sus consecuencias; así como su reflejo en la vida laboral. Por tal motivo se llevó a cabo una investigación de tipo descriptivo, transversal, observacional, prospectivo y de campo que se divide en tres etapas: Planeación, Procesamiento de datos y Evaluación.

Al término del estudio realizado se dan alternativas de solución de los diversos factores o estresores detectados en las enfermeras que fueron incluidas en la muestra de trabajo, para mejorar su bienestar físico y mental que les facilite la adaptación, para llevar una vida laboral, familiar, conyugal y social placentera y con bienestar.

Se considera que nadie puede vivir sin experimentar cierto grado de estrés todo el tiempo, esto es lo que le pone la sal y la pimienta a su vida, puesto que toda emoción o actividad produce estrés; pero también puede ser la cercanía de la muerte cuando se genera constante y prolongadamente.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ESTRÉS

2.1.1 CONCEPTO

La Biología y la Medicina han incorporado el término “stress”^{*}, como **“el proceso o mecanismo general con el cual el organismo mantiene su equilibrio interno, adaptándose a las exigencias, tensiones e influencias a las que se expone en el medio en que se desarrolla”**¹ (Slipak, 2002).

De acuerdo a Selye 1974, stress es la **“respuesta inespecífica del organismo a toda demanda que se le haga”**. Este concepto involucra la interacción del organismo con el medio, lo que nos podría llevar a definir el estrés según:

“(a) el estímulo: Estrés es la fuerza o el estímulo que actúa sobre el individuo y que da lugar a una respuesta.

(b) la respuesta : Estrés es la respuesta fisiológica o psicológica del individuo ante un estresor ambiental.

*(c) el concepto estímulo-respuesta : Estrés es una consecuencia de la interacción de los estímulos ambientales y la respuesta idiosincrásica del individuo”*² (Cruz y Vargas, 2001)

Es esta respuesta, la cual lleva a una serie de cambios físicos, biológicos y hormonales, previa evaluación o atribución consciente o inconsciente de los factores estresantes, la que permite responder adecuadamente a las demandas externas. Es decir, las respuestas del organismo se realizan en los planos biológico, físico y psicológico a través del complejo sistema psiconeuroendocrinológico.³

Al buscar antecedentes sobre el tema:

Estrés deriva de la palabra latina **stringere**: que significa apretar, comprimir, estrechar fuertemente, oprimir o sujetar.

De acuerdo con el diccionario usual de Larousse, estrés se refiere **“al agotamiento físico general producido por un estado nervioso, conjunto de alteraciones que aparece en el organismo al estar sometido a una agresión simplemente física (traumatismo), patológica (enfermedad) o psíquica”**.⁴ (García Pelayo y Gross, 2000)

Ivancevich y Matteson (1989) citan que fue Walter Cannon quien adoptó el término **stress** y en sus estudios habló sobre los “niveles críticos del estrés” definiéndolos como aquellos que podrían provocar un debilitamiento de los mecanismos homeostáticos (Acuña el término **homeóstasis** para referirse al mantenimiento del medio interno). También usó este concepto en relación con la organización social e industrial.

Al respecto la Organización Mundial de la Salud define el estrés como el “conjunto de reacciones fisiológicas que preparan el organismo para la acción” (Slipak, op. cit).⁵

* Que en lenguaje técnico como vocablo en inglés designa “una fuerza que deforma los cuerpos o provoca tensión.

¹ Slipak, O.E (2002), **Estrés laboral**: <http://www.psiquiatria.com>

² Cit. en Cruz y Vargas;(2001), **Estrés entenderlo es manejarlo**; México, Alfaomega. p. 9,10

³ Rodríguez. M.A (2002), **Psiconeuroinmunología**: <http://www.psiconeuroinmunologia.com>

⁴ Diccionario Usual Larousse García-Pelayo y Gross 2000

⁵ Slipak, O.E; op.cit

El estrés ha sido conceptualizado de tres maneras (Stotlan, 1987).

1.-Una aproximación centra el estudio del estrés en el ambiente, describiendo este como un *conjunto de estímulos*. Así, la causa del estrés se atribuye a los condicionantes ambientales por ejemplo estrés laboral. Según esto, los eventos o circunstancias que se perciben como amenazantes o peligrosas, y que producen sentimientos de tensión, son denominados estresores.⁶

Elliot y Eisdofor (1982) proponen cuatro tipos de estresantes que difieren primariamente en su duración:

a) **Estresantes Agudos, limitados en el tiempo;** tales como hacer un salto en paracaídas, esperar una intervención quirúrgica, obtener un encuentro con una serpiente de cascabel.

b) **Secuencias estresantes** o series de acontecimientos que ocurren durante un período prolongado como resultado de un acontecimiento inicial desencadenante, tal como la pérdida del puesto de trabajo, divorcio o el fallecimiento de un familiar.

c) **Estresantes crónicos intermitentes**, tales como visitas conflictivas a parientes políticos o problemas sexuales; esto ocurre una vez al día, una vez a la semana o una vez al mes.

d) **Estresantes crónicos**, tales como incapacidades permanentes, riñas entre los padres o estrés de origen laboral crónico, los cuales pueden haberse iniciado o no por un acontecimiento discreto que persiste durante mucho tiempo.⁷

2.-La segunda aproximación entiende el estrés como una respuesta, centrándose en las reacciones de las personas a los estresores. Desde este punto de vista, el estrés *se entiende como el estado de tensión producido por una circunstancia u otra a la que se enfrenta una persona*. Esta respuesta conlleva dos componentes interrelacionados:

a) El componente *psicológico*, que incluye conductas, patrones de pensamiento y emociones caracterizados por un estado que podríamos definir como de “inquietud”.

b) El componente *fisiológico*, que incluye una elevación del “arousal” (activación) corporal que se traduce en aspectos tan importantes como el aumento de la frecuencia cardíaca, que hace aumentar el gasto cardíaco, lo que hace, además, que aumente la presión arterial.⁸

3.-La tercera aproximación describe el estrés como un proceso que incluye los estresores y las tensiones, pero añadiendo una dimensión importante: *la interacción entre la persona y el medio*. Este proceso implica ajustes e interacciones continuas (transacciones) entre la persona y el medio, de manera que cada uno de los dos polos afecta y es afectado por el otro. De acuerdo con este punto de vista, el estrés no es, exactamente, ni un estímulo ni una respuesta sino un proceso en el cual la persona actúa como agente activo que puede modificar el impacto del estresor a través de estrategias cognitivas, emocionales o conductuales. Teniendo en cuenta las tres aproximaciones, podemos definir el estrés como:

La condición que resulta cuando las transacciones entre la persona y el medio conducen al individuo a la percepción de una discrepancia –real o ficticia- entre las demandas de la situación y los recursos, biológicos, psicológicos o sociales de los que no dispone (Sarafino, 1990). El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por aquel como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. (Lazarus y Folkman, 1984)⁹

⁶ Latorre, P.J.M. (1992); *Psicología de la salud*; 2º edición, Argentina, Lumen. p.57

⁷ *Ibidem* Latorre, P.J.M. p 57

⁸ *Ibidem* Latorre, P.J.M. p 58

⁹ *Ibidem* Latorre, P.J.M. p 59

2.2 MECANISMOS DEL ESTRÉS

2.2.1 MECANISMOS BIOLÓGICOS DEL ESTRÉS

- 1-Fase de alarma (estrés agudo)
- 2-Fase de resistencia (estrés crónico)
- 3-Fase de agotamiento (enfermedad y muerte)¹⁰

Fase de alarma. La respuesta inicial al estrés es la respuesta de ataque o huida. Esta respuesta es disparada por reacciones del cerebro que mandan órdenes a la médula suprarrenal para que secreta adrenalina y otras hormonas relacionadas con el estrés.

La respuesta de ataque o huida está diseñada para contrarrestar el peligro movilizando los recursos del organismo para una actividad física inmediata:

-El ritmo cardíaco y la fuerza de las contracciones del corazón se incrementan para proveer de sangre a las áreas necesarias para la respuesta a una situación estresante.

-La sangre es desviada de la piel y órganos internos, excepto la que va al corazón y pulmones, y al mismo tiempo se incrementa el volumen sanguíneo que provee las necesidades de oxígeno y glucosa de los músculos y del cerebro.

-El ritmo de la respiración incrementa el suplemento necesario de oxígeno para el corazón, el cerebro y los músculos utilizados en la movilización.

-Se incrementa la producción de sudor para eliminar los compuestos tóxicos producidos por el organismo y para bajar la temperatura corporal.

-La producción de secreciones digestivas se reduce severamente, ya que la actividad digestiva no es crítica para enfrentar el estrés.

-Los niveles de azúcar en la sangre se incrementan dramáticamente conforme el hígado vierte la glucosa almacenada en el torrente sanguíneo.

Fase de resistencia. La fase de alarma es de corta duración, mientras que la fase de resistencia permite al organismo continuar su lucha contra el agente estresante aún después de que se ha apagado la respuesta de ataque o huida. Las corticosteroides son las principales responsables de esta fase. Por ejemplo, las glucocorticoides estimulan la conversión de la proteína en energía de tal manera que el organismo tiene una gran reserva de energía tiempo después de que la provisión de glucosa ha disminuido, y los mineralocorticoides retienen sodio para mantener una presión arterial elevada.

Al promover la energía necesaria y los cambios circulatorios requeridos para luchar con éxito contra el estrés, la fase de resistencia provee esos cambios para hacer frente a las crisis emocionales, para desempeñar arduas tareas y combatir infecciones. Sin embargo los efectos de las hormonas de la corticoadrenal son necesarios cuando el organismo está enfrentándose al peligro.¹¹

¹⁰ General Adaptation Syndrome; (2002); [http:// www.Intelihealth.com](http://www.Intelihealth.com)

¹¹ Zapata C;(1995); *Excelencia en el manejo del estrés*; Edamex, México. p. 22

Fase de agotamiento. Se puede manifestar como colapso total de las funciones corporales o como el colapso de ciertos órganos. Las principales causas de ese agotamiento son la pérdida de iones de potasio y la disminución de las hormonas glucocorticoides como la cortisona. Cuando las células del organismo pierden potasio funcionan con menos efectividad y pueden morir. Cuando la reserva de glucocorticoides se agota, aparece hipoglucemia y las células del cuerpo no reciben ni suficiente glucosa ni otros nutrientes.¹² Esta fase de agotamiento también puede estar causada por el debilitamiento de ciertos órganos. El estrés prolongado provoca una carga tremenda en varios sistemas y órganos, especialmente el corazón, vasos sanguíneos, glándulas suprarrenales y el sistema inmunológico.¹³

La fase de **alarma** se inicia en el momento exacto (x) en que un ser humano se enfrenta a un estímulo agente que produce estrés. Si dicho estímulo es muy intenso (descarga eléctrica violenta, quemaduras graves, frío extremo) y el organismo no es capaz de adaptarse, el individuo muere. Pero si el agente no es muy intenso y permite que el organismo resista, la curva ascenderá por arriba del nivel normal de resistencia (homeostasis o equilibrio orgánico) hasta dar principio a la segunda etapa del síndrome de adaptación general, que es la fase de **resistencia**, en la que el estrés se convierte en algo permanente, crónico. Y si esta etapa es intensa y se prolonga demasiado tiempo, tarde o temprano se manifestará la fase de **agotamiento**, en la que la enfermedad o incluso la muerte, harán su aparición (Zapata, op.cit). (Fig.1)

Síndrome de Adaptación General

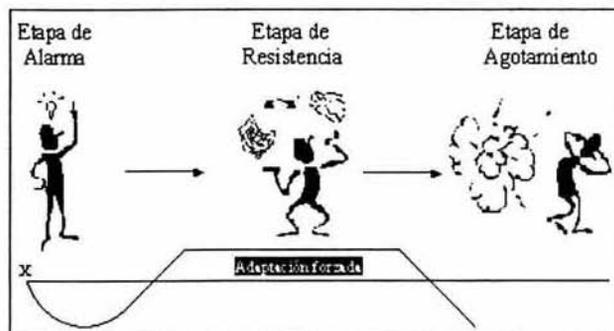


Fig. 1. Esquema del Síndrome de Adaptación General

¹² Ibidem Zapata, C. p. 23

¹³ Lartigue T; Fernández V;(1998); Enfermería: una profesión de alto riesgo; Plaza y Valdez editores; México. p.189

2.2.2 MECANISMOS DE REGULACIÓN DEL ESTRÉS EN LA VIDA COTIDIANA

Se trata de mecanismos de urgencia que el Yo pone a trabajar para enfrentar las situaciones que han provocado perturbaciones menores en el nivel de homeostasis; algunos de estos mecanismos son los siguientes:

- a) Para apaciguar las tensiones de la vida cotidiana que no son muy intensas los individuos buscan las relaciones amistosas que recuerda la manera como el bebé se apacigua ante la presencia de la madre o ante sus cariños o tan sólo con las palabras que ésta le brinda para calmarlo.
- b) Algunas manifestaciones emocionales y fisiológicas contribuyen a restaurar y reservar el equilibrio psíquico del individuo como reír, llorar y maldecir a veces a costa de uno mismo o de los demás.
- c) Dormir excesivamente permite a algunos individuos obtener un descanso de las sensaciones diarias. En otros casos, sin embargo las dificultades en el dormir son el primer signo de un alto nivel de estrés.
- d) La verbalización de las emociones ayuda a un relajamiento de las tensiones pero éste es sólo un alivio temporal.
- e) Pensar en el problema y en sus alternativas de solución también puede bajar la tensión aunque esto es diferente del rumiar el problema esperando pasivamente la solución o racionalizarlo.
- f) Actuar para iniciar un cambio en la situación que origina el estrés pone en marcha mecanismos neuromusculares de descarga de energía agresiva. Pero esto conlleva al peligro de lanzarse continuamente a actividades incesantes. Sin embargo jugar, trabajar y hacer deporte son formas de sublimar la energía agresiva.
- g) Los sueños diurnos contribuyen a bajar la tensión ya que con esta actividad de la fantasía se puede disminuir la carga agresiva.
- h) El exceso de tensión puede encontrar un desfogue en actividades como orinar, defecar con frecuencia, comer mucho o demasiado rápido, fumar en exceso, beber alcohol o una actividad sexual más frecuente que lo habitual, estas pueden considerarse descargas somáticas.¹⁴

¹⁴ *Ibidem* Lartigue y Fernández. p.193

2.3 ESTRESORES

2.3.1 CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN

“Se denomina estresores a los estímulos que provocan la respuesta biológica y psicológica tanto del estrés normal como de los desarreglos que llegan a convertirse en enfermedades” (Orlandini, 1999).¹⁵

Los factores del estrés (estresores) pueden clasificarse según trece criterios:

- Momento en que actúa (remotos, recientes, actuales, futuros).
- Período en que actúan (muy breves, breves, prolongados, crónicos).
- La repetición del tema traumático (único o reiterado).
- La cantidad en que se presentan (únicos o múltiples).
- La intensidad del impacto (microestresores y estrés cotidiano, estresores moderados, estresores intensos, estresores de gran intensidad).
- La naturaleza del agente (físicos, químicos, fisiológicos, intelectuales, psicosociales).
- La magnitud social (microsociales, macrosociales).
- El tema traumático (sexual, marital, familiar, ocupacional, etc).
- La realidad del estímulo (real, representado, imaginario).
- La localización de la demanda (exógena o ambiental, endógena, intrapsíquica).
- Sus relaciones intrapsíquicas (sinergia positiva, sinergia negativa, antagonismo, ambivalencia).
- Los efectos sobre la salud (positivo o eutrés, negativo o distrés).
- La fórmula diátesis/estrés (factor formativo o causal de la enfermedad, factor mixto, factor precipitante o desencadenante de la enfermedad).¹⁶

¹⁵ Orlandini, A; (1999): El estrés que es y como evitarlo: 2º edición. Fondo de cultura económica. pág.18

¹⁶ *Ibidem* Orlandini, A. p.19-20

Otras clasificaciones son:

ESTRESORES INTRAORGANIZACIONALES

Se agrupan en cuatro grupos:

- Estresores del ambiente físico (falta de luz o luz muy brillante, ruido excesivo o intermitente, vibraciones, aire contaminado, alta o baja temperatura).
- Estresores de nivel individual (sobrecarga de trabajo, conflictos de roles, ambigüedad de roles, discrepancias con las metas de la carrera laboral).
- Estresores de nivel grupal (falta de cohesión grupal, conflictos intragrupal, conflictos intergrupales, apoyo inadecuado del grupo).
- Estresores organizacionales (clima de la organización, estilos gerenciales, tecnología, diseños y características de los puestos, fechas tope no racionales, control de sistemas informáticos). (Slipak, op. cit).

ESTRESORES EXTRAORGANIZACIONALES

Los estresores extraorganizacionales son los que se plantean fuera del ámbito de la empresa, comprende los factores que inciden sobre el individuo:

- familiares
- políticos
- sociales
- económicos

La inadecuada interconexión hogar-trabajo genera:

- conflictos psicológicos y fatiga mental,
- falta de motivación y disminución de la productividad, así también un
- deterioro de la relación conyugal y familiar (Slipak, op.cit).

2.4 MODELOS EXISTENTES DE ESTRÉS

Hay numerosos modelos médicos y conductuales que intentan explicar el estrés. Algunos de ellos fueron formulados por investigadores que los usaron para orientar sus propios estudios sobre tal fenómeno.¹⁷

Modelo bioquímico.

El doctor Hans Selye desarrolló un modelo bioquímico del estrés, el cual se relaciona con el análisis del estrés en los niveles fisiológico y bioquímico. Este autor define el estrés como "un estado que se manifiesta a través de un síndrome, que consiste en la totalidad de cambios no específicamente inducidos en el sistema biológico" (Selye, 1956). Un cambio no específicamente inducido es aquel que afecta todo el sistema o la mayor parte de este. Y por lo tanto describe estos cambios en términos del Síndrome General de Adaptación: *alarma, resistencia y agotamiento.*

Modelo psicósomático.

Este modelo se ha dicho que es un precursor, basado en la premisa de que las tensiones y sobreesfuerzo que inciden en un sistema del cuerpo, tienen consecuencias patológicas en otros sistemas corporales. Esos cambios internos pueden provocar alteraciones importantes en los procesos orgánicos: constricción de vasos sanguíneos y del tracto digestivo, aumento de glóbulos rojos en el torrente circulatorio, así como del flujo de epinefrina (adrenalina) y del contenido de azúcar en la sangre.

El modelo psicósomático intenta descubrir cómo estas reacciones fisiológicas y otras son inducidas por los procesos psicológicos. Asimismo, pretende determinar las reacciones fisiológicas y los procesos psicológicos que guardan relación.

Modelo de combate.

Basowitz y sus colaboradores desarrollaron un modelo de estrés que se basaba en un estudio de soldados en combate. Definieron la ansiedad como una experiencia consciente y comunicable de intenso temor. Estos sentimientos surgen, en general, cuando se ve amenazada la integridad del organismo. En el modelo de combate, los estímulos se localizan a lo largo de un continuo. Por un lado se trata de estímulos que solo tienen significado para un individuo o para poca gente; por el otro, son estímulos que, debido a su intensidad y a su carácter explícito de amenaza para las funciones vitales, probablemente sobrecargan la capacidad de ajuste en la mayoría de las personas.

Modelo de adaptación.

Mechanic (1972) formuló un modelo de respuesta del estrés que se daba entre estudiantes de postgrado, que participaban en exámenes preliminares para obtener un doctorado. En dicho modelo se concibió el estrés como las respuestas de incomodidad manifestadas por las respuestas en situaciones particulares.

Sostuvo que el hecho de que una situación sea estresante o no depende de cuatro factores: la habilidad y capacidad de la persona, las habilidades y limitaciones importantes de las prácticas y tradiciones del grupo a que pertenece, los medios que ofrece el ambiente social a los individuos y, finalmente, los nombres que determinan dónde y cómo una persona puede utilizar esos medios.

¹⁷ Ivancevich, J.M: (1989), Estrés y trabajo: una perspectiva gerencial, 2ª ed: México, Trillas .p 47

El modelo de adaptación muestra que, cuando la gente se siente poco impreparada para afrontar una situación, puede experimentar una aguda incomodidad. Este tipo de sentimientos puede traducirse en carencia de conocimientos y habilidades, incertidumbre ante la situación, o rasgos personales de índole particular, como poca confianza en sí mismo.

Modelo de desastre.

Janis (1954) ha propuesto un modelo explicativo del estrés, que analiza las respuestas psicológicas de los individuos durante eventos traumáticos. La manera exacta en que una persona responde al evento desastroso depende de factores como: sus expectativas previamente formadas en cuanto a las formas de evitar situaciones peligrosas; la cantidad y calidad de un entrenamiento previo, que la persona haya recibido con respecto a estrategias defensivas tácticas para afrontar peligros; niveles crónicos de ansiedad e intensidad de las necesidades de dependencias personales; y la percepción, por parte de la persona.

Modelo ocupacional.

Es un modelo que pretende integrar los datos existentes sobre la relación entre el estrés ocupacional y los padecimientos cardíacos, y fue propuesto por House (1974). El modelo indica que la experiencia relativa al estrés constituye una respuesta subjetiva, resultante de la interacción de las condiciones sociales y las características personales (habilidades, necesidades y valores). Las características de las situaciones sociales (relaciones armoniosas del trabajo en contraposición a las relaciones sumamente conflictivas).

Modelo de ambiente social.

Una serie de estudios realizados en el Institute for Social, de la Universidad de Michigan, ha dado origen a un modelo del estrés basado en el ambiente social. Dicho modelo proporciona un marco de referencia para investigar los efectos del papel del trabajo en la salud, y ha servido de apoyo para los estudios de la relación estrés-trabajo. El modelo del ambiente social pretende desarrollar una teoría integral de la salud mental, y se emplea para establecer secuencias en proyectos de investigación, que abarcan desde los esfuerzos por comprender el ambiente objetivo de trabajo, hasta los estudios sobre salud y enfermedad. (French y Kano, 1962)

Modelo de proceso.

McGrath (1976) ha propuesto un modelo de estrés orientado hacia el proceso. El considera la situación de estrés como un ciclo de cuatro etapas, un circuito cerrado, que principia en las condiciones del ambiente fisicosocial. Sus cuatro etapas (A,B,C y D) se relacionan mediante procesos de conexión.

La primera etapa, que establece la relación entre A y B se denomina *proceso de apreciación cognoscitiva*, en la cual la persona aprecia una situación (en forma exacta o inexacta). La segunda parte del proceso relaciona B y C, e involucra la *toma de decisiones*; establece un vínculo entre la situación percibida. El tercer paso consiste en el *proceso de desempeño*, que da por resultado un conjunto de conductas que pueden evaluarse cualitativa y cuantitativamente. La cuarta relación se establece entre la conducta y la situación y se le denomina *proceso resultante*.¹⁸

¹⁸ *Ibidem* Ivancevich.J.M. p.48-54

Modelo de C.L. Cooper sobre el estrés profesional.

Este modelo, propuesto en 1986, describe la relación entre las fuentes de estrés en el trabajo y las características individuales que tienen como consecuencia síntomas, no solo en la salud individual, sino también en la organización. Y, por último, describe lo que lleva a la aparición de la enfermedad, la cual también se presenta en la organización.¹⁹

MODELO DEL ESTRÉS PROFESIONAL DE COOPER

FUENTES DE ESTRÉS	CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES	SÍNTOMAS DE SALUD	ENFERMEDADES
Intrínsecas al trabajo Condiciones de trabajo. Urgencias de tiempos. Responsabilidad de vidas humanas.	El individuo Nivel de ansiedad.	Síntomas individuales Índice de presión arterial: Tensión.	Enfermedades coronarias.
Puesto en la organización Papeles ambiguos. Conflictos de responsabilidad.	Importancia de la neurosis.	Niveles de colesterol. Tabaquismo. Humor depresivo.	Salud mental desequilibrada.
Desarrollo de la carrera profesional Demasiadas promociones. Promociones insuficientes. Ausencia de seguridad en el empleo. Ambición frustrada.	Tolerancia a situaciones ambiguas. Comportamiento Tipo A.	Alcoholismo. Insatisfacción profesional Ambición reducida.	
Relaciones profesionales Malas relaciones con superiores, subordinados y semejantes. Dificultad para delegar responsabilidades, etc.	Interfase trabajo/familia Problemas familiares. Familia donde ambos cónyuges tienen carrera profesional.	Síntomas organizacionales Ausentismo. Rotación frecuente de los trabajadores.	Huelgas prolongadas. Accidentes graves frecuentes.
Estructura y clima de la organización Poca o nula participación en los procesos de decisión. Restricciones del poder para decidir. Política general, ausencia de consultas.	Crisis de la vida.	Relaciones industriales difíciles. Control de calidad mediocre.	Desempeño mediocre.

¹⁹ Lartigue T; Fernández V;(1998): Enfermería: una profesión de alto riesgo, México, Plaza y Valdés Editores p.201-202

2.5 ASPECTOS NEUROFISIOLÓGICOS

Las reacciones al estrés resultan de gran complejidad por lo que permanentemente se descubren nuevos aspectos que incluyen a todos los tejidos del cuerpo humano. El cerebro es el órgano principal de respuesta al estrés y determina la actividad de los otros tejidos que, a su vez, influyen sobre el sistema nervioso mediante cambios metabólicos, aumento de la circulación sanguínea del cerebro, y por la acción de hormonas y sustancias inmunitarias sobre dispositivos receptores que modifican al propio cerebro y regulan la respuesta al estrés.²⁰

Los cambios fisiológicos que provoca el estrés:

La reacción neuro-endocrina tiene características específicas, pues es sólo en el Estrés donde aumenta la actividad hipotalámica-hipofisiaria con descarga hormonal desde la hipófisis de la **hormona trófica para la corteza adrenal (ACTH=adrenal-cortico-trophic-hormone)** que actúa sobre la corteza suprarrenal, timo, ganglios linfáticos, con modificaciones inmunohematológicas.²¹ (Fig.2).

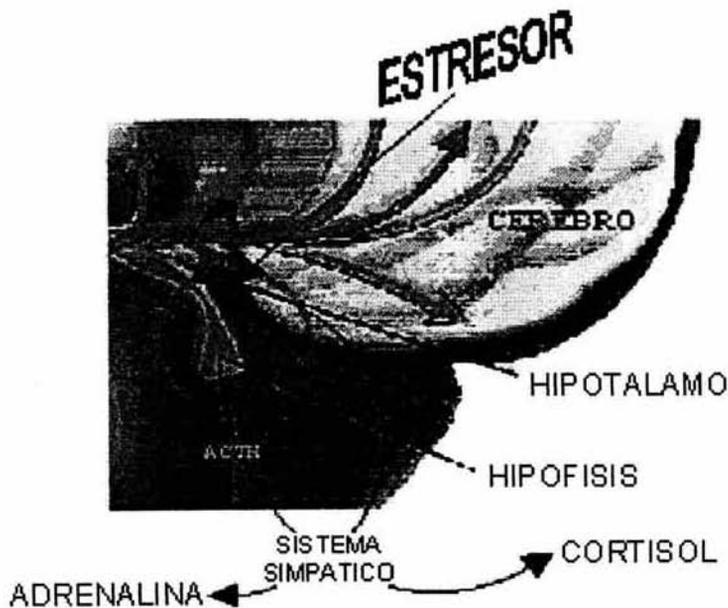


Fig. 2. Sistema Hipofisiario y suprarrenal con indicación de las hormonas estimuladas durante la respuesta del estrés.

²⁰ Vargas,F,L; Cruz ,M,C (2001); Estrés entenderlo es manejarlo. Alfaomega, México, p.29

²¹ Orlandini, A; (1999); El estrés que es y como evitarlo; 2º edición, Fondo de cultura económica, p.31

Breve presentación del Sistema Neuro-Endócrino:

El centro es el **cerebro** que emite fibras nerviosas, homologables a cables eléctricos, hacia todo el organismo, pero con determinado orden. Por una parte, un grupo de fibras nerviosas especializadas en manejar noradrenalina (una variedad de la adrenalina) se distribuyen a órganos y tejidos de todo el cuerpo.

La adrenalina se produce sólo en la suprarrenal, a donde llegan las correspondientes fibras nerviosas. Este sistema se llama **Adrenérgico** (que genera adrenalina) o **sistema simpático**. En términos generales este sistema es *estimulador*: acelera al corazón, vierte a la sangre la glucosa acumulada en el hígado, acrecienta el estado de alerta, combate la fatiga mental y muscular, causa ansiedad, dilata las pupilas y produce emoción y aceleración del pulso (taquicardia). Todos estos importantes efectos caracterizan a la iniciación del **Estrés** y pueden reproducirse con la inyección intravenosa de adrenalina.

El otro sistema que contrarresta a la adrenalina tiene como mediador hormonal a la **acetilcolina**, por lo que el sistema es llamado **colinérgico o sistema parasimpático**, de carácter *inhibidor* para los efectos del sistema adrenérgico.

El Estrés estimula intensamente al sistema adrenérgico, provocando una abundante descarga de adrenalina desde la suprarrenal y noradrenalina desde las fibras terminales noradrenérgicas de todos los órganos. La acetilcolina antagoniza a la adrenalina-noradrenalina y evita un desbalance entre los dos sistemas que pudiera llegar a poner en peligro la vida de la persona, sería una pérdida de la autorregulación hormonal. En el equilibrio entre ambos sistemas radica el mecanismo regulatorio del estrés. Una posible pérdida de ese equilibrio es prácticamente inexistente y sólo puede producirse cuando el estrés es excesivamente intenso o prolongado y lleva a la fase de agotamiento y muerte (Vargas, op.cit).

Sistema Nervioso Parasimpático:

Relativo a la división craneosacra del Sistema Nervioso Autónomo formado por los nervios oculomotor, facial, glossofaríngeo, vago y nervios pélvicos. Las acciones de la división parasimpática están mediadas por la liberación de acetilcolina y comprenden fundamentalmente la protección, conservación y restablecimiento de los recursos del organismo. Las fibras parasimpáticas preganglionares, que salen del hipotálamo, de otras áreas cerebrales y de los segmentos sacros de la médula espinal, forman sinapsis cerca o en las paredes de los órganos que van a inervar. Las fibras parasimpáticas retardan el ritmo cardíaco, estimulan la peristalsis, facilitan la secreción lagrimal, salival y digestiva, inducen la formación de bilis y la liberación de insulina, dilatan los vasos sanguíneos periféricos y viscerales, contraen la pupila, el esófago y los bronquiolos y relajan los esfínteres durante la micción y defecación. Las fibras parasimpáticas posganglionares se extienden hasta el útero, vagina, trompas y ovarios en las mujeres, la próstata, vesículas seminales y genitales externos en los hombres, inervando los vasos sanguíneos de los órganos pélvicos en ambos sexos.²² (Fig.4).

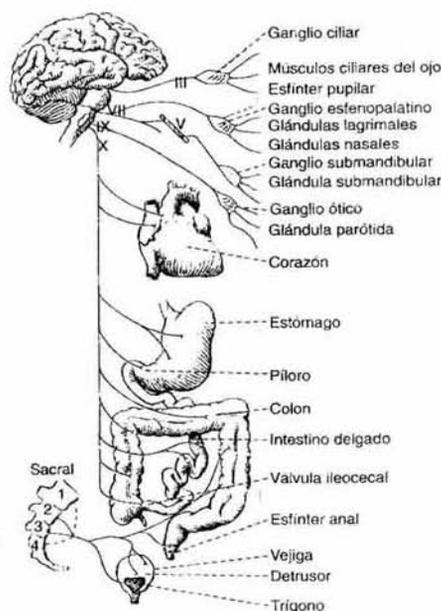


Fig. 4. Sistema Nervioso Parasimpático

²² Guyton, A.C (1998); *Tratado de Fisiología Médica* 9ª ed; Interamericana; Mexico. p. 837

Sistema Nervioso Simpático:

Las fibras nerviosas simpáticas de los nervios espinales son todas ellas fibras muy delgadas que se extienden a todas las partes del cuerpo con los nervios esqueléticos. Controlan los vasos sanguíneos, las glándulas sudoríparas y los músculos piloerectores.

Aproximadamente el 8% de las fibras de un nervio esquelético medio son fibras simpáticas, lo que atestigua su gran importancia. Terminan sobre células neuronales modificadas que secretan epinefrina y norepinefrina al torrente sanguíneo. La estimulación de este sistema contrae las fibras meridionales del iris, que dilatan la pupila; Glándulas (nasales, lagrimales, parótidas, submaxilares y pancreáticas) vasoconstricción y secreción escasa, Glándulas sudoríparas secretan grandes cantidades de sudor, Glándulas apocrinas de las axilas secretan una secreción espesa; Inhibe el peristaltismo y aumenta el tono de los esfínteres; Aumenta la actividad general del corazón aumenta la frecuencia la fuerza de la contracción cardíaca; Vasos sanguíneos sufren vasoconstricción,, Aumenta la presión arterial; La mayoría de las estructuras endodérmicas, como las vías biliares, la vesícula, el uréter, la vejiga y los bronquiolos, se inhiben por la estimulación simpática; La estimulación simpática tiene efectos metabólicos, que hacen que se libere glucosa del hígado, aumente la glucemia, aumente la glucogenólisis en el hígado y en el músculo, aumenta la fuerza muscular, aumenta el metabolismo basal y se incremente la actividad mental.²³ (Fig.5).

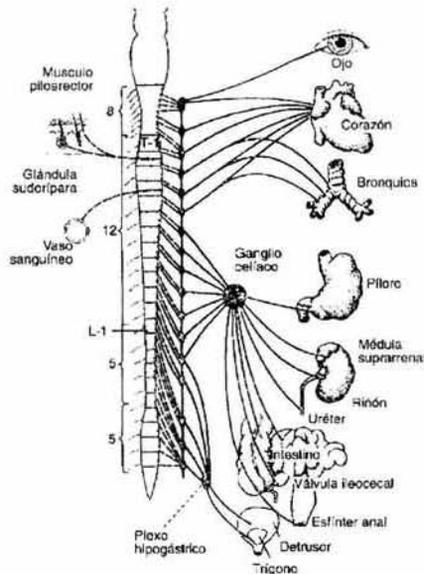


Fig. 5. Sistema Nervioso Simpático

²³ *Ibidem* Guyton, A.C. p. 836, 841

Respuesta de alarma o de "estrés" del Sistema Nervioso Simpático.

Cuando se da lugar una descarga en masa, aumenta de muchas formas la capacidad del cuerpo de realizar una actividad vigorosa:

1. Un aumento de la presión arterial.
2. Aumento del flujo sanguíneo a los músculos activos con disminución simultánea del flujo sanguíneo a órganos como el tubo digestivo o los riñones, que no son necesarios para la actividad motora.
3. Aumento de las tasas del metabolismo celular en todo el organismo.
4. Aumento de la concentración sanguínea de glucosa.
5. Aumento de la glucólisis en el hígado y en el músculo.
6. Aumento de la fuerza muscular.
7. Aumento de la actividad mental.
8. Aumento de la velocidad de coagulación sanguínea.

La suma de estos efectos permite que una persona realice una actividad física mucho más enérgica de lo que sería posible de otro modo. Debido a que es el estrés físico o mental el que habitualmente estimula al sistema simpático, a menudo se dice que la finalidad de este es proporcionar un grado adicional de activación del cuerpo en situaciones de estrés: esto se denomina *respuesta simpática de estrés*. El sistema simpático resulta especialmente activado en muchas situaciones emocionales (Guyton, op.cit).

2.6 ASPECTOS PSÍQUICOS

Los sucesos sociales psicotraumáticos actúan sobre los sujetos vulnerables, originándose una reacción emocional displacentera. Esta respuesta se expresa a través de tres tipos de cambios corporales. Ocurren aumentos en el tono de la musculatura estriada que suelen dar lugar a cefaleas o lumbalgias. Se afecta el sistema inmunitario que, al deprimirse, facilita las infecciones. Además la exaltación vegetativa a la que se asocia la respuesta endocrina puede llegar a enfermar una viscera.

Cada persona tiene su talón de Aquiles en cierta viscera susceptible que ocurre por alguna anomalía genética, por conexiones nerviosas del tipo de los reflejos de Pavlov, o por simbolizaciones en la mente. En lo primero de los casos, la vulnerabilidad genética, puede deberse a un aumento de la densidad o la sensibilidad de los receptores para las catecolaminas.²⁴ Debido a la relación y activación entre el sistema nervioso simpático y parasimpático que producen adrenalina y noradrenalina respectivamente se presentan alteraciones de tipo somático en el individuo:

1) Trastornos digestivos.

- Gingivitis ulceronecrotizante aguda (GUNA) por estrés.
- Aerofagia o deglución de aire emocional.
- Disfagia o dificultad para deglutir por estrés.
- Vómitos emocionales.
- Úlceras gástricas por estrés.
- Cólicos, diarrea o estreñimiento por estrés.
- Encopresis o incontinencia de las heces por psicotraumas.

2) Trastornos respiratorios.

- Disnea o dificultad respiratoria ansiosa.
- Síndrome de hiperventilación por mayor frecuencia y amplitud respiratorias.
- Tos por estrés.
- Espasmo de sollozo infantil por frustración.

3) Trastornos cardiovasculares.

- Síntomas cardíacos de ansiedad.
- Arritmias cardíacas y muerte súbita por estrés.
- Hipotensión arterial, desfallecimiento o síncope vaso-vagal por estrés.
- Hipertensión arterial emocional.
- Espasmos vascular ocular por el estrés.
- Espasmo coronario por situaciones psicotraumatizantes.
- Lesiones del endotelio vascular.

²⁴ Orlandini, A; (1999); El estrés que es y como evitarlo; 2º edición, Fondo de cultura económica, p.127

4)Trastornos de la micción.

- Disuria o dificultad en la micción y retención urinaria psicogénica.
- Cistitis y polaquiuria por estrés.
- Enuresis o incontinencia urinaria por estrés.

5)Trastornos del sistema reproductor femenino.

- Dismenorrea o dolor menstrual psicogénico.
- Hemorragia uterina por estrés.
- Amenorrea o ausencia de la menstruación de causa psicogénica.
- Pseudociesis o “embarazo imaginario”.
- Esterilidad por estrés.
- Aborto por estrés.
- Factor de riesgo de parto prematuro.

6)Trastornos del sistema sanguíneo.

- Neutrofilia o exceso de glóbulos blancos de origen emocional.
- Policitemia o exceso de glóbulos rojos por el estrés.
- Aumento de la coagulación: por incremento del factor coagulante tromboxane B-2, y aumento de la agregación plaquetaria y del fibrinógeno.

7)Trastornos de la piel.

- Prurito o “picazón” emocional.
- Sudoración exagerada por estrés.
- Cambios vasculares: rubor y palidez por psicotraumas.
- Alopecia o caída del pelo del cuero cabelludo por estrés.

8)Trastornos de la musculatura estriada.

- Cefalea por contractura de la musculatura de la cabeza.
- Bruxismo o rechinar de los dientes por contractura de la musculatura masticatoria.
- Lumbalgia o dolor lumbar por contractura muscular por estrés.
- Hipertonía y dolor musculares o mialgia de tensión de otros grupos musculares.
- Hipotonía muscular, aflojamiento de las piernas y caída por estrés.

9)Trastornos del sistema nervioso.

- Mareo o vértigos por estrés.
- Desarreglos del sistema vegetativo por estrés.

10)Trastornos del sistema inmunitario.

- Inmunosupresión por estrés e infecciones y neoplasias oportunistas.
- El estrés como factor de riesgo de resfriado común, herpes bucal, faringitis, etc.

11)Trastornos del sistema endocrino.

- Aumento de la ACTH y del cortisol por estrés.
- Aumento emocional de la prolactina u hormona del crecimiento.
- Aumento psicogénico de la hormona del crecimiento.
- Enanismo psicosocial en niños maltratados con disminución de la hormona de crecimiento.
- Aumento emocional de la hormona tiroidea.
- Disminución psicogénica de la hormona antidiurética con diabetes insípida.
- Disminución de la testosterona por estrés.
- Aumento de la glucemia plasmática por estrés.²⁵

Los síntomas cognitivos más comunes del estrés son:

- Dificultades en la concentración y en la memoria.
- Ansiedad.
- Cansancio exagerado.
- Crisis de cólera, irascibilidad y malhumor.
- Falta de ánimo: aburrimiento, tristeza, decaimiento, llanto, pesimismo, ideas suicidas.
- Exceso o defecto de sueños y pesadillas con el tema del estrés.
- Exceso o defecto del apetito y cambios marcados en el peso corporal.
- Reducción del deseo y desarreglos del desempeño sexual.
- Consumo aumentado de café, tabaco, alcohol y automedicación con drogas analgésicas o psicotrópicas.
- Retraimiento, maltrato o violencia con la pareja, la familia u otras personas.
- Dificultad para realizar las tareas domésticas, el estudio o el trabajo, o rechazo de la casa, la escuela o el lugar de trabajo.
- Cambios en los hábitos de vida. (Orlandini, op.cit)

²⁵ *Ibidem* Orlandini, p.128-131

2.7 RESPUESTA PSICOLÓGICA DEL ESTRÉS

La mente responde al estrés mediante percepciones, conocimientos, emociones, defensas y mecanismos de enfrentamiento, cambios en las actitudes y en la autoestima, conductas y síntomas. A través de esas respuestas el individuo puede lograr la percepción del agente del estrés e interpretar su significado como favorable o desfavorable. El conocimiento determina la capacidad o incapacidad de que el sujeto dispone para enfrentar la demanda que supone un estresor. Se genera la actividad de las defensas y de los mecanismos de enfrentamiento como la negación, la represión, la evitación o el humor.

Se producen cambios en las actitudes hacia la gente, la vida o el futuro a consecuencia de acontecimientos desventurados. La estima del sujeto suele deteriorarse debido a los sucesos traumáticos y ocurre la aparición de síntomas psíquicos como el tedio, la fatiga, la escasa concentración, el insomnio o la melancolía.²⁶

2.7.1 EMOCIONES

2.7.1.1 CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS

*“Emoción: Sentimiento intenso, agradable o penoso y más o menos duradero, que influye poderosamente sobre numerosos órganos cuya función aumenta, altera o disminuye”.*²⁷

*“Alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática”.*²⁸

Necesidad Emocional: Es un requerimiento psicológico o mental de origen intrapsíquico que suele centrarse en sentimientos básicos como *amor, temor, angustia, tristeza, ansiedad, frustración y depresión* y en el que interviene el entendimiento, la empatía y el apoyo mutuo de dos personas. Aunque es común a todos los individuos suele acentuarse durante periodos de **estrés**, enfermedades físicas y mentales, y durante diversas etapas de la vida; si no se ven satisfechas por medios adecuados y socialmente aceptables pueden provocar trastornos psicopatológicos.²⁹

Durante largo tiempo, las emociones fueron definidas psicológicamente como estados de sensación que cada persona adulta puede reconocer entre si misma por introspección y que, por extrapolación, supone que existen en otros seres humanos y en animales superiores; de esta manera, se define simplemente como una experiencia subjetiva.

Cuando se definen las características de las emociones; observamos que representan una sensación claramente asociada, *agradable o desagradable*.

²⁶ Orlandini, A; (1999); *El estrés que es y como evitarlo*; 2º edición, Fondo de cultura económica, p.30

²⁷ Diccionario Médico Masson; Salvat editores, 3ª ed; México, 1998, p.190

²⁸ Biblioteca de Consulta Microsoft Encarta 2003. Microsoft Corporation.

²⁹ Diccionario de Medicina Mosby, Océano Grupo editorial; Barcelona España, 1998 p.451

Otra característica es: *que cada individuo percibe las sensaciones "interiormente"* y, después de haber aprendido a hablar un lenguaje y de poder comunicar sus emociones mediante el mismo a otros seres humanos, puede aprender a reconocer emociones diferentes y a designarlas con palabras como: *miedo, ansiedad, ira, culpabilidad, vergüenza, depresión, felicidad o amor*. Estas emociones son análogas a las sensaciones experimentadas en relación más inmediata con la estimulación de ciertos órganos de los sentidos. Algunas emociones como el hambre, la sed o la náusea, se experimentan como si tuvieran naturaleza corporal, aunque son difíciles de localizar; otras, como la felicidad, el amor, el odio o la depresión, son experimentadas por la mayoría de los seres humanos, como si ofrecieran una naturaleza menos corporal, esta distinción subjetiva entre las sensaciones espirituales y las corporales ha contribuido a concebir su dualidad; es decir, a suponer que el hombre tiene dos zonas separadas: cuerpo y espíritu.³⁰

Las emociones son, realmente, procesos de retroalimentación es los que participan varios sistemas del cerebro (sistema límbico, formación reticular y también los sistemas hipotalámicos medio-ventral o lateral) y ello explica, en primer lugar, por qué cuando se administran ciertos fármacos pueden éstos disminuir la ansiedad o influirla favorablemente, pero no eliminarla. Si se produce en múltiples sistemas de retroalimentación, la administración de un fármaco que interviene en un sólo enlace del sistema retrorregulación no puede ser suficiente para hacer recuperar el estado de equilibrio a todo el sistema.³¹

La emoción que ha sido posiblemente más estudiada que ninguna otra durante estos últimos años: es la ansiedad. La definición "operacional" que es utilizada actualmente por neurofisiólogos, psicofisiólogos y psicobiólogos, deriva de la definición subjetiva; "*la ansiedad es una emoción desagradable característica, inducida por la anticipación de un peligro o frustración y que amenaza la seguridad, la homeostasis o la vida del individuo o del grupo biosocial al que éste pertenece*" (Leady, 1989).³²

³⁰ Leady, S. Pepine M.J; (1989); *De la emoción a la lesión*, Nueva York: Blloppincotc Company; p. 31

³¹ *Ibidem* Leady, p. 35

³² *Ibidem* Leady, p. 36

2.7.2 ANSIEDAD

2.7.2.1 CONCEPTO

*“Es la reacción compleja del individuo frente a situaciones y estímulos actual o potencialmente peligrosos, o subjetivamente percibidos como cargados de peligro, aunque sólo sea por la circunstancia de aparecer inciertos”.*³³

*“Reacción emocional frente a un estímulo indefinido o inespecífico, con manifestaciones en los diferentes niveles de respuesta de la persona”.*³⁴

*“Estado caracterizado por sentimientos de aprensión, incertidumbre o tensión surgidas de la anticipación de una amenaza real o imaginaria.”*³⁵

*“Es un fenómeno humano normal que únicamente debe ser considerado patológico cuando compromete el bienestar general o la eficacia personal, se trata de una función de gran utilidad para estimular los esfuerzos, la vivacidad y contribuir a que una persona se mantenga en un elevado nivel de trabajo y conducta; en exceso, la ansiedad compromete la eficacia y se torna una rémora”.*³⁶

-*Fisiológicamente*: la ansiedad se expresa a través de manifestaciones del Sistema Nervioso Autónomo, tales como aumento de la frecuencia cardíaca y /o respiratoria, elevación de la tensión arterial, sudoración, temblores, etc.

-*En los pensamientos y sentimientos*: la persona ansiosa experimenta sensación de nerviosismo, incapacidad para concentrarse, temor, desamparo, etc.

-*En el comportamiento*: puede traducirse en conductas como irritabilidad, llanto, huida, falta de iniciativa o imposibilidad para realizar determinadas tareas. (Novel, op.cit).

Los individuos reaccionan con grados de ansiedad variables, que dependen de su propia predisposición a padecer ansiedad y del tipo de amenaza a la que responden. La ansiedad se define como “normal” o “neurótica”, según que la reacción del individuo sea, o no, apropiada a la situación que la causó. Sigmund Freud consideraba normal u objetiva la ansiedad que se produce como reacción ante una amenaza real del mundo exterior, y neurótica a la ansiedad resultante de impulsos internos inaceptables que el individuo procura controlar. Los síntomas de la ansiedad normal son señales de peligro que movilizan a un individuo para enfrentarse a situaciones dañinas. Así pues, la ansiedad normal es un mecanismo adaptativo que ayuda a preservar la raza humana, está no se considera neurótica a menos que sea desproporcionada al peligro que la provoca, o continúe incluso después que el peligro haya pasado. (Papalia, op.cit).

³⁴ Novel, G y Martí; (1984); *Enfermería Psicosocial* Cap.16 p.165

³⁵ Papalia, D.E; (1996); *Psicología*, Mc Graw-Hill Interamericana; México, p.369

³⁶ Leady, S. Pepine M.J; (1989); *De la emoción a la lesión*. Nueva York: Blloppincotc Company; p. 27

Diferenciar la ansiedad del estrés es tarea más difícil, ya que en muchas ocasiones se utilizan como sinónimos por presentar las mismas manifestaciones. Ambos términos están íntimamente vinculados a los conceptos de adaptación y cambio, siendo en muchas ocasiones *la ansiedad y el estrés* respuestas adaptativas a cambios.

En muchas ocasiones ambas respuestas se consideran positivas, siendo activadoras y motivantes para la acción. Es lo que se denomina niveles de estrés o ansiedad positivos, cuando se sobrepasan los límites óptimos aparece el problema, desencadenándose los efectos negativos. Una característica importante de la ansiedad es el hecho de que se transmite de unas personas a otras. De ello se deriva la necesidad de que la enfermera sepa identificar y manejar su propia ansiedad y evitar y prevenir además el contagio de las ansiedades ajenas. (Novel, op.cit).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- *Generales:* Se presenta una actitud y comportamiento aprensivos y tensos, un aumento en la tensión muscular que se revela en su expresión facial y en su postura y dificultad para relajarse. Cuando la tensión muscular es muy marcada, se advierten temblor en sus manos, continuos cambios de posición, tics, elevación de hombros, mirada furtiva y móvil, parloteo incesante o mutismo, etc.
- *Vivencia subjetiva:* La ansiedad va por lo común acompañada de inquietas aprensiones sobre el futuro. El usuario se anticipa a los problemas, a los sucesos y cree que le acechan peligros y calamidades a la vuelta de la esquina; puede temer por su salud, su familia, su economía, sus aptitudes, sus relaciones sociales y otros aspectos de su vida, es característica su reiterada búsqueda de seguridad. Sus pensamientos están matizados de preocupación por el presente y por el futuro, su lenguaje suele ser rápido y puede mostrar vacilación o tartamudeo. (Leady, op.cit).
- *Concomitantes corporales:* Consisten en alteraciones del sistema muscular, del sistema neurovegetativo y del control nervioso autónomo de las funciones de diferentes órganos y sistemas: tensión de la musculatura voluntaria; sudoración en frente, axilas y palmas de las manos (éstas, además de húmedas son frías), taquicardia, hipertensión, respiración superficial y rápida, acompañada a veces de frecuentes suspiros; sequedad de la boca, contracciones epigástricas, náuseas y dispepsia*, así como incontinencia^e, diarrea o estreñimiento (Leady, op.cit). El apetito suele verse menoscabado, pero algunas personas víctimas de la ansiedad, comen en mayor cantidad, dado que ello alivia su tensión emocional y, a demás, a veces, el comer puede servirles de sustitutivo cariño y afecto.
- *La emoción:* Resulta de la interacción de por lo menos dos estados: una alta respuesta fisiológica y una recepción sensorial apropiada. Los estímulos repetidos incrementan el grado de excitabilidad, deteriorando de este modo la aptitud individual para adaptarse a los mismos. Cuando se llega a esta fase, la sobreexcitabilidad fisiológica se autoperpetúa, de forma que la supresión de los estímulos no ejerce ya efectos benéficos, en el sentido de aliviar el estado de respuesta. (Leady, op.cit).

* digestión difícil y laboriosa de carácter crónico (Diccionario Médico Masson-Salvat, 3ª ed; México, 1998).

^e emisión involuntaria de material cuya excreción se halla sometida normalmente a la voluntad (Diccionario Médico Masson-Salvat, 3ª ed; México, 1998).

2.7.2.2 NIVELES

El estado de ansiedad puede clasificarse por niveles o grados de intensidad: leve, moderada, grave y de pánico.³⁷

a) El nivel de ansiedad leve se caracteriza principalmente por un estado de alerta en el que la percepción y la atención de la persona están incrementadas. Sin embargo, la persona conserva la capacidad para afrontar y resolver situaciones problemáticas. A nivel fisiológico, una ansiedad leve puede provocar insomnio y sensación de malestar y agotamiento físico.

b) El nivel de ansiedad moderada provoca una disminución de la atención y de la percepción, dificultades de concentración y disminución de la capacidad para analizar la realidad de forma objetiva.

A nivel fisiológico la ansiedad moderada se manifiesta a través de un aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, pudiendo producirse además temblores y estremecimientos.

c) El nivel de ansiedad grave se caracteriza principalmente por la incapacidad de la persona para concentrarse y por una percepción muy reducida de la realidad. A nivel fisiológico, la persona puede presentar taquicardia, dolor de cabeza y/o náuseas.

d) El pánico se caracteriza por una percepción distorsionada de la realidad, con incapacidad para comunicarse o actuar. En este nivel de ansiedad la persona es incapaz de concentrarse o aprender por sí misma, y las manifestaciones fisiológicas provocan fuertes alteraciones en el equilibrio orgánico (vómitos, agitación psicomotriz, etc). En este nivel de ansiedad la persona pierde el control sobre sí misma y sobre el medio. (Leady, op.cit).

RESPUESTAS A LA ANSIEDAD Y AL ESTRÉS

Las formas de responder a las situaciones y eventos que causan ansiedad y estrés son múltiples y específicas para cada persona o situación. Sin embargo se mencionan dos grandes categorías de respuestas:

1.- *Respuestas defensivas empleando mecanismos de defensa:*

Son modos de comportamiento inconscientes que la persona utiliza para hacer frente a situaciones o eventos que le provocan ansiedad. Estos mecanismos los utilizan todas las personas en mayor o menor medida, considerándose respuestas adaptativas favorecedoras siempre que no se haga un uso excesivo, pasando a convertirse en patrones típicos de la conducta de la persona. Los principales mecanismos de defensa que pueden darse son: *la proyección, el desplazamiento, la negación, la represión, la racionalización, la intelectualización, la agresión, la hostilidad entre otros*. Varios mecanismos pueden estar presentes en un mismo comportamiento o aparecer de forma aislada.³⁸

2.- *Respuestas ofensivas empleando procesos de afrontamiento activo:* Son comportamientos dirigidos a solucionar el problema o a hacer frente de forma activa a la situación que desencadena o causa estrés y ansiedad. Se debe de tomar conciencia previo para desarrollar y aplicar estrategias que permitan a la persona afrontar y manejar eficazmente la ansiedad y el estrés en su vida. (Novel, op.cit).

³⁷ Haynal.A. Pasini W;(1984);Manual de medicina psicosomática. Masson; México Ibid; p.176

³⁸Op cit Num 34.

2.7.3 ANGSTIA

2.7.3.1 CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS:

*“Estado afectivo de carácter displacentero que suele ir acompañado de síntomas somáticos (palpitaciones, disnea, sudoración, etc) y que se produciría como respuesta a situaciones traumáticas de origen interno o externo, experimentadas por el individuo”.*³⁹ (Masson, 1998).

*“Es la vivencia corporal de la ansiedad ya que designan un sentimiento doloroso de espera o un miedo sin objeto; constituyen un estado afectivo doloroso desencadenado por, o señalando un peligro imaginario, en general inconsciente.”*⁴⁰ (Haynal, 1984).

Los concomitantes físicos de la angustia comportan una modificación de una o varias funciones vegetativas, dependiendo del predominio de la excitación del sistema nervioso simpático o del parasimpático: puede tratarse, según los casos de una aceleración (o más raramente de una deceleración) cardíaca, de una modificación de la vasomotricidad cutánea (pero también visceral), de una disnea o de una taquicardia, de una perturbación de los movimientos peristálticos, de una variación de las secreciones sebáceas, salivales o gástricas, del advenimiento de espasmos musculares lisos, etc. Modificaciones metabólicas que atestiguan un mecanismo más confuso y complejo: ya sea puramente neurógeno y a corto plazo o igualmente humoral y endocrino, haciendo intervenir una regulación hipotálamo-hipofisiana.

La objetivación de una modificación fisiológica con menor interés para la comprensión de la angustia que la vivencia dolorosa que va asociada a ella: los extrasístoles y la taquicardia sólo tienen valor en la medida en que se integran en una asunción dolorosa de la realidad, en tanto que palpitaciones.

La expresión somática de la angustia aparece, pues bajo un doble aspecto: primero positivo, puesto que la modificación corporal puede llegar a absorber la carga afectiva flotante de la angustia, y ofrecer, si se presenta el caso de un soporte representativo al fantasma inconsciente; pero también negativo porque la descarga somática testimonia la incapacidad para el espíritu de servir de continente a un afecto desagradable amenazando la cohesión del individuo. Puede darse en el origen de un proceso autosostenido escapando a todo control mental, incluso cuando la causa desencadenante del malestar psíquico haya desaparecido. Conduce en efecto a la conciencia de los órganos o funciones corporales que se funden habitualmente en el conjunto del organismo en una armonía silenciosa.⁴¹

³⁹ Diccionario Médico:(1998). Masson 3ª edición México, Salvat editores

⁴⁰ Haynal.A. Pasini W;(1984):Manual de medicina psicosomática. Masson; México p.174

⁴¹ Ibidem Haynal A, p.175

2.7.4 DEPRESIÓN

2.7.4.1 CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS

"Trastorno del humor caracterizado por sensaciones de tristeza, desesperación y falta de ánimo explicable por alguna tragedia o pérdida personal"(Mosby,1996)⁴²

"A menudo, va ligada a una pérdida material o afectiva, a una decepción en relación a otros o a sí mismo (pérdida de la imagen ideal)."(Haynal y Pasini, 1984)⁴³

El estado depresivo se manifiesta, frecuentemente, en momentos de cambio, como paso de una etapa a otra que provocan la pérdida del equilibrio anterior y exigen una nueva adaptación ante cualquier situación de la vida. El estado depresivo aparece como una auténtica enfermedad psicosomática, tanto en el plano sintomático como en su patogénesis.

El afecto depresivo, al igual que la angustia, se manifiesta acompañado de un cortejo de trastornos somáticos: cefaleas, zumbidos en oídos, dificultades respiratorias, cardialgias, vértigos, dolores vertebrales, cenestesias abdominales, náuseas, vómitos, constipación, trastornos vesicales y del apetito, de la potencia sexual, de la libido y del sueño, fatiga y adelgazamiento. Los síntomas hipocóndricos enmascaran con frecuencia una depresión subyacente.

Sintomatología depresiva:

- ↪ Trastornos del humor: sentimiento de desgracia, apuro, tristeza, sentirse sin esperanza, desarmado, impotente.
- ↪ Trastornos del pensamiento: pesimismo, ideas de culpabilidad, denigración de sí mismo, pérdida de interés y de motivación, descenso de la eficacia y concentración.
- ↪ Trastornos del comportamiento: aspecto descuidado, enlentecimiento general, agitación, gesticulación triste, ausencia de mímica (expresión fija).
- ↪ Trastornos somáticos: pérdida del apetito, constipación, pérdida del sueño, dolores diversos, modificación de la menstruación (mujer) y pérdida de la libido sexual.
- ↪ Ansiedad.
- ↪ Comportamiento suicida: ideas de suicidio, tentativas de suicidio.

Estos fueron los síntomas que están ligados directamente al efecto depresivo, sin embargo existe una participación psicológica de la depresión en otras enfermedades, como las psicosomáticas mayores(úlcera, hipertensión, etc.) en las que los factores psíquicos forman parte de un conjunto patógeno mal definido, y las contagiosas (por ejemplo, la gripe o las infecciones crónicas de la vejiga).⁴⁴

⁴² *Diccionario de Medicina Mosby*, Océano Grupo editorial; Barcelona España, 1996

⁴³ Haynal.A. Pasini W;(1984);*Manual de medicina psicosomática*. Masson; México p.79

⁴⁴ *Ibidem* Haynal A, p. 79-81

Trastornos funcionales y síntomas orgánicos de la depresión por agotamiento.

- ⇒ Trastornos del sueño: dificultad para dormirse, sueño discontinuo.
- ⇒ Cefaleas: presión cefálica, dolores de cabeza que se irradia hacia la nuca, vértigos.
- ⇒ Trastornos digestivos. Pérdida de apetito, náuseas, dolores epigástricos, espasmos intestinales de localización diversa, constipación con meteorismo, diarreas.
- ⇒ Trastornos cardiacos: sensación de presión y punzadas en la región cardíaca, crisis de taquicardia, síntomas pseudoanginosos, extrasístoles.
- ⇒ Trastornos respiratorios: opresión, necesidad de aire, impresión de constricción, bolo faríngeo.
- ⇒ Dolores y sensaciones desagradables en las extremidades: parestesias, temblor, fasciculación, vibraciones.
- ⇒ Hiperhidrosis, impresión de frío.
- ⇒ Dolores de la columna vertebral: dolores lumbares, trastornos cervicocapulares, sobre todo en la mujer.

Se ha evidenciado la relación existente entre las separaciones, pérdidas y depresión con el desencadenamiento de enfermedades psicosomáticas. A menudo, la enfermedad es consecutiva a un acontecimiento que pone en peligro la seguridad narcisista, ya instalándose la depresión después de una fase inicial de angustia, o porque la enfermedad sustituye a la depresión.

2.7.5 ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES

Dado que en la clínica hay constancia de los efectos negativos de las adversidades y las amenazas a lo largo de la vida, el estudio empírico de los acontecimientos vitales estresantes se ha desarrollado a partir de trabajos que persiguen calcular factores de riesgo y establecer correlaciones entre acontecimientos estresantes y la aparición de síntomas y enfermedades (Valdés y Flores, 1985).⁴⁵

Los cambios vitales pueden ser sólo estresantes si son inesperados y, en este sentido, incontrollables. Como sugiere Brown (1986), quizás es la incontrollabilidad percibida la que hace que los cambios vitales sean estresantes, y por ello, peligrosos para la salud.⁴⁶

En realidad si el estrés se conceptualiza como proceso dependiente de las cogniciones que el sujeto hace del entorno, el poder traumático de un suceso dependerá de su traducción subjetiva. Estos pueden ser amplios y variados, y lo que para una persona puede resultar un factor estresante para otra puede no serlo (Latorre, 1992). Rahe en colaboración con Holmes (1967) desarrolló una Escala de Eventos de Vida que fue de las primeras que se emplearon para evaluar la carga o el peso de los distintos eventos y sucesos, que se consideran como agentes estresantes, esta se constituyó por 43 acontecimientos que se agrupan en tres rubros en las que las personas se desenvuelven (esta se considera la versión americana). Aunque la variación de la escala en distintos países ha sido de controversia, entre ellos el nuestro, González y Morera (1983) realizaron la escala de acontecimientos vitales en la población con el idioma español. Sin embargo ambas abarcan los siguientes aspectos:

- **PERSONALES** Como principales son los vinculados a sentimientos y deseos de la persona así como los factores vinculados a situaciones personales de pérdida, cambio y crisis.
- **FAMILIARES** Incluyen cambios en los roles familiares, demandas familiares y dificultades en la dinámica familiar.
- **SOCIALES** Se clasifican en elementos interpersonales que derivan de las relaciones con los demás (amigos, vecinos, etc); elementos económicos, laborales y ambientales.⁴⁷

Es razonable suponer que el peso subjetivo de un acontecimiento dependerá del contexto social en el que vive el sujeto. Por lo tanto se consideran importantes cada uno de los acontecimientos vitales que se viven día a día afectando cada área de nuestro entorno porque serán una influencia para originar angustia, ansiedad y otras emociones llevándonos al estrés.

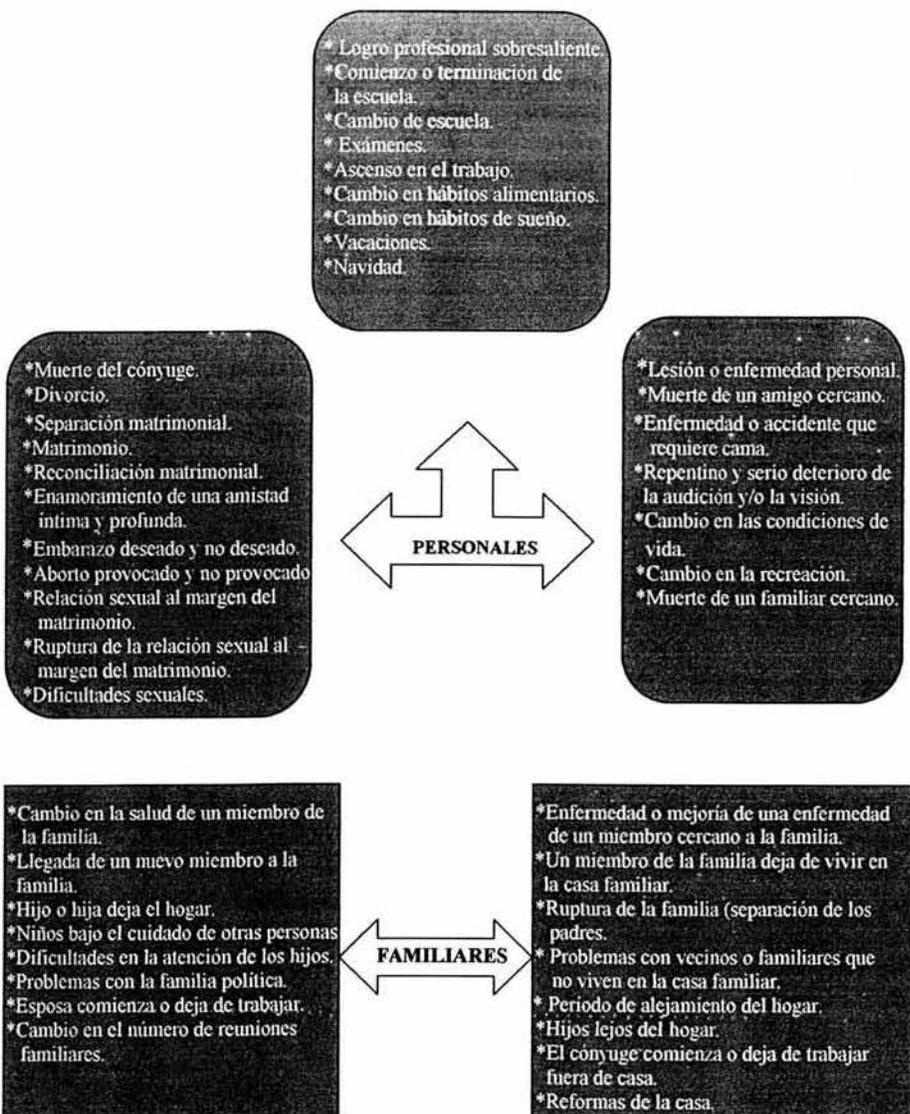
⁴⁵ Latorre, P.J.M; (1992); Psicología de la salud; 2º edición, Argentina, Lumen. p.63-67

⁴⁶ D'Gross, R; (1998); Psicología: la ciencia de la mente y conducta; 2º edición, México, Interamericana p.131-132

⁴⁷ Novel, G y Marti; (1984); Enfermería Psicosocial Cap.16 p.167

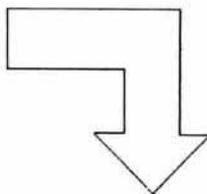
Se mencionan y desglosan los principales acontecimientos vitales a los cuales se encuentran sometidos los individuos, en sus distintas áreas y que influyen para desencadenar estrés.⁴⁸

ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES

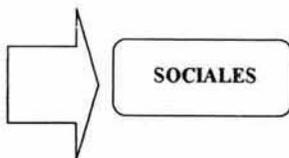


⁴⁸ Latorre, P.J.M; (1992); *Psicología de la salud*; 2ª edición, Argentina, Lumen. p. 67-68

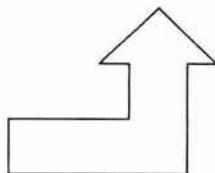
- *Pena de cárcel.
- *Retiro laboral.
- *Despido del empleo.
- *Quedarse sin trabajo.
- *Cambio de lugar de trabajo.
- *Readaptación en los negocios.
- *Cambio en la situación económica.
- *Cambio a una actividad laboral diferente.
- *Hipoteca de más de 1 millón de pesos.
- *Juicio hipotecario por hipoteca o préstamo.



- *Cambio en las responsabilidades laborales.
- *Cambio en las condiciones de vida.
- *Problemas con el jefe.
- *Problemas con los superiores en el trabajo.
- *Nuevo empleo en una línea nueva de trabajo.
- *Cambio de horario o condiciones laborales.
- *Cambio de domicilio.
- *Compra de casa.
- *Cambio en la recreación.
- *Cambio en actividades religiosas.



- *Cambio en actividades sociales.
- *Hipoteca o préstamo menor de 10 000 pesos.
- *Ingresos aumentados sustancialmente (25%).
- *Ingresos reducidos sustancialmente (25%).
- *Problema legal grave que puede terminar en encarcelamiento.
- *Transgresiones pequeñas de la ley.
- *Problemas relacionados con alcohol y drogas.



Una vez mencionados los aspectos psicológicos que desencadenan el estrés en cada individuo de acuerdo al enfoque que se de y la respuesta que tenga el organismo, se presentan consecuencias del estrés en los diferentes ámbitos de la vida manifestándose síntomas a nivel: Cognoscitivos, Subjetivos, Conductuales, Fisiológicos y Organizacionales.

2.8 CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS

La activación de los mecanismos de defensa del organismo no constituyen la única consecuencia del contacto con un estresor. Los efectos o consecuencias del estrés pueden ser muy diversos y numerosos. Algunas consecuencias pueden ser primarias y directas. Otras la mayoría pueden ser indirectas y constituir efectos secundarios o terciarios; pueden ser positivas, como el impulso exaltado y el incremento de automotivación. Cox (1978) ofrece una taxonomía de las consecuencias del estrés.

a)Efectos subjetivos: ansiedad, agresión, apatía, aburrimiento, depresión, fatiga, frustración, culpabilidad y vergüenza, irritabilidad y mal humor, melancolía, poca autoestima, amenaza y tensión, nerviosismo y soledad.

b)Efectos conductuales: propensión a sufrir accidentes, drogadicción, arranques emocionales, excesiva ingestión de alimentos o pérdida de apetito, consumo excesivo de bebidas o de cigarrillos, excitabilidad, conducta impulsiva, habla afectada, risa nerviosa, inquietud y temblor.⁴⁹

c)Efectos cognoscitivos: incapacidad para tomar decisiones y concentrarse, olvidos frecuentes, hipersensibilidad a la crítica y bloqueo mental.

d)Efectos fisiológicos: aumento de catecolaminas y corticosteroides de la sangre y la orina, elevación de niveles de glucosa sanguínea, incremento del ritmo cardiaco y de la presión sanguínea, sequedad de la boca, exudación, dilatación de las pupilas, dificultad para respirar, escalofríos, nudo en la garganta, entumecimiento y escozor en las extremidades.

e)Efectos organizacionales: ausentismo, relaciones laborales pobres y baja productividad, alto índice de accidentes y de rotación de personal, clima organizacional pobre, antagonismo e insatisfacción en el trabajo.⁵⁰

Una vez descritos los aspectos neurofisiológicos y psicológicos que intervienen en el estrés de cada individuo, analizando así las graves consecuencias a las que se enfrenta en las áreas antes mencionadas, se prosigue a mencionar como afecta en el ámbito laboral, enfocado a lo que nos compete en Enfermería.

⁴⁹ Ivancevich. J.M; Mattenson.M.T; (1989);Estrés y trabajo: una perspectiva gerencial; 2º edición, Trillas. p.27

⁵⁰ *Ibidem* Ivancevich, p. 28

2.9 ESTRÉS LABORAL

2.9.1 CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS

“Es la respuesta de los individuos, grupos y/o instituciones a estímulos estresores de distinta naturaleza, que estará determinada por la duración e intensidad del estímulo, la interacción entre el individuo, su entorno y sus características personales. En función de cuál sea la respuesta (positiva o negativa), habrá unas consecuencias que operarán de nuevo como estímulos estresores favorables o no en el desempeño laboral” (Frías, 1995).⁵¹

Actualmente se trabaja basándose en la idea general de que el estrés puede ser debido tanto, o en parte, a características del trabajo, como al entorno fuera del trabajo o a peculiaridades de la persona. A partir de esta concepción se trata de combinar los diferentes aspectos conceptuales en un modelo integrado del estrés humano y su percepción mediante:

- a) El conocimiento de los procesos perceptivos comunes que acompañan a la percepción selectiva diferencial y la respuesta al estrés de los diferentes individuos, respuestas que suelen ser distintas aunque trabajen en entornos idénticos.
- b) La integración de todos los factores estresantes de los diferentes ámbitos de la vida, de forma que se puedan entender los efectos acumulativos del estrés en diferentes medios que operan en el individuo en un momento dado.
- c) Bajo la idea de que el estrés puede originarse en las organizaciones y repercutir en sus miembros, tratando de buscar la manera de ayudar al individuo y a la organización para desarrollar estrategias de manejo del estrés que les permitan utilizar todas sus capacidades e intereses.⁵²

El estrés laboral crónico se puede presentar cuando la persona se encuentra sometida a las siguientes situaciones:⁵³

Ambiente laboral inadecuado: Son los llamados estresores del ambiente físico tales como:

- Falta de luz o luz muy brillante.
- Ruido excesivo o intermitente.
- Vibraciones.
- Aire contaminado.
- Alta o baja temperatura.

Estos factores requieren doble adaptación, tanto física como psicológica.

Sobrecarga de trabajo: Es el estrés por sobreestimulación, se presenta por exigencias psicosenoriales violentas, simultáneas, numerosas, persistentes y variables. Exigen una adaptación fuera del límite normal.

El estrés por sobreestimulación genera tensión nerviosa, fatiga, irritabilidad, crisis de decisión, ansiedad, confusión, embotamiento, desconcentración.

⁵¹ Frías, A.R.; (1995); *El Stress en las U.C.I –MADRID:COFAS*; p. 62

⁵² *Ibidem* Frías; p. 63

⁵³ Slipak, O.E.; (2002); *Estrés laboral*; <http://www.psiquiatria.com>; p. 4-10

Alteración de ritmos biológicos: Es el estrés que se produce al alterar las constantes biológicas determinadas por el ritmo circadiano determinado a su vez por las secreciones hormonales, los ciclos del sueño y el ritmo metabólico. Requiere un alto esfuerzo adaptativo, generando irritabilidad, disminución de la concentración, trastornos del sueño, fatiga, ansiedad, además de provocar modificaciones en la vida social, conyugal y sexual.

Responsabilidades y decisiones muy importantes: Es el estrés del personal jerárquico o con grados de responsabilidad y se debe a:

- Responsabilidades numerosas y variables.
- Trabajo intelectual excesivo.
- Tensión psicológica continua.
- Inseguridad laboral.
- Competencia.
- Búsqueda de la eficacia.
- Marcha contra reloj.
- Adaptación a situaciones nuevas y datos inestables.

Es frecuente que quienes lo padecen acumulen factores de riesgo e inadecuación familiar y social por falta de tiempo y agotamiento físico. Este tipo de estrés genera agotamiento, fatiga, manifestaciones psicósomáticas, trastornos del sueño, disminución del deseo sexual, impaciencia, pérdida de la iniciativa, dificultad en la toma de decisiones, adicciones.

Estimulación lenta y monótona: Es el estrés por subestimulación, se produce por la falta de estímulo normal y fisiológico de los sentidos y del pensamiento. Se presenta por ejemplo, en el trabajo rutinario y automatizado que no permite la creatividad y el pensamiento independiente. Genera distracción, falta de atención y aumento de los accidentes de trabajo.

Condiciones laborales inadecuadas: Se refiere a las causas de estrés en los obreros no calificados, que comprenden:

- Malas condiciones de trabajo.
- Salarios bajos.
- Alimentación inadecuada e insuficiente.
- Ausencia de perspectivas de progreso.
- Pocas posibilidades de recreación.
- Inestabilidad laboral por renovación tecnológica.
- Disposición de las líneas de montaje. (Slipak,op.cit).

2.9.2 ESTRÉS DE LOS PROFESIONALES DE SALUD

Los profesionales sanitarios particularmente médicos y enfermeras experimentan un intenso estrés en sus continuas acciones terapéuticas y de cuidados. En este sentido, se mantiene que el hospital se convierte en un potente agente estresante que integra numerosos estresores muy variados y que sitúan al médico o a la enfermera ante una serie de situaciones que le exigen un esfuerzo mayor de lo habitual.

“El estrés viene definido como un proceso dinámico en el que intervienen variables del propio organismo, que interactúan entre sí, ante la apreciación de una situación como amenazante (el hospital) y la propia capacidad de afrontamiento ante tal situación” (Flórez, 1994).⁵⁴

La respuesta biológica, como es sabido, incluye una activación “hipotálamo-hipófiso-suprarrenal” con participación del sistema nervioso vegetativo y del sistema inmunitario que determina una liberación multihormonal que puede llegar a desencadenar una patología cardiovascular, digestiva, infecciosa y autoinmune.

Si examinamos detenidamente el comportamiento del médico y de la enfermera, fácilmente encontraremos rasgos de conducta del siguiente tipo.

- Sensación de urgencia del tiempo.
- Alta involucración laboral.
- Gran impaciencia o tendencia a la hostilidad interpersonal.

Obviamente no son sólo las deficientes condiciones físicas u organizacionales las que desencadenan inexorablemente el estrés en los profesionales sanitarios. Tratar con cierto tipo de usuarios, ya hemos mencionado que en algunos casos se convierte en un factor determinante particularmente tratar con la muerte y con los moribundos.⁵⁵

De esta suerte, el médico y/o la enfermera permiten el choque psicológico que se genera en su interior entre la imposibilidad para curar y la gran dificultad que tienen para cuidar, ayudar y apoyar al usuario y, probablemente, este conflicto psicológico aparece por no haber sido entrenados especialmente para ello.

Así, el estrés psicológico se define como una relación entre la persona y el medio que lo rodea, que es valorada como muy deficiente – simplemente negativa –, que excede a sus propios recursos y pone en peligro la sensación de bienestar psicofísico. Esta respuesta genérica e inespecífica del organismo se acompaña, además de sentimientos tales como la falta de ayuda, la actitud negativa y la posible pérdida de autoestima en su actuación profesional y social.⁵⁶

⁵⁴ Flórez, L. J. A. (1994); Síndrome de “Estar Quemado”, Barcelona: Edikamed; p. 12

⁵⁵ Ibidem Flórez, p. 13

⁵⁶ Ibidem Flórez, p. 14

2.9.3 ESTRÉS PROFESIONAL O SINDROME BURN-OUT

2.9.3.1 CONCEPTO Y FACTORES

“ Es el resultado de la relación que se establece entre el individuo y su trabajo, y se atribuye la causa de este síndrome a la desproporción entre los esfuerzos realizados y los resultados obtenidos, que no compensan las expectativas del profesional” (Freudenberger, 1975).

“Es el resultado de una presión emocional prolongada o repetitiva que se produce especialmente en los profesionales que utilizan en su trabajo “ la relación de ayuda” como técnica indispensable en su tarea” (Girame, 1998).⁵⁷

“Es un proceso que agota o cansa los recursos físicos y emocionales, afectando a los individuos responsables del tratamiento y/o bienestar del paciente. Involucra un deterioro en la ejecución del tratamiento, creando en los profesionales un autoconcepto negativo, actitudes negativas hacia el trabajo y pérdida del interés por los pacientes” (Padró, 1982).⁵⁸

Maslach (1982) encontró que este síndrome involucra tres factores:

- **Agotamiento emocional (AE):** Comienza cuando el profesional se involucra demasiado emocionalmente, se sobrecarga de trabajo y se siente abrumado por las demandas emocionales impuestas por otras personas. La persona se siente desgastada físicamente, sin energía para afrontar otro día y siente que ya no puede dar más de sí mismo. Para evitar este agotamiento emocional, el individuo reduce su contacto con la gente a lo mínimo requerido, distanciándose, evitando involucrarse emocionalmente, olvidándose del trato individual, manteniendo relaciones frías y distantes con los usuarios.
- **Despersonalización (DP):** Es el desarrollo de una respuesta distante, insensible e inhumana. El profesional puede volverse cínico, burlón, ignorar las demandas de los usuarios y brindar una insuficiente ayuda o cuidado. Debido a estos sentimientos y comportamientos negativos, el sujeto puede sentir angustia o culpa por la forma inhumana e insensible con que trata a los usuarios.
- **Disminución en la ejecución personal (EP):** En este momento la persona comienza a dudar de su capacidad y habilidad para ayudar a los usuarios y relacionarse con ellos; presentándose sentimientos de frustración, baja autoestima e incluso depresión.

⁵⁷ Cit. Novel, G y Martí; (1984); Enfermería Psicosocial Cap.16 p.170

⁵⁸ Cit. Franco, B.X ; Nivel de Síndrome de Agotamiento en Médicos, Enfermeras y Paramédicos Revista Mexicana de Psicología y Pediatría Vol.6 Num.34 Marzo- Abril 1999.

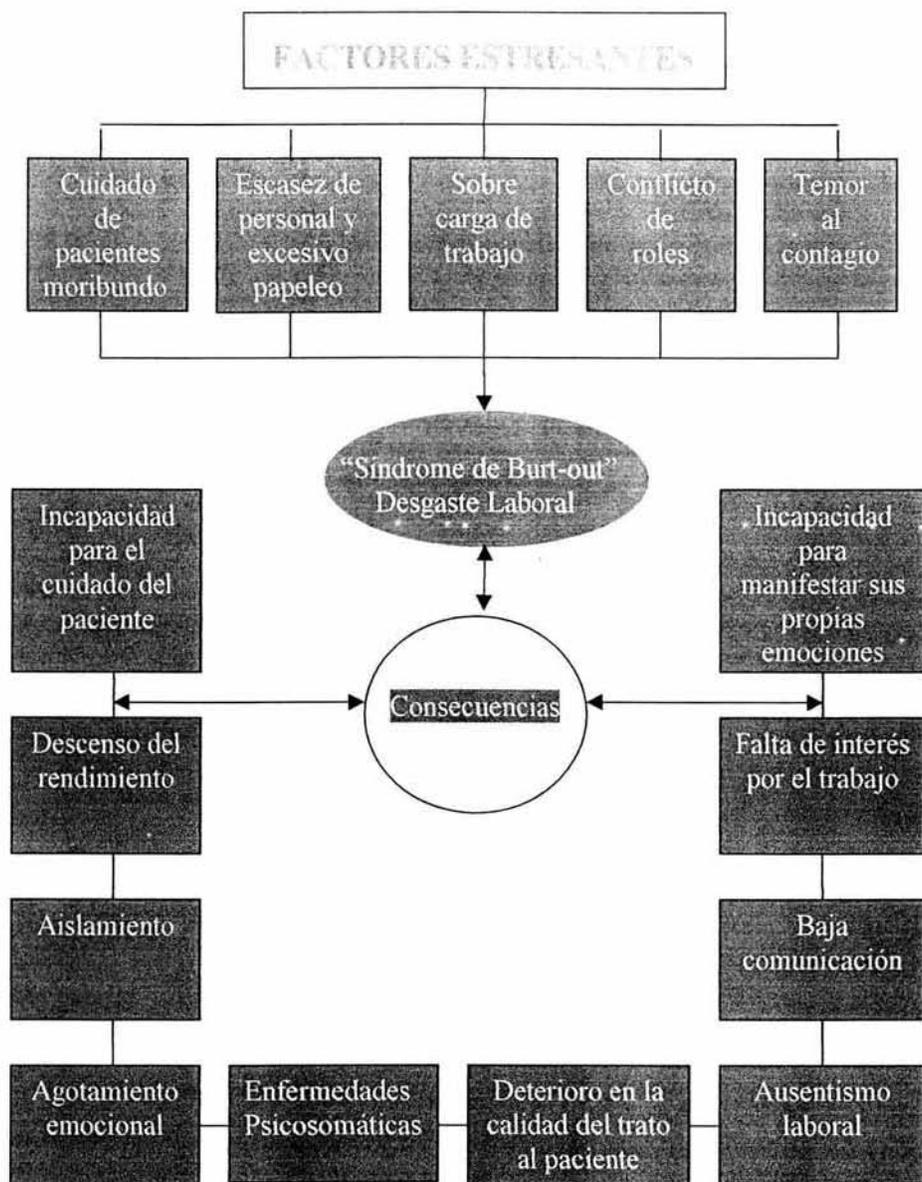


Fig 6. Situaciones consideradas estresantes por los Profesionales de Salud

2.9.3.2 ETAPAS Y SÍNTOMAS

- **Entusiasmo:** Este aspecto denota ciertas características predisponentes de la personalidad del profesional. Sin embargo, este entusiasmo aporta la energía necesaria para desarrollar una tarea difícil o emprender un nuevo proyecto.
- **Desilusión:** En esta etapa, el entusiasmo de los ideales se enfrenta a la realidad.
- **Frustración:** El profesional se encuentra insatisfecho. Aparecen sentimientos de impotencia, inseguridad y trastornos del humor.
- **Apatía:** Se produce la indiferencia acompañada de un cuadro depresivo. (Novel, op. cit)

Cabe señalar que el desarrollo del Síndrome de Burt-Out, aunque es progresivo, dinámico, por lo que no ocurre siempre en el mismo orden ni con la misma intensidad, cada persona vive este proceso de manera diferente.

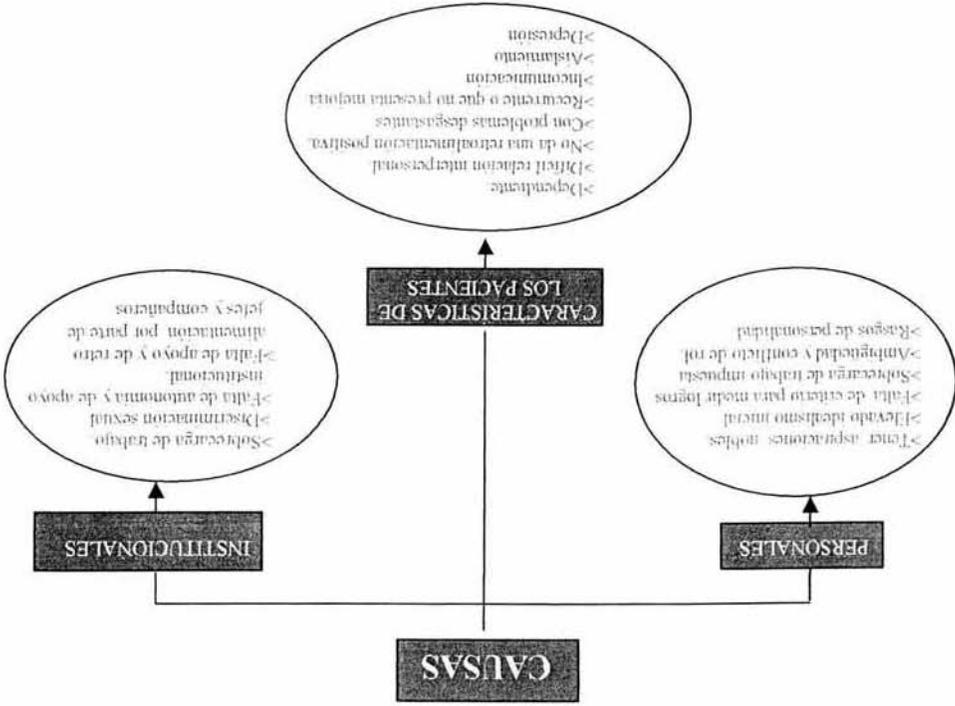
Se ha encontrado que en profesiones en que las que se requiere de un contacto con gente de manera continua y en donde frecuentemente hay una carga afectiva en la interacción entre el que presta ayuda y el ayudado, son en las que se puede desarrollar fácilmente este síndrome. Aunado a lo anterior, en relación con los tres factores del síndrome de burt-out, se ha encontrado que las mujeres tienden a presentar mayor y más intenso agotamiento emocional, mientras que los hombres son más susceptibles a la despersonalización. También se ha visto que es más elevado en las personas jóvenes, en los solteros y en los individuos que no tienen hijos. A mayor cantidad y calidad de relaciones interpersonales menor será el nivel de burt-out, y mientras más sentimientos de soledad existan el nivel se incrementará (Maslach, 1982).

Los síntomas que pueden presentarse debido a dicho síndrome varían de un sujeto a otro en cuanto a frecuencia e intensidad. Sin embargo, diversos autores han encontrado que existen tres tipos de síntomas que pueden aparecer:⁵⁹

- **Físicos:** fatiga crónica, disminución de energía, agotamiento físico, insomnio, cefaleas, dolor de cuello y espalda, susceptibilidad a infecciones, hipertensión, problemas gastrointestinales como colitis, gastritis, úlceras, trastornos de la alimentación (comer poco o en exceso), etc.
- **Psicológicos:** agotamiento emocional, baja autoestima, sentimientos de fracaso, deseos de aislamiento, ansiedad, tristeza, impaciencia, cambios de humor, desilusión, cinismo, sensación de soledad, falta de motivación, apatía, sentimientos de culpabilidad e incluso en niveles elevados puede presentarse depresión, paranoia y actos suicidas.
- **Conductuales:** uso de tranquilizantes, barbitúricos, aumentan el consumo de alcohol, cafeína, nicotina y/o alimentos, facilidad para enojarse o para llorar, disminución de la productividad, ausentismo, retrasos en la hora de llegada, adelanto a la hora de salida.

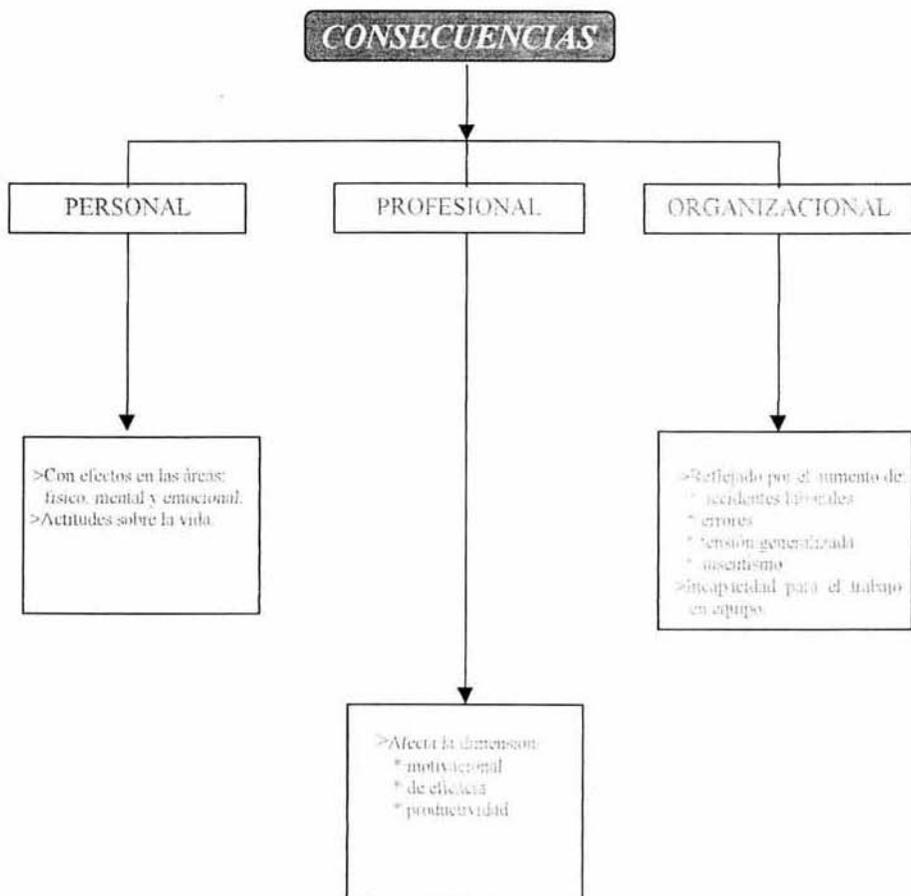
⁵⁹ Franco, B.X : Nivel de Síndrome de Agotamiento en Médicos, Enfermeras y Paramédicos. Revista Mexicana de Puericultura y Pediatría Vol.6 Num.34 Marzo- Abril 1999.

- **Prestiones ejercidas por la sociedad:** incluyen por un lado las exigencias percibidas por el individuo en cuanto a la necesidad de responder a un modelo establecido para autovalorarse. Por otro lado las presiones de la institución que incitan a producir en un ambiente donde el feedback y la gratificación, tan necesarias para el equilibrio emotivo, están ausentes. Este hecho provoca una discordancia entre esfuerzo-recompensa, generando tensiones que, acumuladas al estrés natural de la vida laboral, colocan al profesional en una situación de vulnerabilidad al burn-out, en las que se verán afectadas su salud y equilibrio emocional.
- **Las exigencias del medio laboral:** Incluyen por un lado las condiciones particulares del trabajo que conllevan un determinado estrés, tales como tareas poco gratificantes, acontecimientos desvalorizados y sobrecarga cualitativa y/o cuantitativa de trabajo. Por otro lado, deben considerarse las actitudes de la persona en su medio laboral, como actitud idealista frente a los objetivos de su trabajo, tendencia a la autosuficiencia o exceso de inseguridad y actitud excesivamente entusiasta y emprendedora cuando hay una ausencia de experiencia y/o recursos. Cuando el profesional se ve enfrentado periódicamente a su deseo de mantener una calidad y productividad en su trabajo, con unos recursos desproporcionados, el peligro de estrés aparece como evidente.
- **Los rasgos de personalidad del profesional:** Los factores que componen la personalidad del individuo (valores, creencias, deseos, entorno social, historias, etc.) tienen una parte de responsabilidad en el origen de los síntomas y del tratamiento de los efectos del problema. (Novel, op.cit).



Asimismo, desarrollar dicho síndrome puede repercutir no sólo en la vida personal del profesional, sino también en sus relaciones con amigos o familiares, en el trato y la calidad de atención brindada al paciente y en la misma institución.

Las consecuencias pueden ser muy graves, ya que la persona puede presentar diversos síntomas: *aislamiento, relaciones conflictivas, disminución de productividad, ausentismo, etc.* (Franco, op.cit).



2.9.4 ESTRÉS DE LA ENFERMERÍA

El trabajo en Hospitales ha sido considerado por muchos autores como intrínsecamente estresante, porque implica estar continuamente en contacto con el dolor, sufrimiento y con la muerte.

En el caso específico de las Enfermeras, se ha considerado que la naturaleza de algunas de sus tareas es desagradable, ya que tienen que ocuparse de aquellas actividades que otros miembros del equipo multidisciplinario no es capaz de realizar como el ocuparse del cuidado de usuarios en etapa terminal y poco dóciles; esto implica que la actividad misma de la enfermera sea fuente de estrés.⁶⁰

El personal de Enfermería asume un alto grado de responsabilidad frente al usuario, al tiempo que afronta al aspecto emocional de la relación, y todo ello en un ambiente configurado por la presencia de la tecnología. Esto determina que se vea sometido a factores de tensión derivados del propio trabajo y de su rol profesional, que llamaremos “generales”, y a factores “derivados del uso de las nuevas tecnologías”.⁶¹

A. Algunos factores productores de tensión, derivados del propio trabajo:

✿ *Cantidad de Trabajo:*

El trabajo de enfermería puede aumentar considerablemente en momentos puntuales, dando lugar a un exceso de trabajo. Por ejemplo, cuando se producen nuevas admisiones de usuarios, a los que hay que atender de forma inmediata, o cuando ingresan nuevas enfermeras, dado que éstas, con todo su saber teórico y abstracto, se encuentran absolutamente perdidas ante una situación de emergencia, sintiéndose desorientadas sin contar con la seguridad de lo que han de hacer. Tienen miedo, se encuentran agobiadas y sometidas a gran tensión, lo que hace que experimenten profundos sentimientos de angustia y ansiedad.

Ante la necesidad de una respuesta inmediata y eficaz por parte del equipo sanitario para poder salvar la vida del usuario, el personal inexperto constituye un elemento más de tensión al obstaculizar su trabajo, ya que desconocen su tarea y han de averiguarla, convirtiéndose de esta forma en un estorbo más que una ayuda.

✿ *Tiempo de Trabajo:*

Existen ciertos servicios o áreas de enfermería que requieren de atención las veinticuatro horas de cada día, lo que hace necesario que se establezcan turnos de trabajo, siendo imprescindible cubrir las bajas, lo que habitualmente se realiza con horas extras. Como consecuencia, el tiempo libre de la enfermería resulta reducido, y en ocasiones insuficientes, respecto al de otros grupos de enfermería.⁶²

✿ *Conflictos con otros grupos profesionales:*

Particularmente con los médicos, que hace que en ocasiones las enfermeras se vean sometidas a una presión doble. Por una parte las demandas del usuario, y por la otra la obligación de consultar al médico.

⁶⁰ Lartigue.T; Fernández.V (1998) *Enfermería: Una profesión de alto riesgo*; México :Plaza y Valdés:p. 206

⁶¹ Frias, A.R.:(1995) *El Stress en las U.C.I.* MADRID:COFAS; p. 63

⁶² *Ibidem* Frias, p. 64

☼ *La responsabilidad adicional y el incremento de trabajo que supone enseñar a los estudiantes de enfermería en prácticas y supervisar el trabajo de los nuevos:*

Esta situación se agrava cuando en algún turno existe una falta de personal con experiencia y el trabajo queda en manos de los menos expertos.

Unido a lo anterior, una falta de planificación del trabajo por inexperiencia hace que se sientan inseguros ante la necesidad de tomar decisiones, lo que genera excesiva tensión.

B. Factores generadores de tensión derivados del uso de la tecnología:

☼ *Esfuerzo mental:*

Aunque el uso de la tecnología puede reducir aparentemente la necesidad de una vigilancia constante. En el caso de las áreas de atención de veinticuatro horas, si bien la máquina controla permanentemente a los usuarios hay que atender e interpretar continuamente las señales que emiten los monitores y que dan cuenta de su estado, además de administrarle los cuidados y atención que precise.

☼ *Deficiencias en el diseño y funcionamiento de los equipos tecnológicos:*

Los monitores emiten falsas alarmas y esto resulta especialmente angustiante cuando no es fácil detectar si la alarma es veras, es decir, si responde a una alteración del estado del usuario o por el contrario responde a un fallo de la propia máquina.

☼ *Falta de aprendizaje adecuado:*

Generalmente comienzan a utilizar los equipos a partir de las explicaciones de la casa instaladora; como consecuencia, se da una falta de entrenamiento previo a su utilización en el trabajo, convirtiéndose la tecnología en otro factor productor de tensión en la medida en que han de afrontar su utilización sin los conocimientos y experiencias necesarios.⁶³

☼ *Responsabilidad:*

Un error con el equipo por desatención temporal, confusión, desorientación, etc. Puede tener consecuencias irreversibles para el usuario. Esto da lugar a que se vea incrementado el peso de su responsabilidad en el trabajo, que se traduce en responsabilidad ante la incertidumbre de muerte.

☼ *Cuestiones Éticas:*

Aunque los médicos tiene la responsabilidad formal y el primer objetivo de las enfermeras es mantener la vida del usuario. En ocasiones se plantea el problema "cuál será la situación futura para la que mantienen con vida a un usuario". Por otra parte, cuando los medios tecnológicos son escasos se plantea el problema de las prioridades para utilizarlos en un paciente u otro.

Por una parte, se experimenta un alto grado de responsabilidad y dependencia en el desarrollo del trabajo, pero por otra se trata de trabajo comprometido que, en alguna medida, es valorado positivamente por la sociedad y sobre todo por el usuario, que en general muestra agradecimiento. Además, el trabajo en estas áreas ofrece a las enfermeras la oportunidad de poner en práctica todas sus habilidades tanto manuales como humanas e intelectuales.⁶⁴

⁶³ *Ibidem* Frías, p. 65

⁶⁴ *Ibidem* Frías, p. 66

También se ha reportado como factor estresante, de gran relevancia entre las enfermeras, la falta de retroalimentación positiva o constructiva de parte de sus superiores. Lo habitual es la descalificación o la ausencia de cualquier retroalimentación.

Además de las fuentes de estrés derivadas de la naturaleza de su trabajo y de las específicas de la organización en la que laboran, existen otras fuentes de estrés para las enfermeras. Como mujeres, las enfermeras comparten una serie de condiciones estresantes que caracterizan a la población trabajadora del sexo femenino. Estas condiciones son de diferentes tipos, las propiamente laborales son: menores sueldos, prestaciones muy limitadas o inexistentes, puestos de menor categoría, prejuicios y discriminación en ascensos, contrataciones y acceso a programas de capacitación.

Otro tipo de condiciones estresantes son las relacionadas con el lugar asignado socialmente a la mujer entreteje sus relaciones con el hombre y con la autoridad como: hostigamiento sexual, problemática inconsciente relativa a cuestiones de género que llevan a la reproducción y perpetuación de la opresión y subordinación de la mujer, rechazo por posibles embarazos, no otorgamiento de incapacidad por pérdidas perinatales.⁶⁵

También están aquellas condiciones relativas al desempeño de papeles múltiples que generan tensiones al multiplicarse las demandas y obligaciones en los ámbitos laboral y familiar. El papel de madre representa en sí mismo una fuente de estrés considerable, sobre todo cuando hay hijos pequeños en el hogar, y a esto hay que añadir la preocupación por el cuidado adecuado de los hijos en su ausencia.

Se ha planteado sin embargo, que el conflicto entre papeles en el hogar y en el trabajo es menor cuando el estatus laboral de la mujer es congruente con sus creencias respecto a los papeles de la mujer; incluso, si existe esa congruencia se pueden generar beneficios psicológicos del trabajo.

Por el contrario, se presenta mayor conflicto entre esos papeles cuando la mujer otorga al hogar y a la familia el primer lugar.⁶⁶

Existen diversos modelos interpretativos que tratan de explicar la relación entre el estrés y las consecuencias o efecto que tiene sobre los profesionales. Pero recordemos la secuencia del estrés que tiene una respuesta y una consecuencia:

- *Estresores*: factores activadores y determinantes (internos o externos), capaces de cambiar el estado presente de un individuo y producir notables reacciones físicas y/o psicosociales.

- *Reacciones*: Respuestas individuales biológicas o psicosociales ante un estresor.

- *Consecuencias*: Secuelas de las reacciones, pueden ser biológicas, psicológicas, sociales; positivas o negativas.

- *Mediadores*: Características personales o ambientales que modifican la secuencia estrés-reacción-consecuencia. Pueden servir como protección en cada paso del proceso.⁶⁷

El estrés es inherente a la Enfermería ya que es multicausal y surge a través de los intercambios de la persona con el ambiente. Es en esa relación individual donde los mismos estímulos pueden tener una respuesta positiva o negativa. Lo que para una enfermera(o) es sinónimo de estrés: ser nueva en una unidad, la autonomía, tecnología, etc; puede ser entendida por otra como una fuente de desarrollo profesional.

⁶⁵ Lartigue, T; Fernández, V (1998); *Enfermería: una profesión de alto riesgo*. México, Plaza y Valdez, p.206

⁶⁶ *Ibidem* Lartigue, p. 207-208

⁶⁷ López, I.E. (1994); *Enfermería en cuidados paliativos*. Madrid: Panamericana p.264

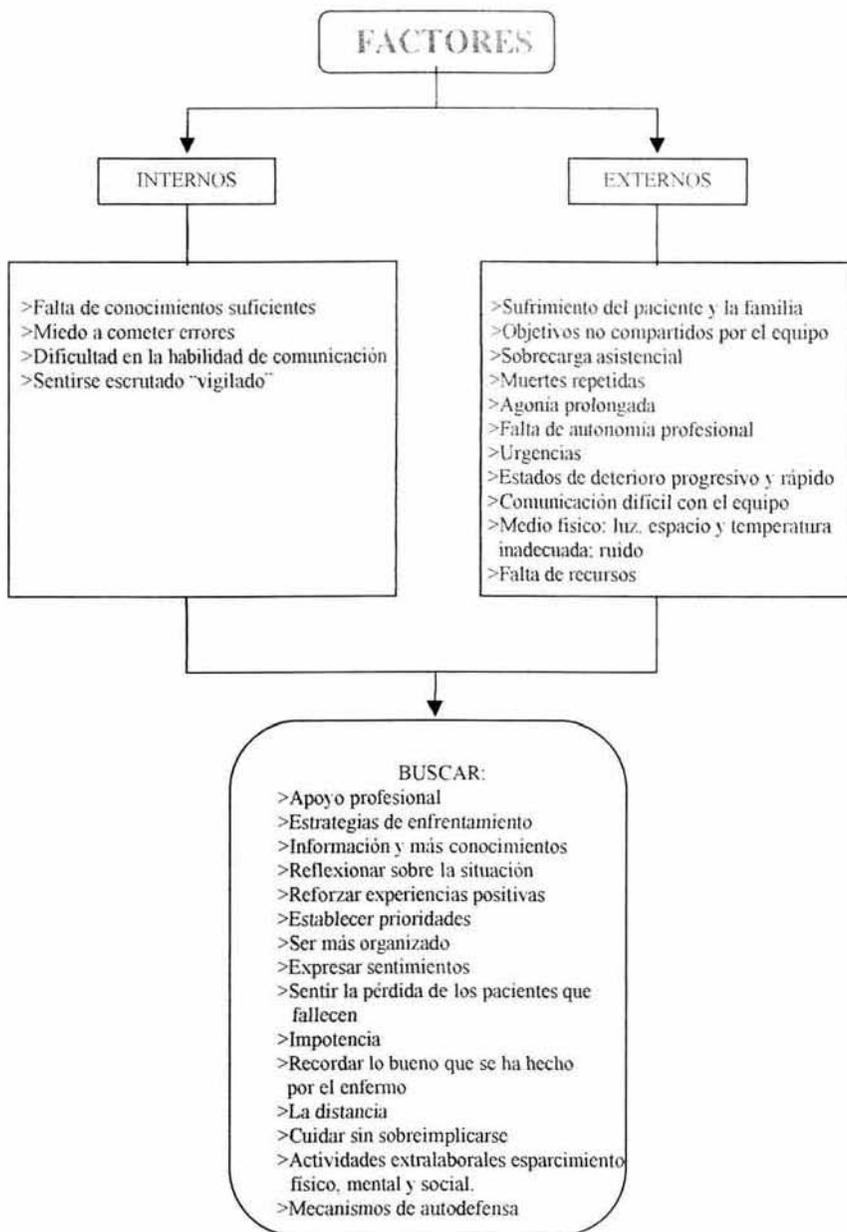


Fig. 7. Estresores internos, externos y consecuencias

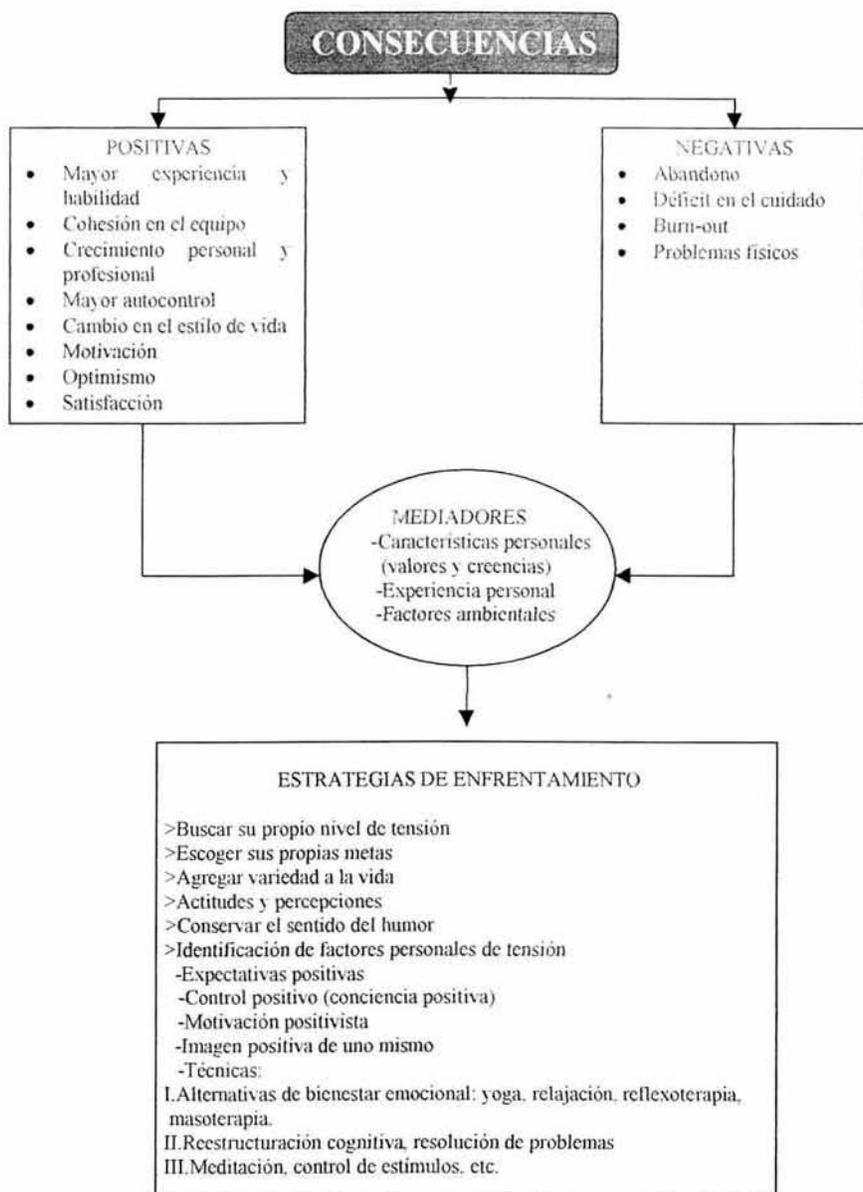


Fig. 8. Consecuencias positivas y negativas

2.9.5 PERSPECTIVA DE GÉNERO EN ENFERMERÍA

La importancia del concepto de género y de la perspectiva de género radica en que no solamente son herramientas para la investigación social, sino que a partir de su utilización en la vida cotidiana pueden influir tanto en los estilos de vida particulares, como en las formas de organización de cualquier grupo humano, llámese familia, escuela, amistades, trabajo, instituciones religiosas y gubernamentales.

La perspectiva de género es una manera de ver el mundo y las relaciones entre las personas y es también una forma de cambiar a la sociedad hacia relaciones más armónicas entre hombres y mujeres.

La determinación de roles en función del sexo ha provocado también que ciertas profesiones se establezcan como exclusivas de hombres y otras de mujeres, siendo las de éstas últimas una prolongación de las tareas del hogar, que además suelen ser las peor remuneradas y las de menor reconocimiento social, tal es el caso de la *enfermería*. Por el contrario, tradicionalmente han sido consideradas como profesiones masculinas la ingeniería, la medicina, las leyes, los deportes, la arquitectura y las artes, entre otras, que son profesiones que gozan de prestigio social.

El establecimiento de dos mundos separados entre hombres y mujeres, condicionan los papeles y limita las potencialidades humanas, al estimular o reprimir los comportamientos en función de su adecuación al género.⁶⁸

A principios de la década de los años ochenta, los conceptos de sexo y género se empleaban indistintamente en las ciencias sociales. Sin embargo en la época actual se utilizan los siguientes conceptos:

Sexo: "hace referencia exclusivamente a las características biológicas determinadas y relativamente invariables de hombres y mujeres".⁶⁹

Género: "Es un conjunto de ideas, creencias, prácticas, símbolos, representaciones, normas, valores y atribuciones sociales construidas en cada cultura tomando como base la diferencia sexual" (DIF-UNICEF, 1998).⁷⁰

Perspectiva de Género: "Herramienta de análisis que nos permite identificar las diferencias entre hombres y mujeres para establecer acciones tendientes a promover situaciones de equidad" (Revista Pronam, 1998).⁷¹

Equidad: "Significa reconocer las necesidades específicas de hombres y mujeres, para lograr la igualdad de oportunidades" (Aldaz, 2003).⁷²

⁶⁸ Caminos hacia la equidad (2002); <http://www.is-jovenes.com>

⁶⁹ Consejo municipal de participación de la mujer(2000):mujeres@leonvirtual.com

⁷⁰ La perspectiva de género: una herramienta para construir equidad; (1998) DIF-UNICEF, 2ª ed: V Reunión de Investigación de Enfermería para el desarrollo humano y profesional; México 2003.

⁷¹ Glosario de Términos básicos sobre género(2000) Revista Pronam.

⁷² Aldaz, V.E (2003):Taller: Capacitación en género y salud, V Reunión de Investigación de Enfermería para el desarrollo humano y profesional; México. ealdazv@prodigy.net.mx

El uso de la perspectiva de género nos permitirá:

- Entender de manera nueva los viejos problemas.
- Ubicar los problemas en esferas diferentes. Comprendemos que existe una asimetría fundamental entre los géneros, asimetría que se concreta en uso y utilización del poder. Entender que esta situación es un hecho cultural, por tanto puede y debe ser cambiado.
- Sacar del terreno biológico lo que determina la diferencia entre los sexos y colocarlos en el terreno simbólico, es decir el llorar, el ser maternal, el proveer, no son biológicos, son valores asignados (simbólicos) a los sexos.
- Determinar con mayor precisión y claridad cómo la diferencia cobra la dimensión de desigualdad, hasta concretar la asimetría fundamental, o sea, que todos los hombres en conjunto son quienes ejercen el poder sobre las mujeres, como grupo social. (Revista Pronam, 2000)⁷³
- Que las políticas, programas y acciones estén encaminados a lograr el acceso en igualdad de condiciones de mujeres y hombres a la educación, salud, trabajo y la política.
- Eliminar los mecanismos y las prácticas que reproducen la discriminación social y cultural hacia las mujeres. (Aldaz, op.cit)

A lo largo de la historia de la humanidad, han existido pocos momentos en los que se ha generado un interés que favorezca el desarrollo y la promoción de la mujer, ya que sido relegada a un plano secundario, no protagónico, regida por las reglas impuestas por el sexo opuesto.⁷⁴

Aunque cabe distinguir las diversas maneras en se emplea la categoría género / sexo:

***Postura individualista**, en esta postura se considera que el género es sexo; viene influenciado por un patriarcado; es una identidad individual en donde se cumplen roles o papeles de género.

***Postura holística**, distingue tres perspectivas teóricas.

1ª relaciones sociales de sexo: privilegia la división social del trabajo como motor de la desigualdad.

2ª concibe al género como un sistema jerarquizado de estatus o prestigio social, dando el mayor peso a la socialización como aprendizaje de papeles que se repiten a lo largo de la vida.

3ª concibe los sistemas de género como sistemas de poder, resultando de un conflicto social.

⁷³ Caminos hacia la equidad (2002):[http:// www.is-jovenes.com](http://www.is-jovenes.com)

⁷⁴ Camacho, S.J.I (2001); Los derechos de la mujer y los retos en el mercado laboral; México, Universidad Autónoma de Chiapas, Campus I

*Postura intermedia, define el género como una red de creencias, rasgos de la personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian al hombre de la mujer mediante un proceso de construcción social que tiene una serie de aspectos distintivos.⁷⁵

Retomando la postura holística se considera que es la que abre más probabilidades para el análisis de los géneros en América Latina ya que son sociedades de dominación masculina, a lo que se deriva algunas consecuencias metodológicas en el que existen mujeres y hombres en diferentes situaciones sociales y culturales:⁷⁶

- a) La etapa del ciclo vital en que se encuentran, a partir del conocimiento de la etapa en que las mujeres y los hombres gozan de la plenitud de la capacidad de reproducirse, se pueden captar elementos claves de las relaciones prevalecientes en los sistemas sexo/género, de las maneras en que se ejerce el poder y de las representaciones imaginarias que lo justifican.
- b) La organización de la vida familiar y doméstica, espacio privilegiado de las mujeres e identificado en nuestras sociedades como el lugar de la subordinación femenina, distinguiéndose así las diferentes posiciones que ocupan hombres y mujeres y que cumplen a lo largo del ciclo de vida de las unidades domésticas y las familias.
- c) El contexto de las condiciones económicas diversidades y particularidades regionales y locales.
- d) El contexto étnico-cultural, bajo el supuesto de que los géneros se construyen de manera distinta en cada uno de ellos; es importante deslindar el conflicto étnico del de clase.

Por otra parte, la perspectiva de género desde lo teórico y lo empírico remite a analizar:⁷⁷

- a) Los sistemas de parentesco, es decir las normas y formas del matrimonio, la filiación y la herencia.
- b) La división social del trabajo según los géneros en los ámbitos domésticos, en el mercado de trabajo y en otras esferas de la sociabilidad.
- c) Que si es un sistema de poder, remite a las maneras cómo se estructura y ejerce en los espacios reconocidos del mismo, requiere dirigir la mirada a las definiciones de persona y ciudadanía, a las formas y contenidos de la participación.
- d) La subjetividad de los distintos actores del sistema y las formas como se estructura el psiquismo y se constituyen los sujetos y objetos del deseo a lo que se podría añadir el nivel de la organización de la personalidad tanto individual como social.

⁷⁵ De Barbieri, T (1992); Sobre la categoría género. Una introducción teórico metodológica. Revista Internacional de Sociología VI 2-3 2ª época.

⁷⁶ Lartigue, B.T; Fernández, G.V (1998); Enfermería: Una profesión de alto riesgo: México, Plaza y Valdés p. 110

⁷⁷ *Ibidem* Lartigue, p. 111

En la misma línea, pensar y tratar de comprender la sociedad dividida en géneros tiene también consecuencias:⁷⁸

- a) Recoger y analizar la información a partir de la variable sexo.
- b) Estudiar los ámbitos sociales donde interactúan las personas en función de géneros distintos, los espacios de evidente predominio y exclusividad de cada uno de ellos, pero también aquellas esferas de la sociedad aparentemente neutras.
- c) Se requiere identificar las colas de las distribuciones esas zonas oscuras y límites de la sociabilidad.
- d) En virtud de que el poder produce verdades, disciplina y orden, pero siempre está en peligro y amenazado de perderse, es importante tomar en cuenta que los lugares de control sobre las mujeres son también espacios de poder de las mujeres: el reproductivo, el acceso al cuerpo y la seducción, la organización de la vida doméstica, por lo que se vuelven espacios contradictorios, inseguros, siempre en tensión.
- e) El género al ser una forma de la desigualdad social, de las distancias y jerarquías, si bien tiene una dinámica propia, está articulado con otras formas de la desigualdad, distancias y jerarquías sociales; asimismo interceptar y articular no sólo las distancias de clase y de género, sino las étnicas, raciales y de generación.⁷⁹

Aún cuando la igualdad entre hombres y mujeres esté contemplada en el Artículo 4º de la Constitución Mexicana, es necesario reconocer que una sociedad desigual tiende a repetir la desigualdad en todas sus instituciones.

Como producto de la situación económica y social, cada vez más, las mujeres se han incorporado al mercado laboral en donde también se refleja desigualdad e injusticia para ellas. En países como el nuestro, hoy existe la división entre trabajo “femenino” y “masculino” y en este ámbito se interrelacionan la segregación ocupacional, la discriminación en las percepciones salariales, en muchos casos el hostigamiento sexual y una sobrecarga de exigencias tanto en el trabajo como en el hogar.⁸⁰

Durante la celebración del Año Internacional de la Mujer, por la Organización de las Naciones Unidas (1975), se manifestó de manera pública la existencia de un movimiento feminista mexicano, en el cual se demanda: una mejor condición dentro de la sociedad; es decir, derecho a la educación, a la maternidad, divorcios con equilibrio, derecho al aborto, penalización al hostigamiento sexual, entre otros.⁸¹

Gozar de estos derechos legales y sociales para obtener acceso a los medios necesarios para la superación personal, significa integrarse al proceso de desarrollo de un país, sin dejar atrás el grado de participación que la mujer tenga en el ámbito cultural tradicional.

⁷⁸ Ibidem Lartigue; p. 112

⁷⁹ Ibidem Lartigue, p. 113

⁸⁰ Consejo municipal de participación de la mujer(2000):mujeres@leonvirtual.com

⁸¹ Camacho, S.J.I (2001):Los derechos de la mujer y los retos en el mercado laboral: México, Universidad Autónoma de Chiapas, Campus I

Hacia los años noventas, en estudios del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), se aprecia lo siguiente:

- a) En cuanto al nivel de ingresos es notoria su menor percepción con respecto al hombre.
- b) Una vez empleada, goza de mayores prestaciones.
- c) Las cifras muestran que el nivel de instrucción femenino está a la par del masculino, ayudando a reducir la brecha profesional, punto de partida para la equidad de oportunidades.
- d) En cuanto a su posición en el trabajo, hay mayores asalariadas entre mujeres, mientras que los hombres las superan en el rubro de trabajador independiente y empleadores.

Así para 1998 la tasa de participación femenina en el trabajo llega al 39%; el cambio está dado, se pasa del concepto de emancipación, basado en la igualdad entre los sexos, al de liberación, que implica el derecho a ser diferente.

Al tratar de exponer la cultura de la mujer mexicana, en donde el machismo gobierna la sociedad, se le atribuyen vocablos como dócil, abnegada, sufrida, pasiva, buena y dependiente, con un rol meramente procreador; las representaciones sobre el papel de la mujer son reales pero también míticas, se cree que la mujer debe reunir ciertas características, por el simple hecho de ser mujer. La realidad está en:

1. El reconocimiento de que las mujeres sí comparten una situación opresiva en la sociedad, pero varía su intensidad de acuerdo a la esfera social en cuestión.
2. Las desigualdades sociales entre hombres y mujeres no están biológicamente determinadas sino socialmente construidas.

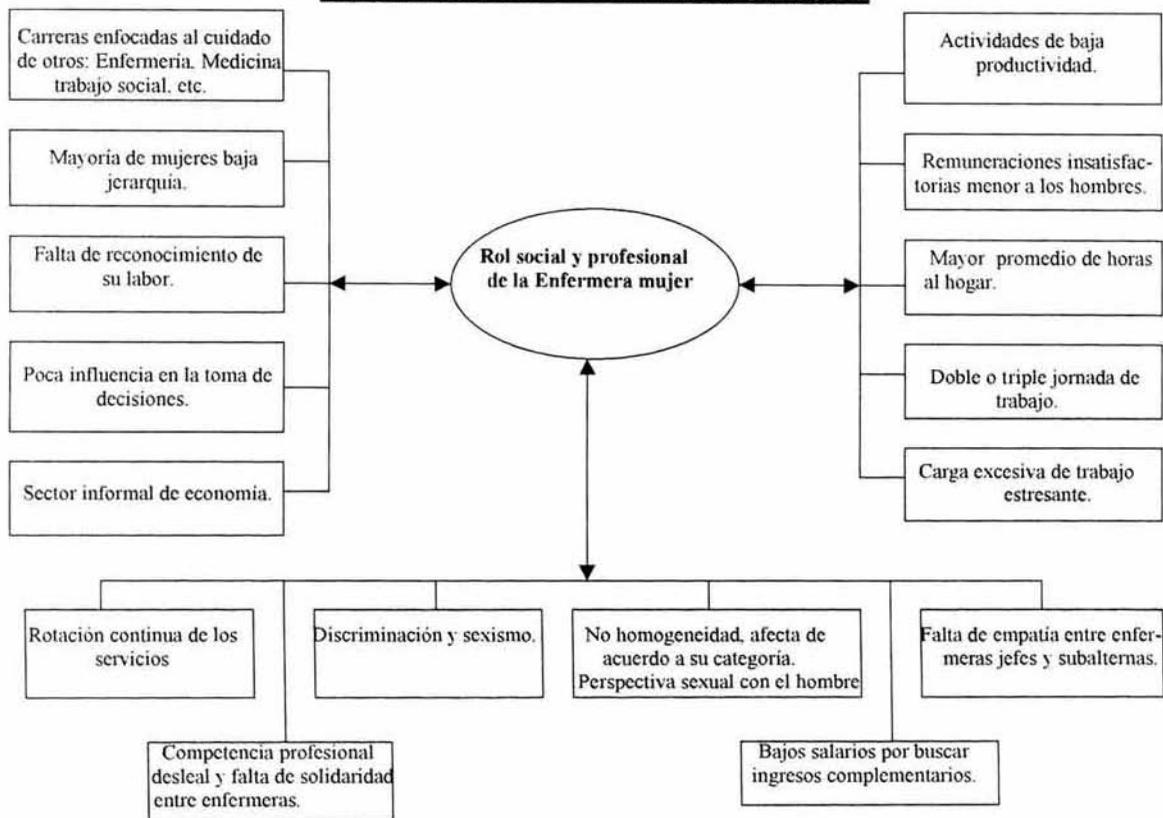
Hoy el mundo de la mujer se ha ampliado infinitamente: la casa ha dejado de ser su único lugar; en su búsqueda de nuevos horizontes, no ha abandonado sus orígenes y sus valores ni ha cambiado de escenario, simplemente multiplicó sus roles de esposa, madre, hija, profesionista, deportista, política, etc.

La batalla más grande a la que se tiene que enfrentar la mujer es a la de poder integrar los dos mundos que rodean su entorno: el familiar y el laboral; por lo que debe buscar el equilibrio que le permita cumplir adecuadamente con ambas partes, aprovechando las oportunidades que se le presenten y llevando a cabo su estilo de liderazgo peculiar; el auge que ha venido dando la actividad económica femenina ha generado un nuevo, natural y propio estilo de liderazgo, llamado humanista consensual, propio, más no exclusivo de la mujer, en el cual se valora que sabe escuchar, propicia apertura, genera consenso en equipo, rechaza la dirección autoritaria, es más humana y flexible, el ambiente laboral cambiante no se puede enfrentar con un estilo homogéneo de liderazgo femenino, como complemento, se debe convertir en un punto clave y obligatorio para toda organización.

No es casualidad que la mujer sea complemento del hombre exclusivamente en el matrimonio, el hombre y la mujer son y serán complementos recíprocos en gran parte de las actividades que desempeña la humanidad, pero si hablamos de complementos, éstos se logran solamente cuando tanto el hombre como la mujer, conserven su propia naturaleza y la sepan explotar.⁸²

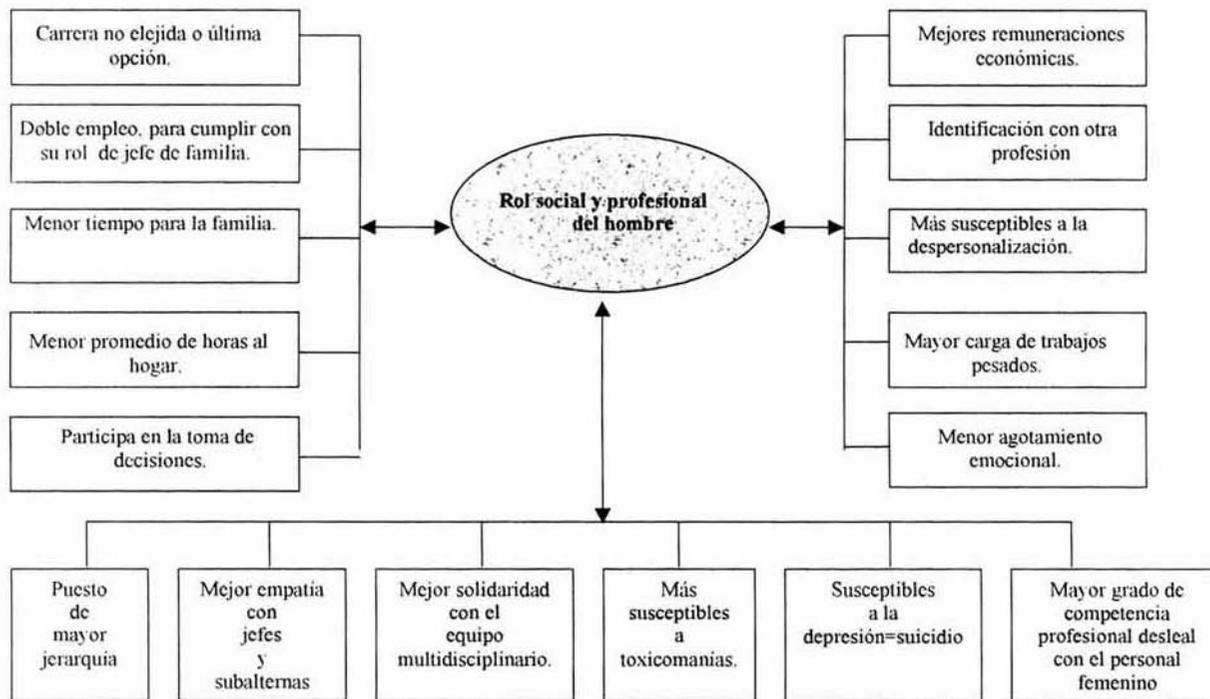
⁸² Camacho, S.J.I (2001): *Los derechos de la mujer y los retos en el mercado laboral*: México. Universidad Autónoma de Chiapas. Campus I

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO LABORAL



Fuente: Rico, B (2003): Enfermería una perspectiva de género. Programa Mujer y Salud (PROMSA); V Reunión de Investigación de Enfermería para el Desarrollo Humano y Profesional. México.D.F.

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO LABORAL



NOTA: Se considera que estos son algunos de los roles del Profesional de Enfermería Hombre con relación a la Perspectiva de Género, sin embargo, es un evento que tiene que investigarse.

III. FUNDAMENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Después de la revisión y análisis de los puntos que integran el marco teórico sobre los mecanismos de defensa que se producen en el organismo ante el estrés, surge el deseo de investigar y conocer cuáles son los factores biológicos, psicológicos y sociales que condicionan estrés en el personal de Enfermería que labora en áreas de alto riesgo (urgencias, unidad toco-quirúrgica, unidad de cuidados intensivos y neonatología) de un hospital de segundo nivel de atención del sector salud en la Delegación Miguel Hidalgo. Estos servicios están relacionados con una alta demanda de atención de las pacientes gineco-obstétricas y un índice de complicaciones como son: preeclampsia y eclampsia entre las más frecuentes.

Se considera la hospitalización como una experiencia negativa o generadora de tensión emocional por lo siguiente:

- ❖ Eficiencia del hospital. La aprensión del paciente implica la presencia de una enfermedad demasiado seria, la gravedad es un hecho incuestionable y la perspectiva de la muerte se hace más real.
- ❖ El diseño del ambiente, horarios, rutinas y técnicas precisas para el trabajo profesional del sistema de salud, originan dependencia por todas las comodidades brindadas. El paciente hospitalizado debe aceptar el ambiente tal y como es y, es ésta falta de control sobre aspectos más elementales de su vida diaria lo que puede constituir un importante factor de incomodidad en la atención.
- ❖ Los reglamentos institucionales proscriben las iniciativas y tienden a un carácter despersonalizador y homogéneo de la vida.
- ❖ El ingreso al ambiente hospitalario extraño puede tener efectos muy agudos muy intensos en niños y ancianos.
- ❖ Los cuidados potencialmente negativos originados por el medio ambiente son particularmente importantes en situaciones especiales como por ejemplo: en unidades de aislamiento, cuidados intensivos, cámaras estériles, en ellas a la extrañeza se suman otros factores tales como la privación sensorial, la comunicación con sus seres queridos y las relaciones interpersonales muy pobres que debilitan los vínculos afectivos, amistosos, escolares, laborales, etc.
- ❖ Muchos de los procedimientos de exploración, que son habituales y rutinarios para los profesionales del equipo de salud, constituyen para el paciente experiencias nuevas generadoras de ansiedad y, tanto más cuando se ignora cuáles son sus fines y cuáles sus efectos.

- ☛ La visita del equipo profesional puede implicar para el paciente recibir información para lo cual no está preparado. Los tecnicismos no sirven para él, está pendiente de todo lo que se diga que pueda tener una relación con él o con su padecimiento. Capta con mucha rapidez el sentido de la información y a menudo de forma muy catastrófica. Se alarma por comentarios que en realidad se refieren a otros pacientes, se desconcierta por controversias y discusiones entre médicos sobre alternativas diagnósticas y terapéuticas, así como de comentarios formulados con el propósito de formación al médico internista y que él puede interpretar como recriminaciones por su incompetencia.
- ☛ Incremento de cuadros depresivos, y enfermedades psicosomáticas en pacientes con padecimientos crónicos, irreversibles o degenerativos.

Desde tiempo atrás al ambiente hospitalario se ha caracterizado por la ansiedad y bloqueo de la comunicación, de tal forma que una situación de tensión, personal que se agudiza por muchos años de trabajo en el mismo servicio, problemas institucionales persistentes, un alto nivel de desarrollo de habilidades técnicas e intelectuales dirigidas al conocimiento y utilización de la tecnología, un alto grado de responsabilidad frente a los usuarios (as), su familia y la tecnología; aunado a que debe saber trabajar en equipo, mantener buenas relaciones interpersonales con todo el equipo multidisciplinario, la sobrecarga de trabajo, matizados por los conflictos de la vida diaria, familiares y personales, hará que la válvula se dispare frente a los detonadores diarios más frecuentes.

El personal que desempeña su trabajo en dichas unidades es el personal de enfermería que se encuentra en relación permanente y directa con el paciente, y en contacto frecuente con el deterioro que representa el dolor, el sufrimiento y la amenaza permanente de la muerte. Concluimos que: *A mayor contacto con el deterioro y con la muerte, mayor grado de ansiedad en el personal de enfermería.*

La profesión de enfermería está integrada en su mayoría por el sexo femenino y por lo tanto tiene que jugar diversos roles que debe conciliar internamente, para sentirse completa y satisfecha en sus respectivas relaciones y en una situación ideal, como persona en proceso continuo de desarrollo personal y profesional.

La dificultad que enfrenta el personal de enfermería para aceptar cambios encaminados a acceder a un nivel de capacitación superior, o aceptar mayores obligaciones de trabajo, es debido al tiempo que requieren, ya que es difícil la decisión porque debe equilibrarse el tiempo para su desarrollo, con el trabajo, la familia, el ser mujer, pareja, esposa, madre e hija, las diversiones y la atención a sí mismas. El hombre cada día se integra más a esta profesión e igualmente debe cumplir con su rol como sustento del hogar, jefe de familia, profesionista, padre y esposo.

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como se a mencionado el personal de enfermería cumple un papel vital e importante dentro de cualquier equipo multidisciplinario en el área de la salud de toda sociedad. Por tal motivo se enfrenta a emociones que le producen angustia y ansiedad provocándole estrés y por ello afectan su esfera biológica, psicológica y social.

El modelo sobre el estrés profesional (Cooper C.L 1986) es el más idóneo puesto que describe la relación entre las fuentes de estrés en el área profesional de la salud y las características individuales que se reflejan en la personalidad y generan síntomas en la salud y en la organización. (Ver cuadro 1 p.12).

Por esta razón es importante detectar y analizar los principales estresores a los que se ve sometido este profesionista. Por tal motivo se realizo esta investigación de tipo descriptivo, observacional, de campo, transversal y prospectiva.

Para tal efecto la pregunta que guía la investigación fue: *¿Cuáles son aquellos factores estresantes del personal de enfermería que labora en las áreas: Unidad Toco-quirúrgica, Urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología, que le llevan a un desequilibrio biopsicosocial?*

3.2 OBJETIVOS

- ✓ Conocer , detectar y analizar los factores que ocasionan estrés en el personal de enfermería que labora en estas áreas consideradas de alto riesgo, mediante la aplicación de un instrumento para tal la fin.
- ✓ Evaluar los resultados obtenidos y crear mecanismos de intervención para el control y prevención del estrés.
- ✓ Proponer alternativas de solución para mejorar sus habilidades de enfrentamiento ante el estrés, que repercutan en el cuidado emocional de los pacientes a su servicio.

IV. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO

- Sujetos:
130 enfermeras
1 asesor
2 pasantes

- Criterios de Inclusión:

Personal que labora en los servicios de Urgencias, Unidad Tocoquirúrgica, Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología.

- Criterios de Exclusión:

Personal que no labora en estos servicios.
Cuestionarios incompletos.

- Escenario:

Un Hospital de segundo nivel ubicado en la delegación Miguel Hidalgo de la Ciudad de México. Especializado en la atención gineco-obstétrica; en los servicios de Urgencias, Unidad Tocoquirúrgica, Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología en los turnos matutino, vespertino, nocturno y mixto.

- Material e instrumentos utilizados:

Un instrumento de 95 reactivos con preguntas cerradas para una mayor facilidad de tabulación, interpretación y análisis de los resultados obtenidos. Compuesto por cinco rubros: I. Datos personales, II. Ambiente laboral, III. Área física, material y equipo, IV. Ambiente familiar, V. Actividades de descanso, esparcimiento e higiene mental. Con algunas respuestas alternativas a preguntas cerradas para determinar en que medida cada situación representa una fuente de estrés, tensión o irritabilidad en su trabajo actual. (ver anexo # 1)

- Recursos:

Materiales: hojas, plumas, lápices, engrapadora, grapas, marcadores, folders, fotocopias, engargolados.

Tecnológicos: computadora, diskets, impresora, escáner.

Financieros: Solventados por los pasantes.

4.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Es una investigación **descriptiva** que solo pretende conocer el evento o situación de un grupo de personas, **de campo** investigación directa que se efectúa en el lugar y tiempo en que ocurren los fenómenos objeto de estudio, **transversal** la medición de variables se realiza en una sola ocasión, **observacional** porque no se manipulan variables y solo se medirá el evento en frecuencias y porcentajes, y **prospectivo** ya que la información necesaria para el estudio se obtuvo con anterioridad a su planeación.

4.3 PROCEDIMIENTO

La investigación se dividió en tres fases: planeación, procesamiento de datos y evaluación.

4.3.1 Planeación.

Las actividades planeadas en esta fase fueron:

- Observación directa de los pasantes hacia el personal de enfermería que labora en dicha Institución para seleccionar las unidades y/o servicios a estudiar.
- Recopilación de información referente al tema.
- Selección de información para elaboración de marco teórico conceptual.
- Elaboración del anteproyecto de Investigación para su aprobación ante el Comité Académico de Carrera.
- Autorización del Proyecto.
- Elaboración del Instrumento a aplicar.
- Piloteo del instrumento con 20 enfermeras de dicha Institución en los servicios de: Puerperio complicado, Alojamiento conjunto y Oncología para verificar la efectividad y calidad del instrumento. Esto permitió realizar los ajustes necesarios en torno al diseño para que la investigación se realizara posteriormente.

4.3.2 Procesamiento de datos.

- Aplicación del instrumento.
- Recolección de datos para análisis de los resultados.
- Tabulación de los datos por medio de frecuencias y porcentajes.
- Discusión de los resultados.

4.3.3 Evaluación.

- Propuestas de intervención.
- Conclusiones.

V. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

I. DATOS PERSONALES

SERVICIO Cuadro No.1

INDICADORES	F.	%
Unidad Tocoquirúrgica	54	42
Neonatología	51	39
Unidad de Cuidados Intensivos	16	12
Urgencias	9	7
TOTAL	130	100

Figura No.1

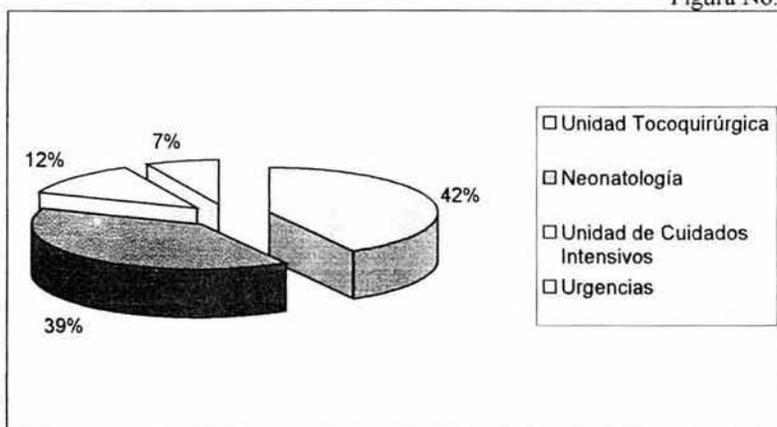


Figura 1. Del total de la muestra el mayor índice de personal de Enfermería lo ocupa la Unidad Toco-quirúrgica seguida de los servicios de Neonatología, Unidad de Cuidados Intensivos y Urgencias .

EDAD Cuadro No.2

INDICADORES	F.	%
< - 20	4	3
21 - 25	21	16
26 - 30	28	22
31 - 35	28	22
36 - 40	13	10
41 - 45	16	12
46 - 50	13	10
51 - >	7	5
TOTAL	130	100

Figura No.2

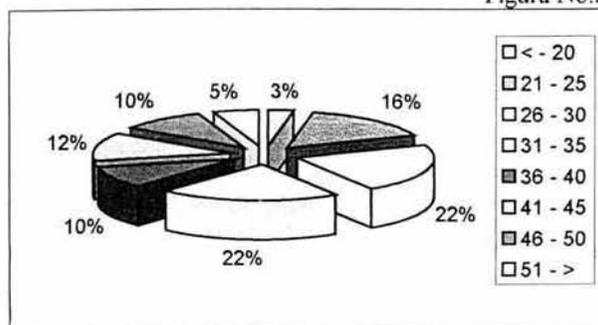


Figura 2. El 60% del personal de Enfermería en esta Institución es adulta joven.

SEXO Cuadro No.3

INDICADORES	F.	%
Femenino	122	94
Masculino	8	6
TOTAL	130	100

Figura No.3

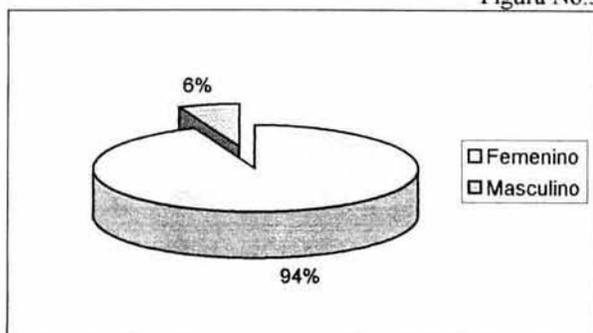


Figura 3. De la muestra total el sexo que predomina en su mayoría es el femenino y en una minoría el masculino.

RELIGIÓN Cuadro No.4

INDICADORES	F.	%
Católica	112	86
Otra	16	12
Ninguna	2	2
TOTAL	130	100

Figura No.4

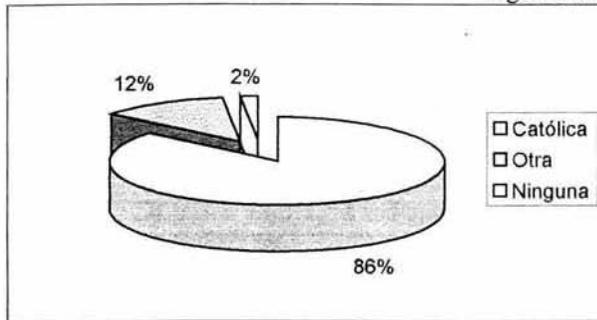


Figura 4. El total de la muestra consultada profesa en su mayoría la religión católica y en una minoría otra o ninguna.

ESTADO CIVIL Cuadro No.5

INDICADORES	F.	%
Casada(o)	67	51
Soltera(o)	36	27
Unión libre	6	5
Divorciada(o)	6	5
Viuda(o)	4	3
Madre soltera	10	8
Otro	1	1
TOTAL	130	100

Figura No.5

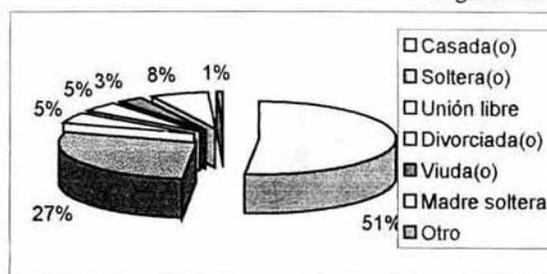


Figura 5. Del total de la encuesta el 51% del personal de Enfermería es casado, seguido de las solteras y madres solteras.

AÑOS DE ESTADO CIVIL

Cuadro No.6

INDICADOR	Casada		Soltera		Unión libre		Divorciada		Viuda		Madre soltera		Otro		TOTAL
	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	
1_5	17	12.9	0	0	3	2.5	3	2.5	3	2.25	3	2.4	0	0	22
6_10	13	9.8	0	0	2	1.6	1	0.8	1	0.75	2	1.6	0	0	15
11_15	12	9.1	0	0	0	0	1	0.8	0	0	2	1.6	0	0	12
16_20	12	9.1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.8	1	1	11
21_>	13	9.8	0	0	1	0.8	1	0.8	0	0	2	1.6	0	0	13
Ninguno	0	0	36	27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27
TOTAL	67	51	36	27	6	5	6	5	4	3	10	8	1	1	100

Figura No.6

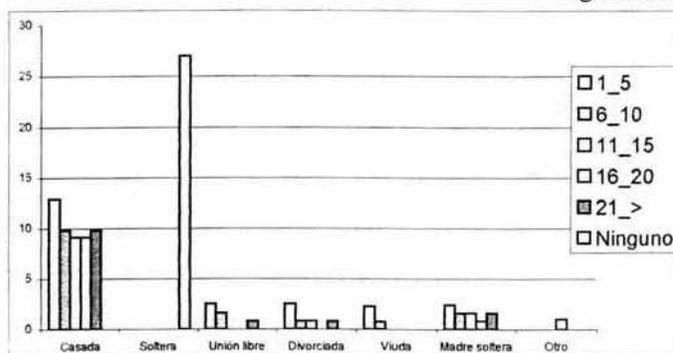


Figura 6. El 37% de la población del personal de Enfermería tiene entre 1 y 10 años en su estado civil actual.

NUMERO DE HIJOS

Cuadro No.7

INDICADOR	Casada		Soltera		Unión libre		Divorciada		Viuda		Madre soltera		Otro		TOTAL
	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	
0	6	4.5	36	27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	32
1_2	47	35.7	0	0	6	5	6	5	2	1.5	9	7.2	0	0	54
3_4	14	10.6	0	0	0	0	0	0	2	1.5	1	0.8	1	1	14
5_>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	67	51	36	27	6	5	6	5	4	3	10	8	1	1	100

Figura No.7

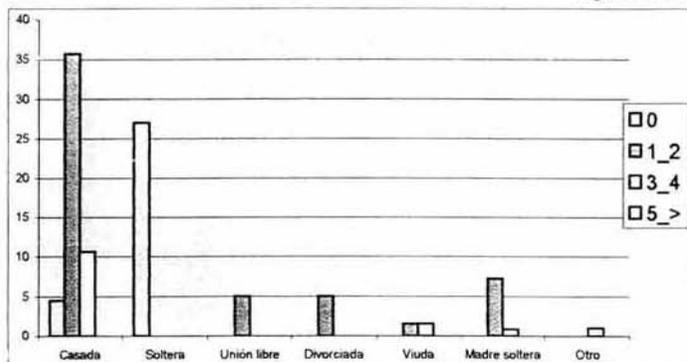


Figura 7. De la muestra estudiada el 68% del personal de Enfermería tiene entre 1 a 4 hijos.

EDADES DE LOS HIJOS Cuadro No.8

INDICADORES	F.	%
0_3	25	15
4_7	26	15
8_11	19	11
12_15	25	15
16_19	18	10
20_>	17	10
Ninguno	42	24
TOTAL	172	100

Figura No.8

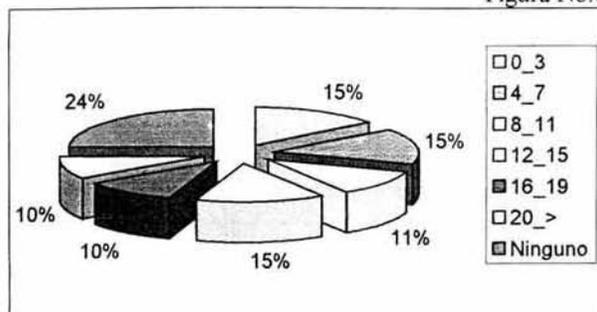


Figura 8. El mayor porcentaje del total de la muestra tiene hijos de 0 a 11 años en la etapa de lactante a escolares, seguido de las que tienen adolescentes y adultos jóvenes.

CATEGORÍA Cuadro No.9

INDICADORES	F.	%
Jefe de servicio	4	3
Supervisora	1	1
Enfermera Especialista	11	8
Licenciada en Enfermería	0	0
Enfermera General	75	58
Enfermera Auxiliar	24	18
Pasantes	15	12
TOTAL	130	100

Figura No.9

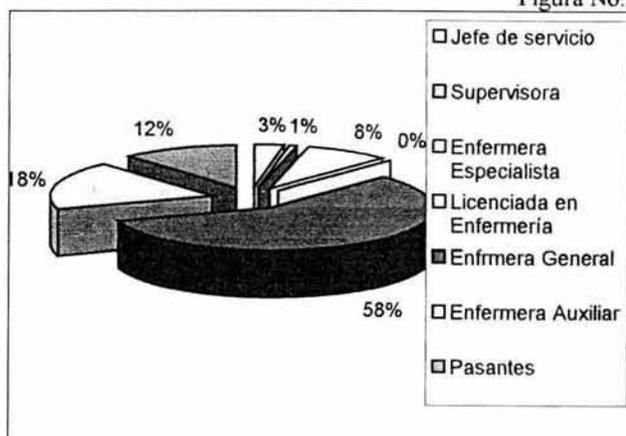


Figura 9. El mayor porcentaje de las encuestadas son Enfermeras Generales seguido de las Enfermeras auxiliares y pasantes.

ANTIGÜEDAD Cuadro No.10

INDICADORES	F.	%
<_1	25	19
2_6	23	18
7_11	20	15
12_16	28	22
17_21	8	6
22_>	26	20
TOTAL	130	100

Figura No.10

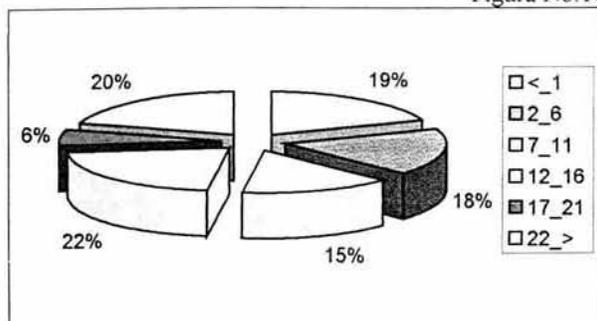


Figura 10. El mayor porcentaje de la población en esta institución es joven.

EMPLEADO DE Cuadro No.11

INDICADORES	F.	%
Base	113	87
Interinato	1	1
Promoción	1	1
Servicio Social	15	11
TOTAL	130	100

Figura No.11

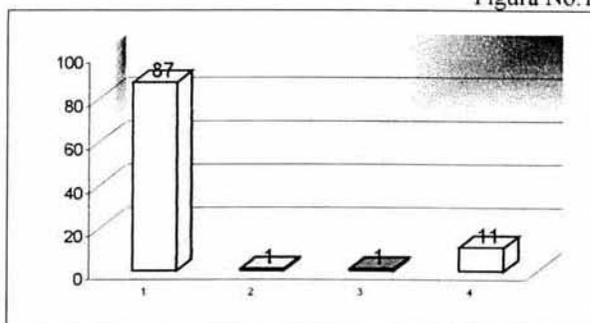


Figura 11. La mayor parte del personal entrevistado tiene Base.

NIVEL ACADEMICO Cuadro No12

INDICADORES	F.	%
Especialista	17	13
Licenciado	21	16
Técnico	84	65
Auxiliar	8	6
TOTAL	130	100

Figura No.12

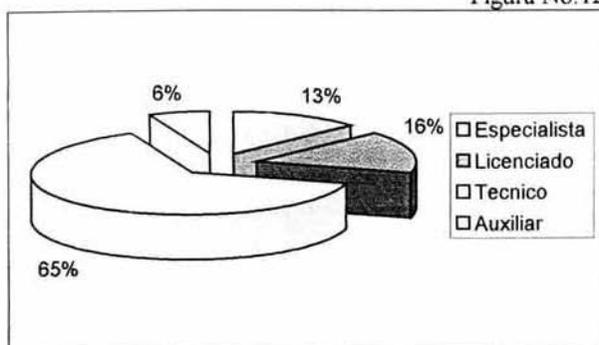


Figura 12. El mayor porcentaje del total de la muestra se encuentra en el nivel Técnico y en menor grado las Licenciadas y Especialistas.

DIPLOMADOS Cuadro No.13

INDICADORES	F.	%
Intensivista	0	0
Neonatología	3	2
Otros	14	11
Ninguno	113	87
TOTAL	130	100

Figura No.13

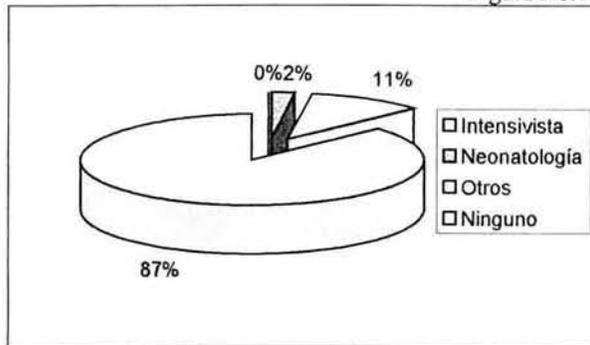


Figura 13. La mayoría de los entrevistados no cuenta con diplomados y solo una mínima proporción si tiene.

CURSOS POSTÉCNICOS Cuadro No.14

INDICADORES	F.	%
Neonatología	3	2
Cuidados críticos	4	3
Otros	20	15
Ninguno	103	80
TOTAL	130	100

Figura No.14

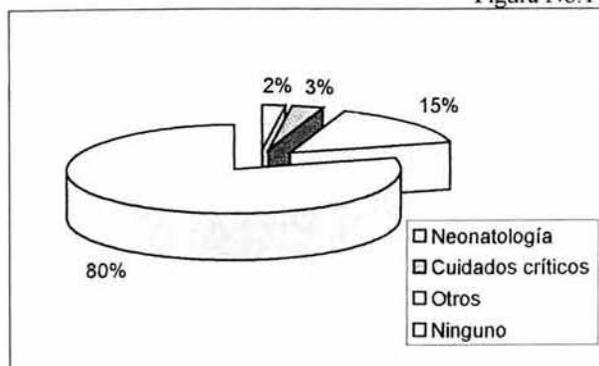


Figura 14. La mayoría de la muestra total no cuenta con Cursos Post-técnicos y solo una minoría si.

LE AGRADA SER ENFERMERA (O)

Cuadro No. 15

INDICADORES	F.	%
Si	129	99
No	1	1
TOTAL	130	100

Figura No.15

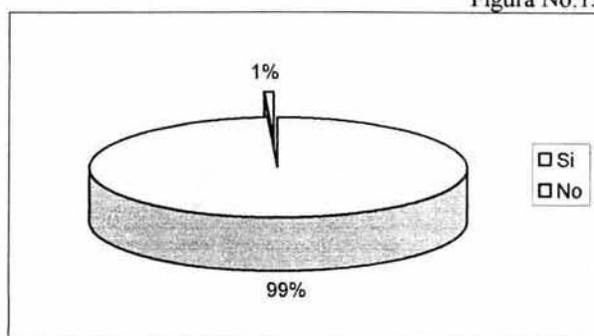


Figura 15. A la totalidad de la muestra le agrada ser Enfermera(o).

TRANSPORTE Cuadro No.16

INDICADORES	F.	%
Publico	97	75
Propio	27	21
Prestado	1	1
Pasan por usted	3	2
Ninguno	2	1
TOTAL	130	100

Figura No.16

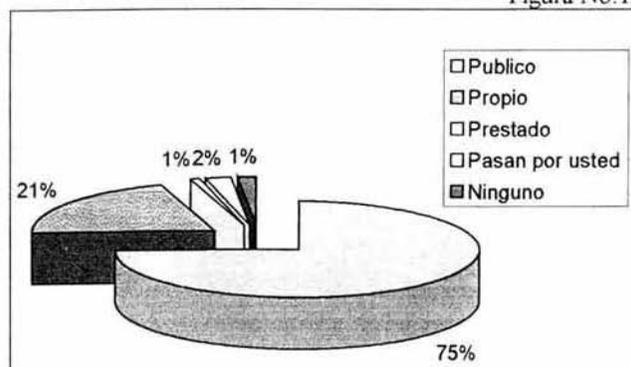


Figura 16. Del total de la muestra encuestada la mayoría del personal utiliza el transporte público para llegar al Hospital.

TIEMPO DE TRASLADO AL HOSPITAL

Cuadro No.17

INDICADORES	F.	%
30 minutos	34	26
1 hora	70	54
2 horas	22	17
> 2 horas	4	3
TOTAL	130	100

Figura No.17

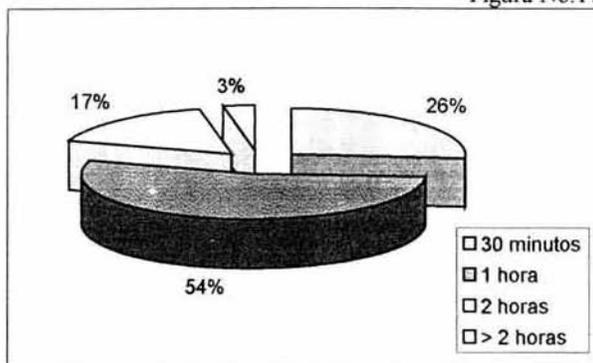


Figura 17. El tiempo es de una hora en la mitad de la población estudiada para trasladarse al Hospital, sin embargo un 20% emplea más de 2 horas.

TRABAJA EN OTRO LUGAR

Cuadro No.18

INDICADORES	F.	%
Si	26	20
No	104	80
TOTAL	130	100

Figura No.18

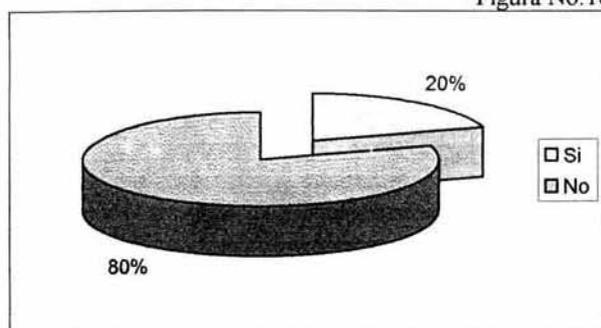


Figura 18. De la encuestada total, el personal de Enfermería refieren no trabajar en otro lugar, sin embargo un 20% si .

INSTITUCIÓN Cuadro No.18-A

INDICADORES	F.	%
IMSS	8	6.1
ISSSTE	0	0
SSA	1	0.7
DDF	5	3.8
PEMEX	1	0.7
Privado	5	3.8
Otro	6	4.6
TOTAL	26	20

Figura No.18-A

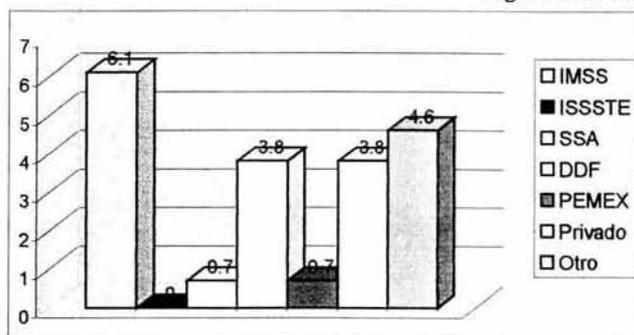


Figura 18-A. De la muestra que refiere trabajar en otro lugar ,el 11% lo hace en Instituciones de Gobierno y el resto en instituciones privadas.

SU OTRO EMPLEO
SE RELACIONA CON SU PROFESIÓN
Cuadro No.19

INDICADORES	F.	%
Si	22	17
No	4	3
Ninguno	104	80
TOTAL	130	100

Figura No.19

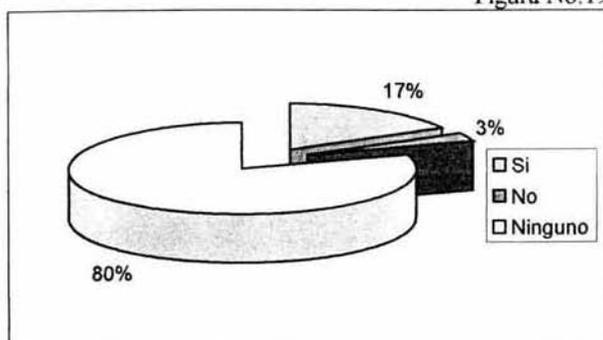


Figura 19. Del personal encuestado quienes trabajan en otra institución la mayoría refirió que ese otro empleo se relaciona con su profesión, sin embargo un 3% no.

EN QUE TIEMPO SE TRASLADA
DEL HOSPITAL A ESE OTRO EMPLEO
Cuadro No.20

INDICADORES	F.	%
30 minutos	13	10
1 hora	10	8
2 horas	3	2
> 2 horas	0	0
Ninguno	104	80
TOTAL	130	100

Figura No.20

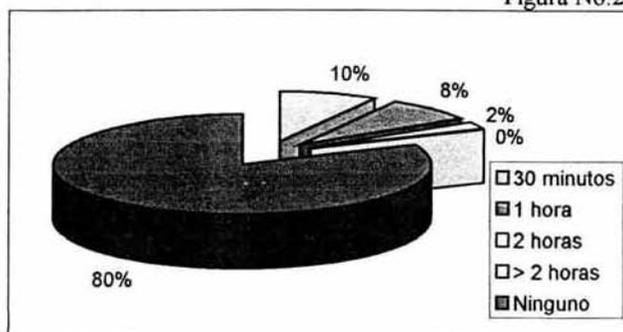


Figura 20. Quienes trabajan en otro lugar refirieron emplear un tiempo tolerable para trasladarse a ese otro empleo, sin embargo una minoría emplea más de 2 horas.

II. AMBIENTE LABORAL

TURNOS Cuadro No.21

INDICADORES	F.	%
Matutino	57	44
Vespertino	25	19
Nocturno	23	18
Mixto	25	19
TOTAL	130	100

Figura No.21

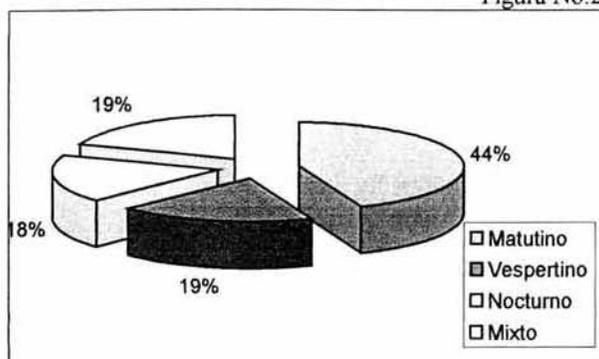


Figura 21. La mayor proporción del personal se encuentra en el turno Matutino; seguido por el turno Vespertino y Mixto, en cifras similares el turno Nocturno.

**ANTIGÜEDAD
EN EL SERVICIO DONDE LABORA**

Cuadro No.22

INDICADORES	F.	%
<_1	60	46
2_6	55	42
7_11	11	8
12_16	2	2
17_21	1	1
22_>	1	1
TOTAL	130	100

Figura No.22

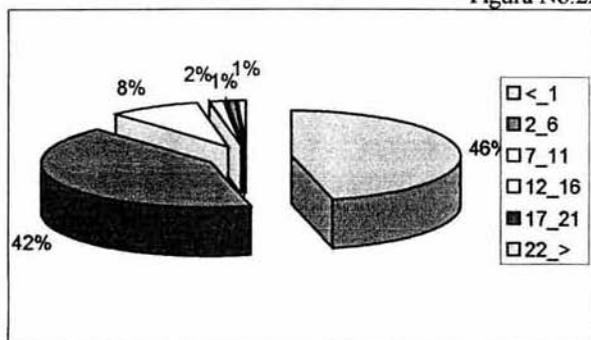


Figura 22. El personal que predomina tiene una antigüedad de 1 a 6 años y representa el 88% de la muestra total, seguida de una minoría que lleva de 7 a más de 22 años.

**SE SIENTE A GUSTO
EN EL SERVICIO DONDE LABORA**
Cuadro No.23

INDICADORES	F.	%
Si	124	95
No	6	5
TOTAL	130	100

Figura No.23

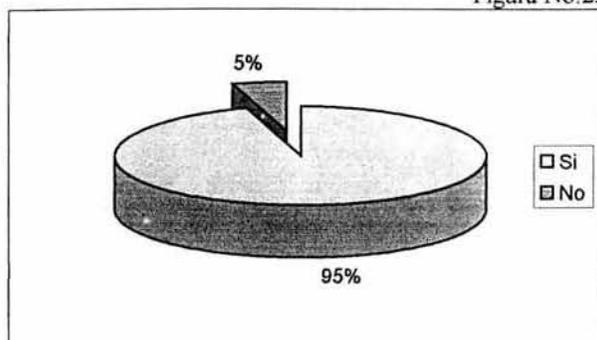


Figura 23. La mayoría del personal de Enfermería afirmó que se siente a gusto en el servicio donde labora, aunque una minoría respondió que no.

EN QUE SERVICIO LE GUSTARIA LABORAL

Cuadro No.23-A

INDICADORES	F.	%
Unidad Tocoquirúrgica	3	3
Unidad de Cuidados Intensivos	1	1
En cualquier otro	1	1
TOTAL	5	5

Figura No.23-A

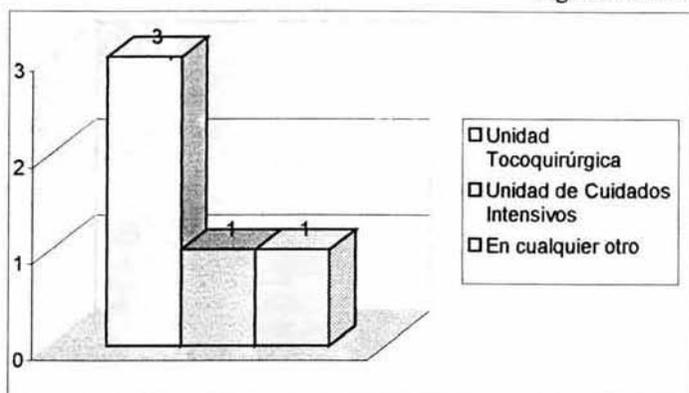


Figura 23-A. Del 5% de la población estudiada manifiesta que no le agrada el servicio donde labora, que preferiría que su área de trabajo fuera la Unidad Toco-quirúrgica.

SE SIENTE AGUSTO
EN EL TURNO EN QUE LABORA

Cuadro No.24

INDICADORES	F.	%
Si	126	97
No	4	3
TOTAL	130	100

Figura No.24

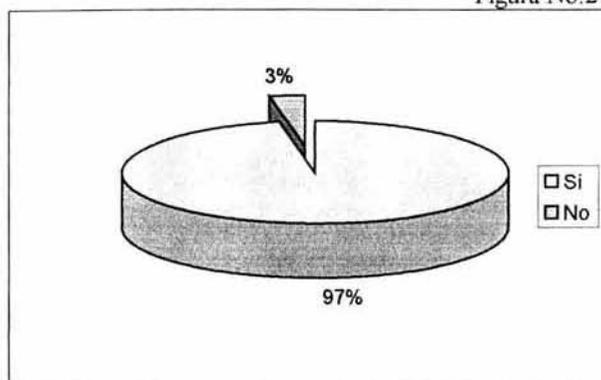


Figura 24. La mayor parte de los encuestados contestaron que se sienten contentas(os) en el turno en que laboran.

TURNO EN QUE LE GUSTARÍA LABORAR

Cuadro No.24-A

INDICADORES	F.	%
Matutino	1	0.75
Mixto	3	2.25
TOTAL	4	3

Figura No.24-A

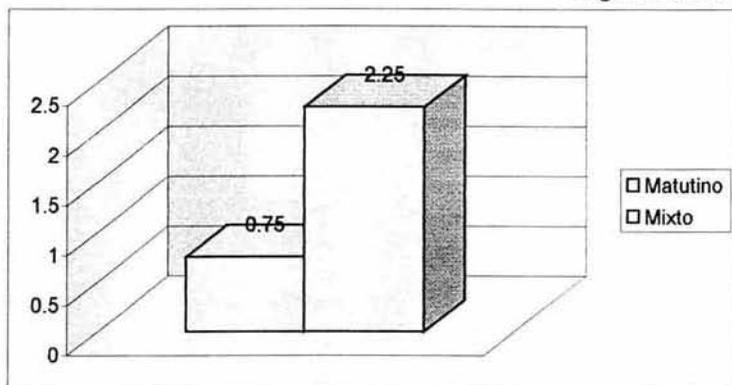


Figura 24-A. Con respecto al 3% de la población estudiada que no le agrada su turno, preferiría laborar en el turno Mixto.

A SU INGRESO SE LE DIO UN CURSO
DE INTRODUCCIÓN AL PUESTO

Cuadro No.25

INDICADORES	F.	%
Si	78	60
No	52	40
TOTAL	130	100

Figura No.25

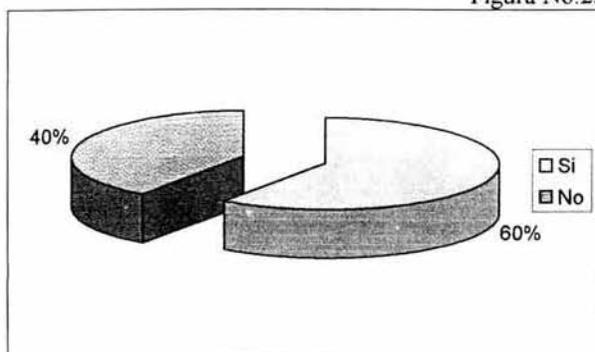


Figura 25. A la mayoría del personal de Enfermería a su ingreso al Hospital y al servicio se le dio un curso de Introducción al puesto, sin embargo la proporción de la muestra que no lo recibió es importante.

SU TRABAJO EN ESTE SERVICIO
LE PRODUCE ESTRÉS

Cuadro No.26

INDICADORES	F.	%
Si	95	73
No	35	27
TOTAL	130	100

Figura No.26

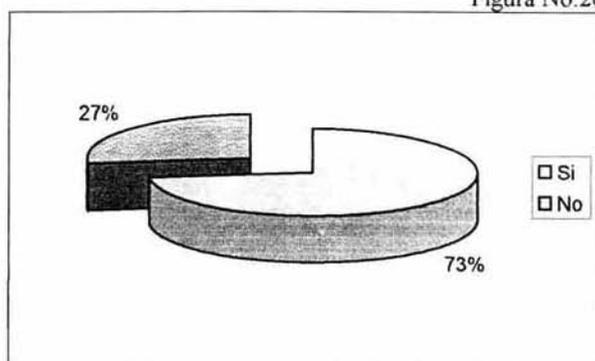


Figura 26. La mayoría de la población estudiada refiere que su área laboral le produce tensión o estrés.

CUANTOS USUARIOS TRABAJA DIARIAMENTE

Cuadro No.27

INDICADORES	F.	%
1_5	42	32
6_10	35	27
11_15	19	15
16_20	14	11
20_>	20	15
TOTAL	130	100

Figura No.27

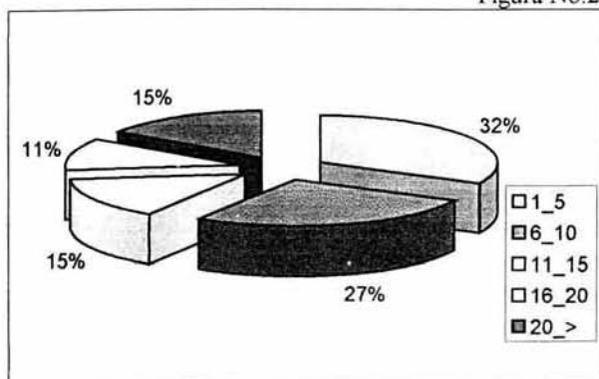


Figura 27. La mayor parte de la muestra refiere trabajar con 1 a 10 pacientes diariamente, sin embargo un 41% atiende de 11 a más de 20 pacientes.

**OTRAS ACTIVIDADES
ADEMÁS DE DAR ATENCIÓN A LOS USUARIOS ASIGNADOS**

Cuadro No.28

INDICADORES	F.	%
Si	41	32
No	89	68
TOTAL	130	100

Figura No.28

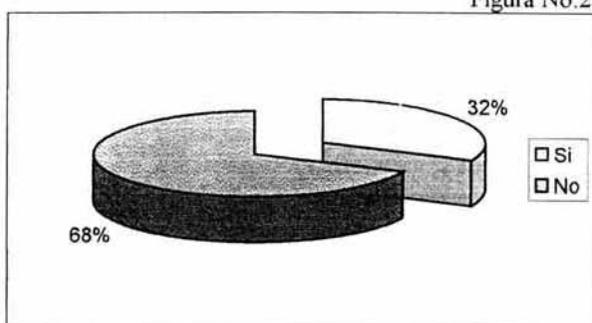


Figura 28. De los entrevistados la mayoría refirió no realizar otras funciones, sin embargo un porcentaje significativo manifiesta realizar otras actividades además de dar atención a los pacientes asignados en el área laboral.

CUALES

Cuadro No.28-A

INDICADORES	F.	%
Lavado de material	5	3.9
Equipar servicio	5	3.9
Coordina áreas y supervisar	4	3.1
Preparar Nutrición Parenteral	3	2.3
Administrativas y docentes	17	13.2
Orientación y capacitación al personal y pasantes	2	1.5
Encargado de servicio	3	2.3
Cuidados especiales	2	1.5
TOTAL	41	32

Figura No.28-A

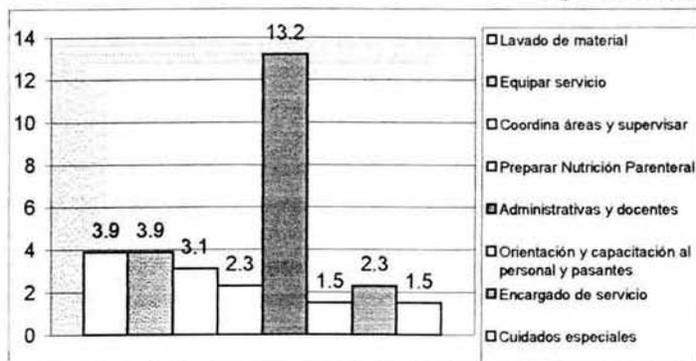


Figura 28-A. Del personal que refiere otras actividades además de dar atención a los pacientes asignados, se centran en funciones administrativas y docentes, seguida de las funciones operativas.

RELACIÓN ENFERMERA-USUARIO

Cuadro No.29

INDICADORES	F.	%
Excelente	30	23
Buena	83	64
Regular	17	13
Mala	0	0
TOTAL	130	100

Figura No.29

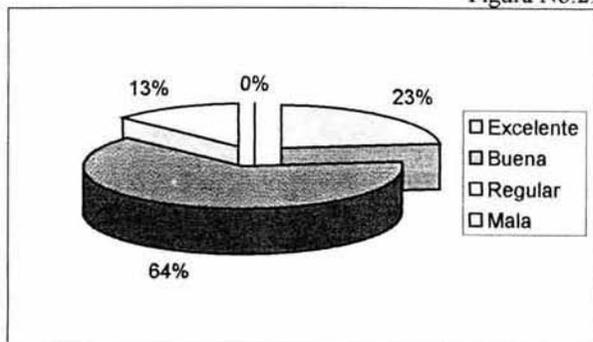


Figura 29. Del personal de Enfermería en su mayoría refiere que tiene una buena y excelente relación con el paciente, sin embargo una mínima proporción tiene deficiente relación con los pacientes.

RELACIÓN ENFERMERA-ENFERMERA

Cuadro No.30

INDICADORES	F.	%
Excelente	25	19
Buena	82	63
Regular	21	16
Mala	2	2
TOTAL	130	100

Figura No.30

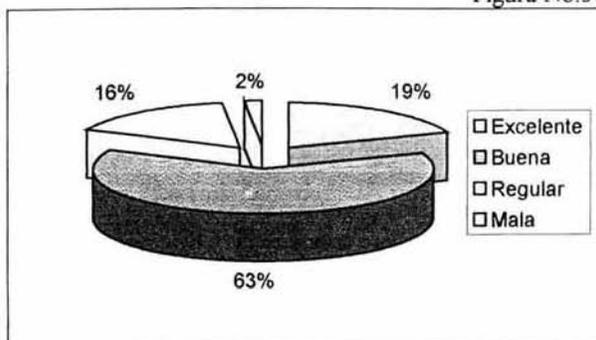


Figura 30. La relación con otras enfermeras, se centra en excelente y buena, aunque existe un grupo significativo que esta en regular y mala.

RELACIÓN ENFERMERA-MEDICO

Cuadro No.31

INDICADORES	F.	%
Excelente	10	8
Buena	94	72
Regular	24	18
Mala	2	2
TOTAL	130	100

Figura No.31

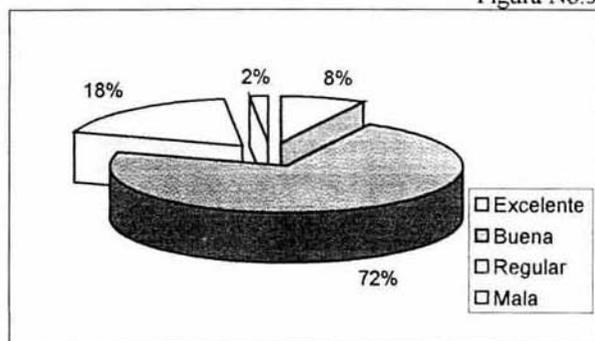


Figura 31. La mayor parte de la muestra obtenida del personal de Enfermería refiere que es buena y excelente la relación con el personal Médico, sin embargo se aprecia que en una minoría esa relación es deficiente.

RELACIÓN CON EL DEMÁS EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

Cuadro No.32

INDICADORES	F.	%
Excelente	13	10
Buena	102	78
Regular	14	11
Mala	1	1
TOTAL	130	100

Figura No.32

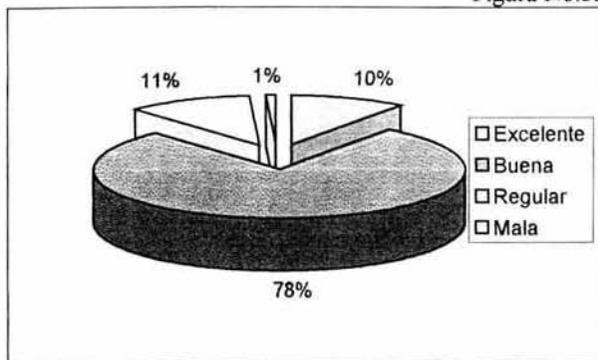


Figura 32. Un porcentaje mayor refiere llevar una buena y excelente relación con el demás equipo multidisciplinario, pero se observa que existe uno minoritario en regular y mala.

RELACION CON LOS FAMILIARES DEL USUARIO

Cuadro No.33

INDICADORES	F.	%
Si	62	48
No	68	52
TOTAL	130	100

Figura No.33

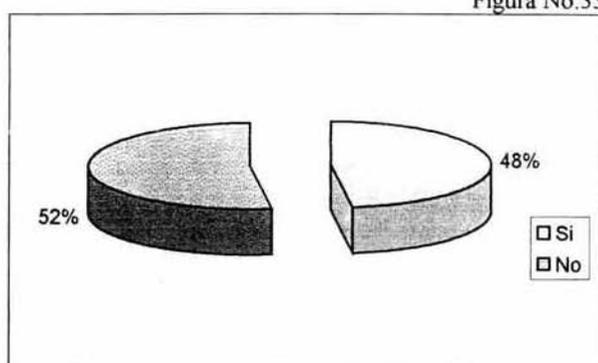


Figura 33. En este punto, el personal de Enfermería en su mayoría refirió no relacionarse con los familiares del paciente, aunque se aprecia en una proporción significativa responden que si.

APOYO DE SUS COMPAÑERAS COMO EQUIPO
EN EL TRABAJO DEL SERVICIO

Cuadro No.34

INDICADORES	F.	%
Si	118	91
No	12	9
TOTAL	130	100

Figura No.34

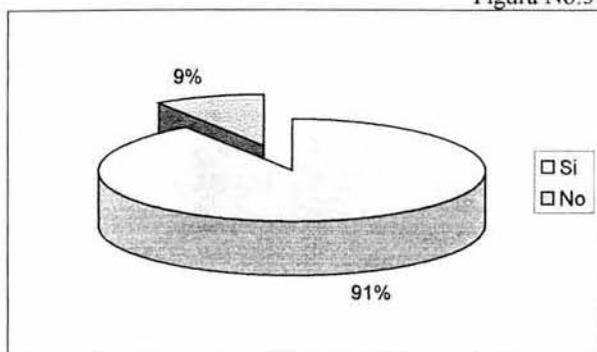


Figura 34. Aunque la mayoría del personal entrevistado si recibe el apoyo de sus compañeras(os) como equipo en el trabajo del servicio, una minoría responde que no.

COMPARTE SUS EXPERIENCIAS LABORALES

Cuadro No.35

INDICADORES	F.	%
Si	110	85
No	20	15
TOTAL	130	100

Figura No.35

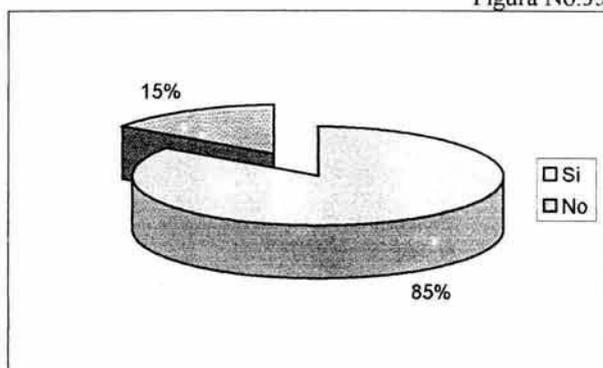


Figura 35. La mayor parte de los encuestados del personal de Enfermería si comparte sus experiencias laborales, aunque una minoría no lo hace.

CON QUIEN Cuadro No.35-A

INDICADORES	F.	%
Esposa(o)	5	3.8
Compañeras(os)	82	63.3
Familiares	17	13.1
Estudiantes y pasantes	3	2.3
Pareja	2	1.5
Amigos	1	0.7
TOTAL	110	85

Figura No.35-A

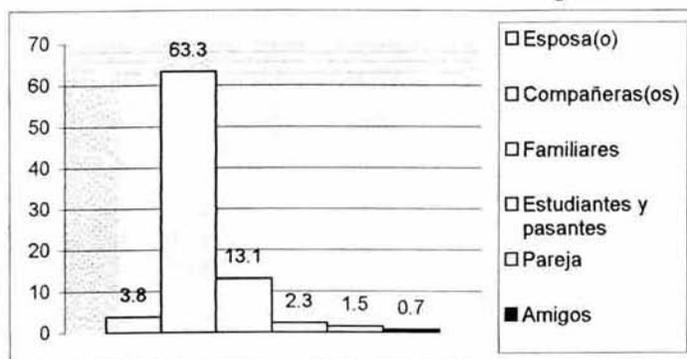


Figura 35-A. El 63% del personal comparte sus experiencias laborales con sus compañeras(os).

EL AMBIENTE DE SU TRABAJO ES CORDIAL

Cuadro No.36

INDICADORES	F.	%
Si	108	83
No	22	17
TOTAL	130	100

Figura No.36

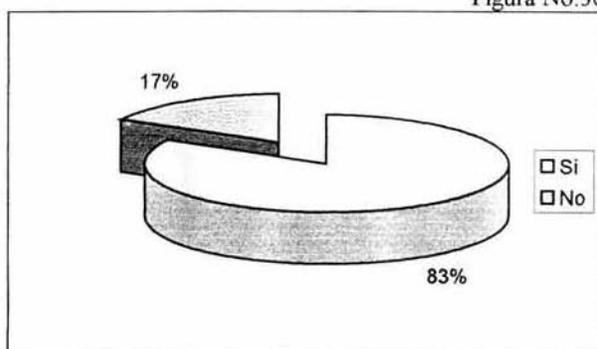


Figura 36. La mayor parte del personal de Enfermería refiere que el ambiente de su trabajo es cordial, sin embargo un porcentaje menor refiere que no.

LE PROVOCA TENSION
TRABAJAR CON PERSONAL DE NUEVO INGRESO

Cuadro No.37

INDICADORES	F.	%
Si	38	29
No	92	71
TOTAL	130	100

Figura No.37

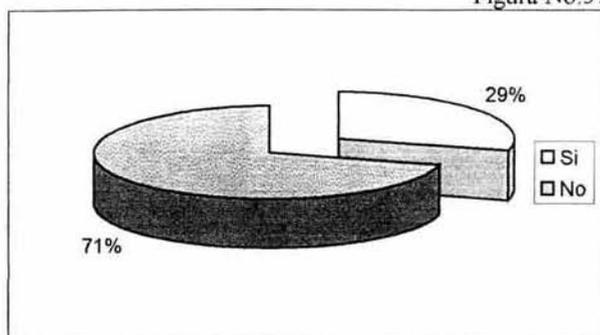


Figura 37. La mayor parte del personal entrevistado esta sensibilizado para compartir sus experiencias con estudiantes, pasantes, personal de nuevo ingreso ó de otra área, pero también se aprecia un grupo significativo que si le afecta esta situación.

CUENTA CON LOS CONOCIMIENTOS ADECUADOS

Cuadro No.38

INDICADORES	F.	%
Si	121	93
No	9	7
TOTAL	130	100

Figura No.38

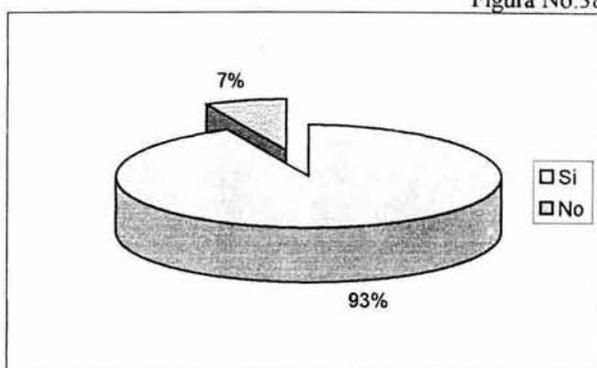


Figura 38. La gran mayoría de los encuestados refiere contar con los conocimientos adecuados para laborar dentro de estos servicios, pero también se aprecia una minoría que no.

III. AREA FÍSICA, MATERIAL Y EQUIPO

EL AREA FÍSICA DONDE LABORA ES ADECUADA

Cuadro No.39

INDICADORES	F.	%
Siempre	25	19
Algunas veces	97	75
Nunca	8	6
TOTAL	130	100

Figura No.39

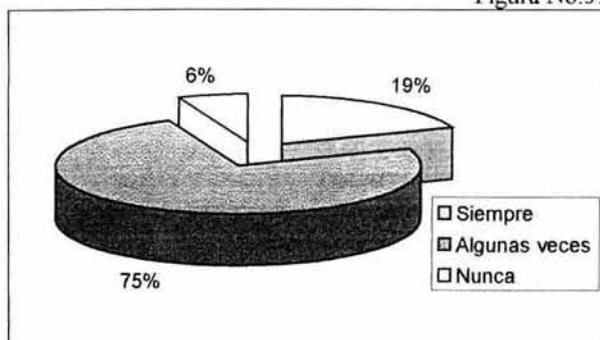


Figura 39. El 81% considera que el área física algunas veces y nunca es adecuada, y solo para una minoría si lo es.

LA ILUMINACIÓN DEL AREA DONDE LABORA
ES ADECUADA

Cuadro No.40

INDICADORES	F.	%
Siempre	59	45
Algunas veces	69	53
Nunca	2	2
TOTAL	130	100

Figura No.40

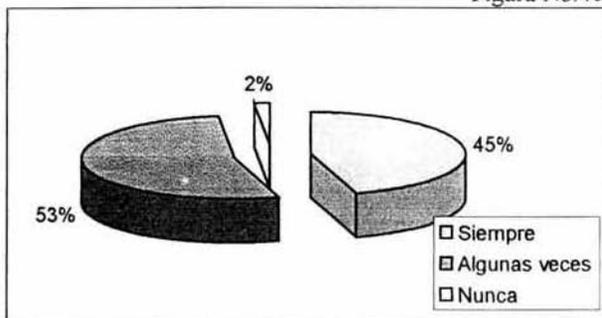


Figura 40. La mayoría del personal manifestó que algunas veces y nunca la iluminación del área donde labora es adecuada, y el 45% considera que siempre.

LA VENTILACIÓN DEL AREA DONDE LABORA
ES ADECUADA

Cuadro No.41

INDICADORES	F.	%
Siempre	23	18
Algunas veces	73	56
Nunca	34	26
TOTAL	130	100

Figura No.41

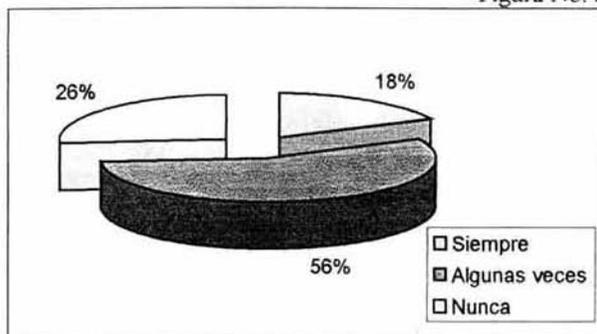


Figura 41. El 82% de los entrevistados refiere que la ventilación es inadecuada y solo una minoría considera que es adecuada.

LA TEMPERATURA DEL AREA DONDE LABORA
ES ADECUADA

Cuadro No.42

INDICADORES	F.	%
Siempre	16	12
Algunas veces	91	70
Nunca	23	18
TOTAL	130	100

Figura No.42

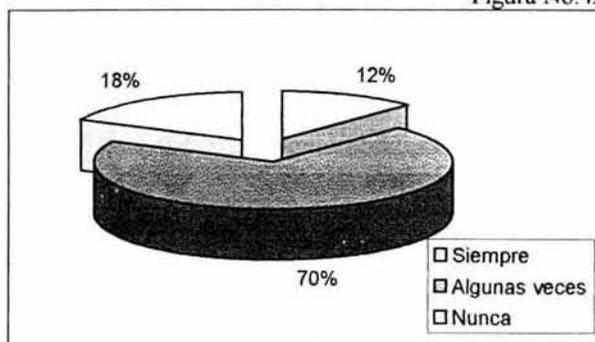


Figura 42. Del total de la muestra el 88% refiere que es inadecuada la temperatura del área donde laboran y solo para una minoría es adecuada.

EN EL AREA DE TRABAJO HAY RUIDO
Cuadro No.43

INDICADORES	F.	%
Siempre	52	40
Algunas veces	69	53
Nunca	9	7
TOTAL	130	100

Figura No.43

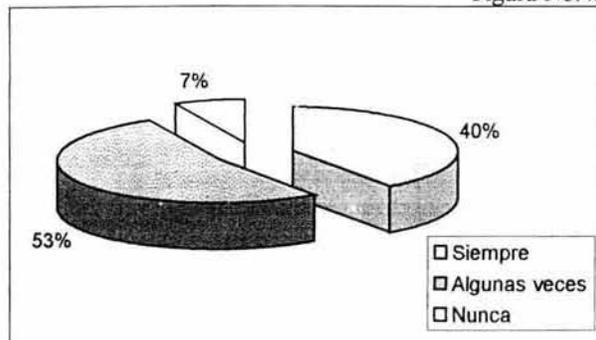


Figura 43. La mayoría del personal encuestado considera que no hay ruido en su área de trabajo, sin embargo el 40% refiere que si.

CUENTA CON EL MATERIAL Y EQUIPO NECESARIO

Cuadro No.44

INDICADORES	F.	%
Siempre	23	18
Algunas veces	99	76
Nunca	8	6
TOTAL	130	100

Figura No.44

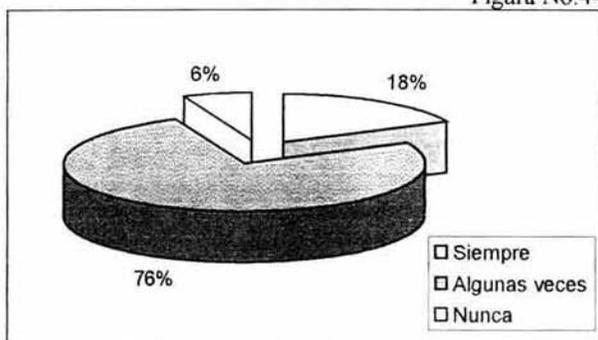


Figura 44. De la totalidad de la muestra consultada el 82% refiere no contar con el material y equipo, y solo una minoría si.

EL EQUIPO Y MATERIAL SE ENCUENTRA
EN BUEN ESTADO

Cuadro No.45

INDICADORES	F.	%
Siempre	13	10
Algunas veces	112	86
Nunca	5	4
TOTAL	130	100

Figura No.45

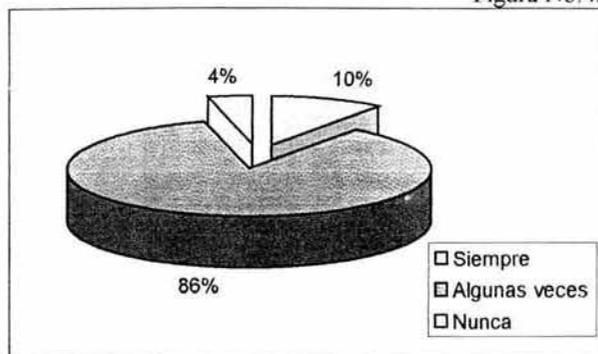


Figura 45. El 90% del total de la muestra refiere que el material y equipo esta en mal estado y solo una minoría considera lo contrario.

AL REALIZAR PROCEDIMIENTOS ESPECIFICOS,
CORRE ALGÚN RIESGO

Cuadro No.46

INDICADORES	F.	%
Siempre	54	42
Algunas veces	69	53
Nunca	7	5
TOTAL	130	100

Figura No.46

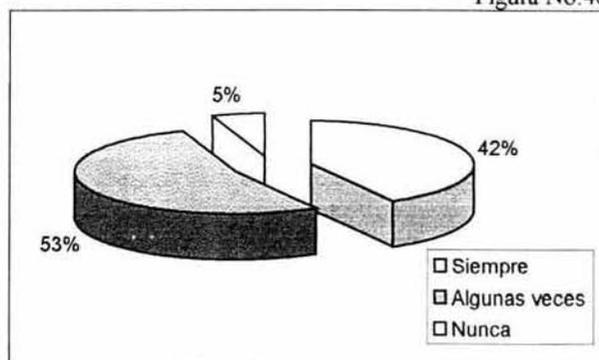


Figura 46. De la totalidad de la encuesta el 95% considera que si corre algún riesgo al realizar procedimientos específicos y el resto no.

SABE MANEJAR EQUIPO BIOTECNOLÓGICO

Cuadro No.47

INDICADORES	F.	%
Siempre	45	35
Algunas veces	82	63
Nunca	3	2
TOTAL	130	100

Figura No.47

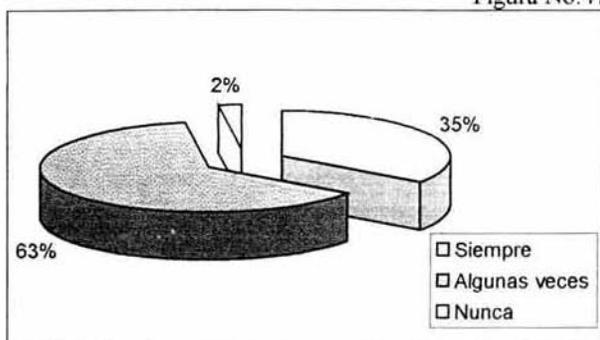


Figura 47. El 65% del total de la muestra refiere no saber manejar equipo biotecnológico y solo una minoría si.

IV. AMBIENTE FAMILIAR

CASA DONDE HABITA Cuadro No.48

INDICADORES	F.	%
Propia	97	75
Rentada	20	15
Prestada	8	6
Otra	5	4
TOTAL	130	100

Figura No.48

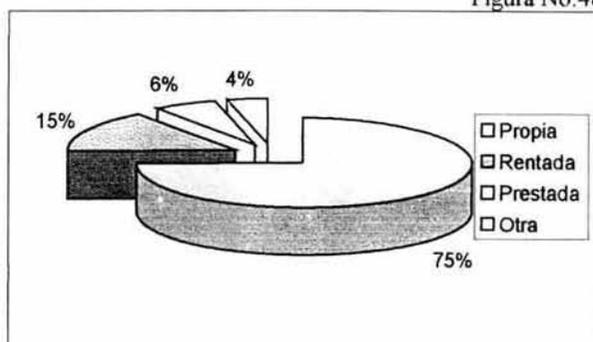


Figura 48. La gran mayoría del personal de Enfermería encuestado menciona contar con casa propia, sin embargo un 25% refiere que no.

CON CUANTAS PERSONAS VIVE

Cuadro No.49

INDICADORES	F.	%
1_3	62	48
4_6	59	45
6_>	7	5
Ninguno	2	2
TOTAL	130	100

Figura No.49

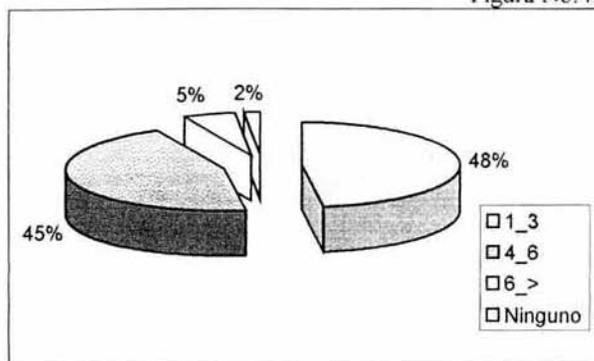


Figura 49. De la muestra total obtenida la mayoría refiere que vive con 1 a 6 personas, seguida de una minoría que vive con más de 6 personas.

QUIENES CONFORMAN SU FAMILIA

Cuadro No.50

INDICADORES	F.	%
Espos(a)	5	4
Hijos(as)	13	9
Espos(a) e hijos	65	47
Otros	52	38
Ninguno	3	2
TOTAL	138	100

Figura No.50

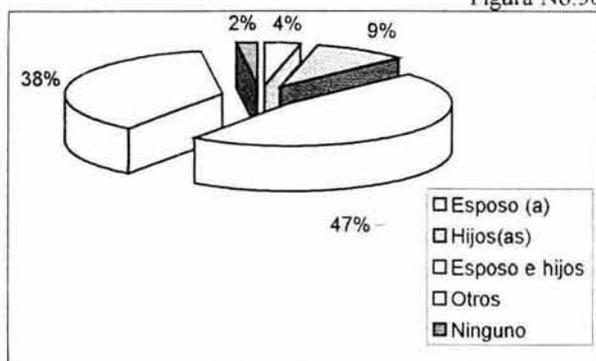


Figura 50. La mayoría de los entrevistados menciona que quienes conforman su familia son su Espos(a) e hijos y otros en mayor proporción, seguida de una minoría hijos, esposo y ninguno.

MANTIENE COMUNICACIÓN CON SU FAMILIA

Cuadro No.51

INDICADORES	NO.	%
Si	127	98
No	3	2
Total	130	100

Figura No.51

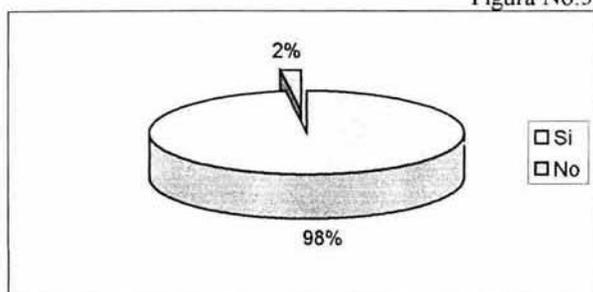


Figura 51. La inmensa mayoría de los entrevistados mantiene comunicación con su familia sin embargo hay un 2% que no.

REALIZA LABORES DEL HOGAR

Cuadro No.52

INDICADORES	F.	%
Si	125	96
No	5	4
TOTAL	130	100

Figura No.52

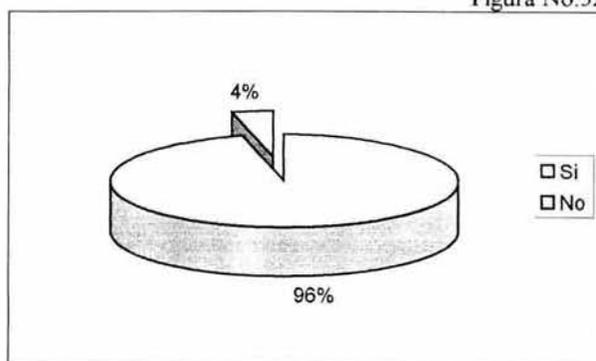


Figura 52. Un porcentaje mayor refiere realizar labores del hogar, y observándose que una minoría no las realiza.

LE AYUDAN EN LAS LABORES DEL HOGAR

Cuadro No.53

INDICADORES	F.	%
Esposo (a)	41	28
Hijos(as)	35	24
Empleada	8	6
Otros	39	27
Nadie	22	15
TOTAL	138	100

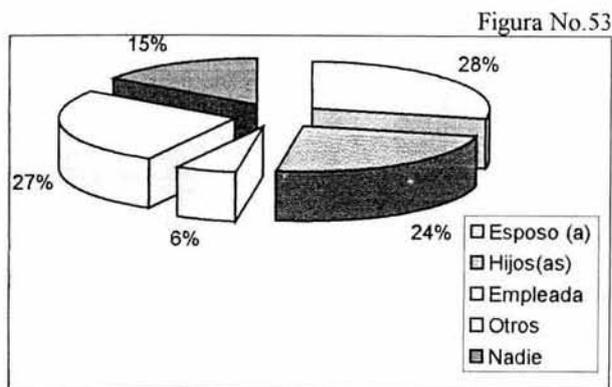


Figura 53. De la población encuestada refiere obtener ayuda para realizar las labores del hogar, en mayor proporción por el esposo(a), seguida de otros, hijos(as) y empleada observando una minoría que nadie le ayuda.

QUE FRECUENCIA LE AYUDAN Cuadro No.54

INDICADORES	F.	%
Diario	65	49
De 2 a 3 veces por semana	45	35
Nunca	19	15
Cada 15 días	1	1
TOTAL	130	100

Figura No.54

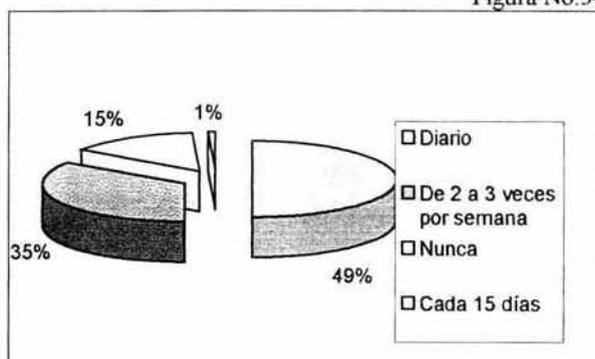


Figura 54. A casi la mitad de la población estudiada le ayudan diariamente a las labores del hogar, seguida de una proporción significativa que recibe ayuda de 2 a 3 veces por semana, notando una minoría pero muy representativa que nunca recibe ayuda.

QUIEN MÁS APORTA DINERO AL HOGAR

Cuadro No.55

INDICADORES	F.	%
Esposo (a)	66	48
Pareja	2	1
Hijos(as)	5	4
Hermanos	14	10
Padres	22	16
Otros	7	5
Ninguno	22	16
TOTAL	138	100

Figura No.55

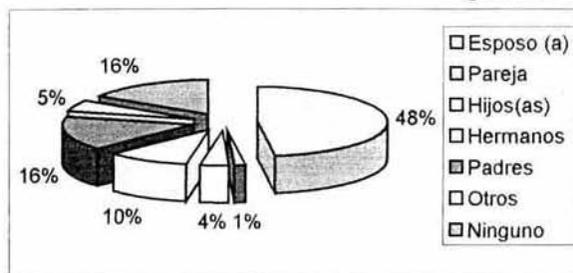


Figura 55. De la muestra entrevistada el 84% refiere recibir otro aporte de dinero para el hogar, sin embargo se aprecia una minoría que no recibe otro ingreso.

SALUD DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON USTED

Cuadro No.56

INDICADORES	F.	%
Excelente	20	15
Buena	84	65
Regular	26	20
TOTAL	130	100

Figura No.56

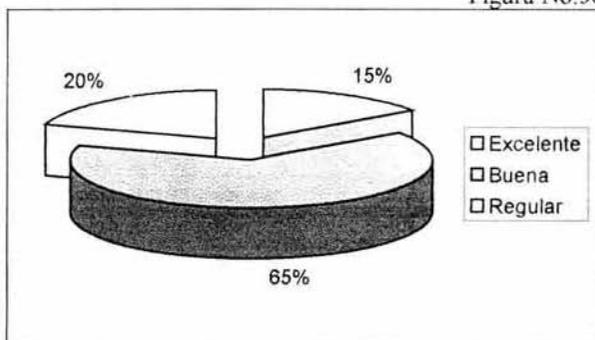


Figura 56. La gran mayoría del personal de Enfermería encuestado refiere que la salud de su familia es excelente y buena , pero un 20% refiere que es deficiente la salud de sus familiares.

EN SU FAMILIA EXISTE Cuadro No.57

INDICADORES	F.	%
Discapacidad mental	1	1
Enfermedades congénitas	2	1
Obesidad	28	17
Diabetes Mellitus	35	21
Hipertensión	56	33
Cáncer	14	8
Tuberculosis	0	0
Otras	31	19
TOTAL	167	100

Figura No.57

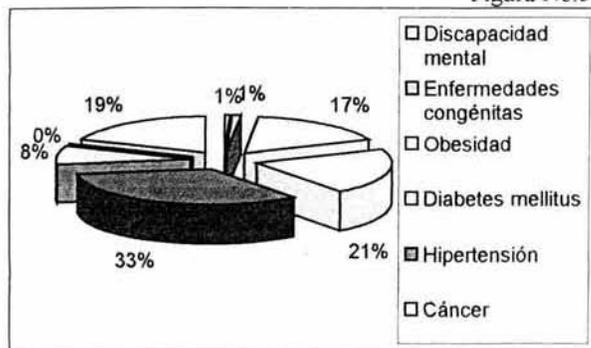


Figura 57. De la muestra total del personal de Enfermería en un porcentaje representativo del 71%, refiere que en su familia existe la gran triada: Obesidad, Hipertensión y Diabetes, observando una minoría, que en su familia existe Cáncer, Enfermedades congénitas, Discapacidad mental y otras.

ENFERMEDAD QUE RELACIONE CON EL ESTRÉS

Cuadro No.58

INDICADORES	F.	%
Hipertensión	10	4
Diabetes mellitus	6	3
Hipotensión	18	8
Colitis	49	21
Lumbalgias	19	8
Dolor de cuello y espalda	59	26
Alergias	4	2
Úlcera péptica	6	3
Gastritis	51	22
Artritis	7	3
TOTAL	229	100

Figura No.58

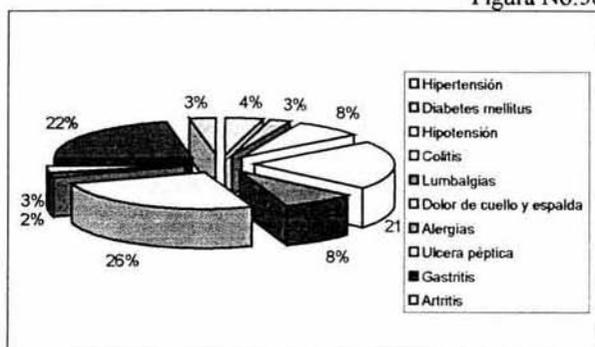


Figura 58. Del personal de enfermería entrevistado, una gran mayoría manifiesta alguna enfermedad psicósomática las más frecuentes: dolor de cuello y espalda, gastritis y colitis.

VICTIMA DE MALTRATO FÍSICO O VIOLENCIA

Cuadro No.59

INDICADORES	F.	%
Si	23	18
No	107	82
TOTAL	130	100

Figura No.59

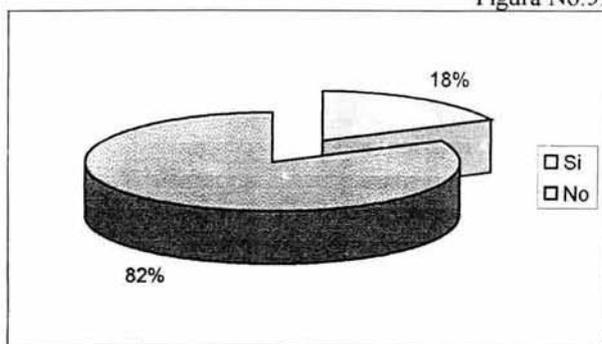


Figura 59. La mayoría del personal refiere nunca haber sido víctima de maltrato físico o violencia, sin embargo se aprecia un porcentaje representativo que si.

POR QUIEN Cuadro No.60

INDICADORES	F.	%
Padres	5	4
Esposo	4	3
Pareja	1	1
Otro	13	10
Ninguno	107	82
TOTAL	130	100

Figura No.60

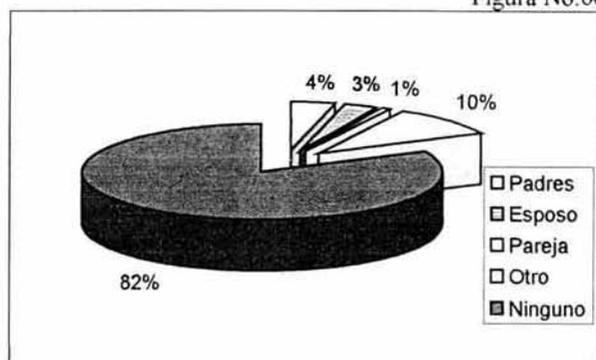


Figura 60. Del personal entrevistado que afirmó ser víctima de maltrato físico o violencia una mayor proporción a sido causado por; otros (tíos, hermanos, primos, amigos, vecinos, desconocidos, etc) seguido de padres, esposo y pareja.

LE AGRADA EL LUGAR DONDE VIVE

Cuadro No.61

INDICADORES	F.	%
Si	124	95
No	6	5
TOTAL	130	100

Figura No.61

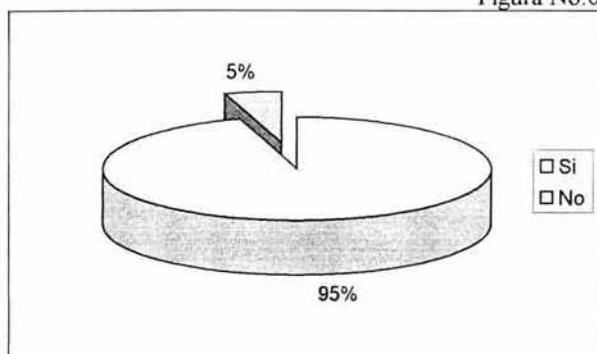


Figura 61. A la mayor parte de los entrevistados les agrada el lugar donde viven, sin embargo se nota a un 5% que no le agrada.

LA RELACIÓN CON SUS VECINOS ES BUENA

Cuadro No.62

INDICADORES	F.	%
Si	111	85
No	19	15
TOTAL	130	100

Figura No.62

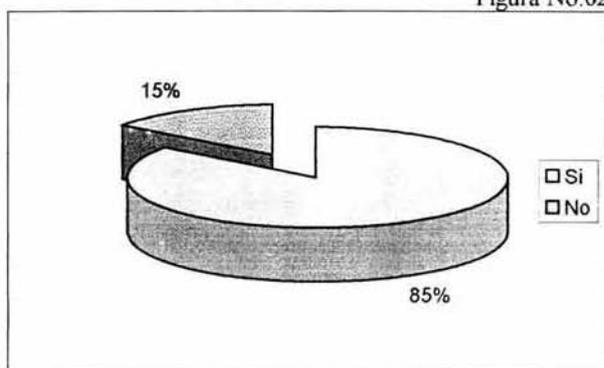


Figura 62. La mayoría del personal entrevistado manifiesta tener buenas relaciones interpersonales con sus vecinos, pero se aprecia en un 15% que no.

SU CASA PERMANECE LIMPIA Y ORDENADA

Cuadro No.63

INDICADORES	F.	%
Si	125	96
No	5	4
TOTAL	130	100

Figura No.63

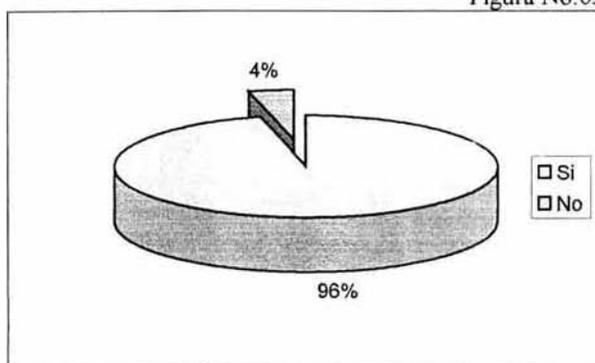


Figura 63. La mayor parte del personal su casa permanece limpia y ordenada, sin embargo para un 4% no.

SU FAMILIA ES ESCANDALOSA O HACE MUCHO RUIDO

Cuadro No.64

INDICADORES	F.	%
Si	33	25
No	97	75
TOTAL	130	100

Figura No.64

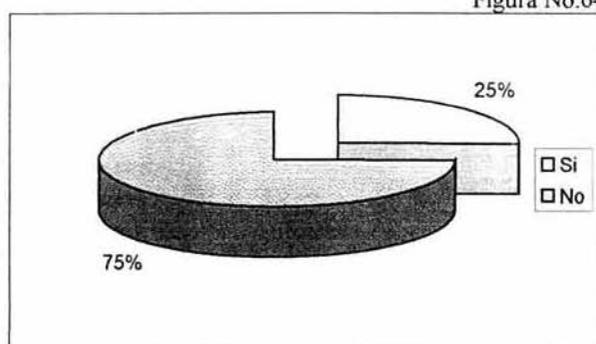


Figura 65. Aunque la mayor parte de la proporción refiere que su familia no es escandalosa, existe un 25% afirmando esta situación.

LE AGRADA ESTAR EN CASA

Cuadro No.65

INDICADORES	F.	%
Si	123	95
No	7	5
TOTAL	130	100

Figura No.65

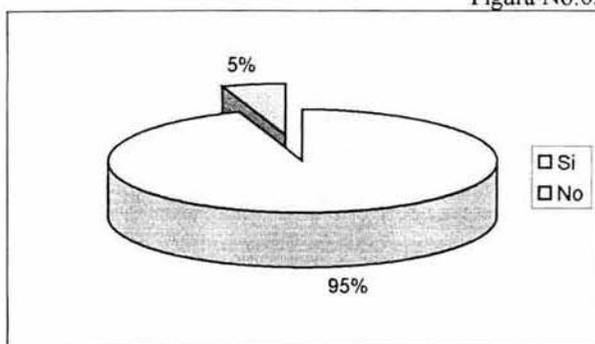


Figura 65. Para la inmensa mayoría es agradable estar en casa, sin embargo es notable que para un 5% no lo es.

LE AGRADA LA ZONA DONDE VIVE

Cuadro No.66

INDICADORES	F.	%
Si	120	92
No	10	8
TOTAL	130	100

Figura No.66

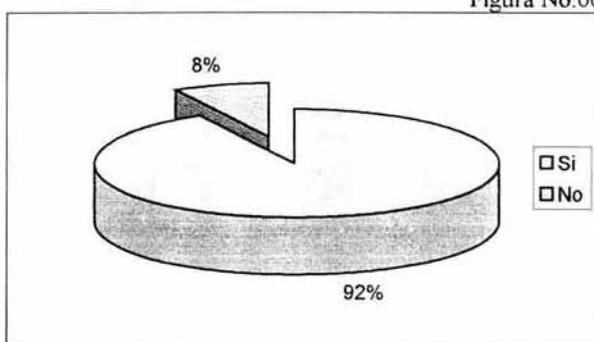


Figura 66. A la gran mayoría le agrada la zona donde vive, aunque se aprecia una minoría a la que no.

TIENE UN LUGAR O ESPACIO

Cuadro No.67

INDICADORES	F.	%
Si	116	89
No	14	11
TOTAL	130	100

Figura No.67

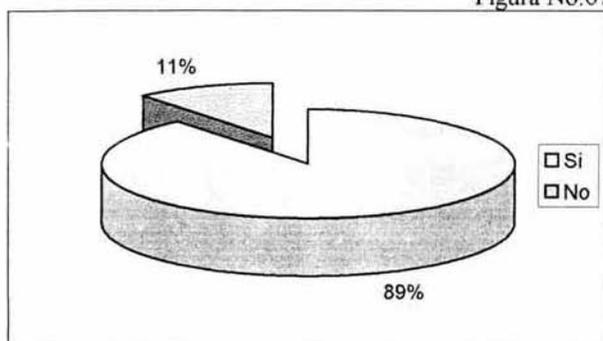


Figura 67. De los entrevistados la mayoría menciona que cuenta con un lugar o espacio para su persona, pero se observa a un porcentaje menor que no cuenta con este espacio.

V. ACTIVIDADES DE DESCANSO, ESPARCIMIENTO E HIGIENE MENTAL.

CUANTAS HORAS DUERME AL DÍA
Cuadro No.68

INDICADORES	F.	%
< 3 horas	11	8
3_5	28	22
6_8	82	63
9 >	9	7
TOTAL	130	100

Figura No.68

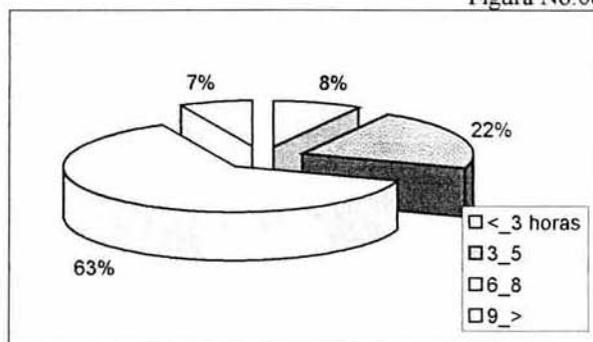


Figura 68. La mayoría del personal estudiado refirió que duerme de 6 a 9 horas diarias, sin embargo un porcentaje menor pero representativo manifestó dormir de menos de 3 a 5 horas.

ACTIVIDAD RECREATIVA Cuadro No.69

INDICADORES	F.	%
Ejercicio	37	12
Leer	45	14
Escuchar música	77	25
Caminar	31	10
Tejer	8	2
Estudiar	15	5
Ver televisión	62	20
Trabajos manuales	22	7
Otra	13	4
Ninguna	3	1
TOTAL	313	100

Figura No.69

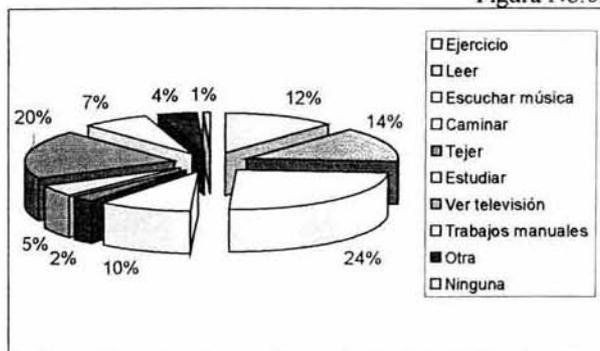


Figura 69. De la muestra total obtenida, solo un 35% del personal entrevistado realiza actividades recreativas, notando que un porcentaje de mayor proporción hace otras actividades que no cumplen con la función de ser recreativas, sin embargo cabe mencionar que una minoría no realiza ninguna actividad.

QUE TIEMPO LE DEDICA Cuadro No.70

INDICADORES	F.	%
30 minutos	34	26
1_2 hrs	73	57
2_>	20	15
Ninguna	3	2
TOTAL	130	100

Figura No.70

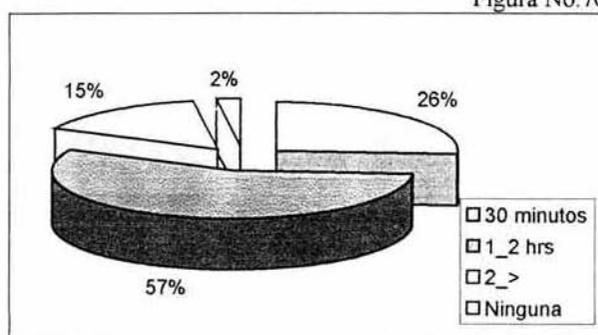


Figura 70. La mayor proporción del personal encuestado manifestó dedicarle a su actividad recreativa de 1 a más de 2 horas, en menor proporción aquellas que le dedican 30 minutos, y una minoría que no dedica ningún tiempo a estas actividades.

CUANTAS VECES Cuadro No.71

INDICADORES	F.	%
Diario	46	35
De 2 a 3 veces por semana	52	41
De vez en cuando	29	22
Ninguna	3	2
TOTAL	130	100

Figura No.71

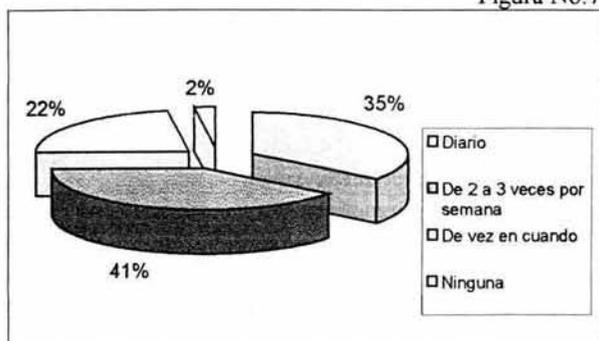


Figura 71. La mayor parte del personal de Enfermería refiere realizar actividades recreativas de 2 a 3 veces por semana, seguida de un grupo que las realiza diariamente y un 24% de vez en cuando y nunca.

SALE DE PASEO CON SU FAMILIA

Cuadro No.72

INDICADORES	F.	%
Siempre	26	20
Algunas veces	102	78
Nunca	2	2
TOTAL	130	100

Figura No.72

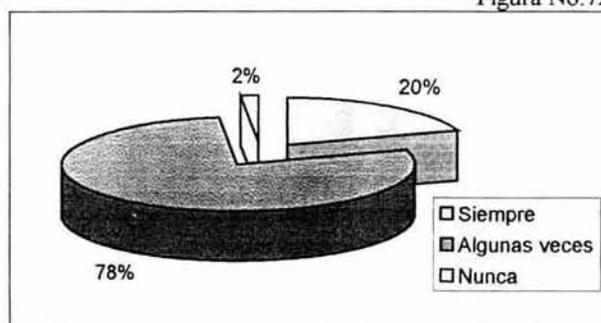


Figura 72. La mayor parte de la muestra del personal de Enfermería manifiesta salir de paseo algunas veces con su familia, seguida en menor proporción por las que siempre salen, y una minoría que nunca.

CUANTAS VECES Cuadro No.73

INDICADORES	F.	%
1 vez a la semana	26	20
1 vez cada quince días	38	29
1 vez al mes	24	18
De vez en cuando	40	31
Nunca	2	2
Total	130	100

Figura No.73

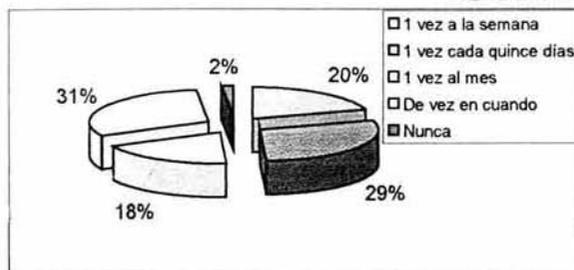


Figura 73. La frecuencia con que sale de paseo el personal manifiesta que es de vez en cuando, seguida de una vez cada quince días, una vez a la semana y en menor proporción una vez al mes.

LUGAR Cuadro No.74

INDICADORES	F.	%
Parque	43	17
Cine	52	19
Museo	7	3
Teatro	12	5
Con familiares	55	21
Campo	28	11
Centro de diversiones	33	13
Otros	25	10
Ninguno	2	1
TOTAL	257	100

Figura No.74

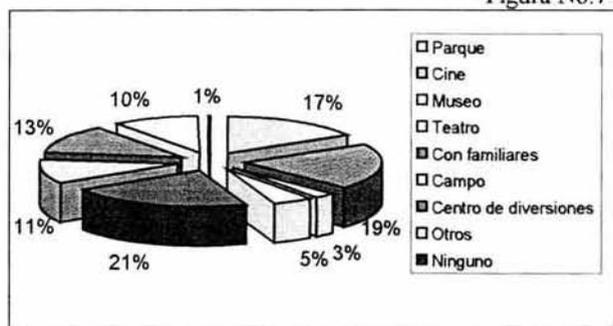


Figura 74. Los lugares a los que sale de paseo con mayor frecuencia el personal son en mayor proporción cine, parque, centro de diversiones y en menor proporción teatro y museo.

SUS OCUPACIONES LE PERMITEN
COMER CON SU FAMILIA

Cuadro No.75

INDICADORES	F.	%
Siempre	56	43
Algunas veces	69	53
Nunca	5	4
TOTAL	130	100

Figura No.75

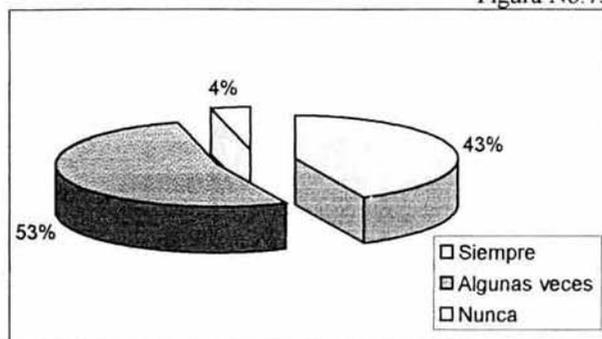


Figura 75. La mayor parte del personal entrevistado refieren comer algunas veces con su familia, aunque se aprecia un porcentaje igualmente proporcional de siempre, y una minoría no se da ese tiempo.

SE PREOCUPA DEMASIADO

Cuadro No.76

INDICADORES	F	%
Siempre	52	40
Algunas veces	75	58
Nunca	3	2
TOTAL	130	100

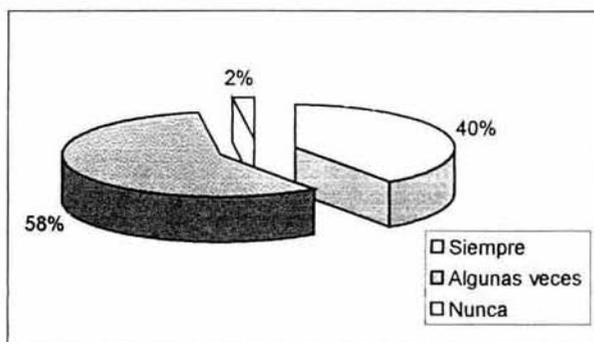


Figura 76. La mayor parte de la población entrevistada refiere siempre estar preocupado, sin embargo una minoría nunca se preocupa.

LE FALTA CONFIANZA

Cuadro No.77

INDICADORES	F.	%
Siempre	4	3
Algunas veces	75	58
Nunca	51	39
TOTAL	130	100

Figura No.77

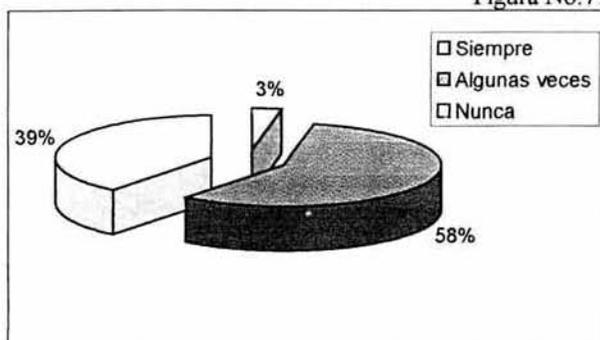


Figura 77. De la muestra entrevistada refiere más de la mitad que algunas veces le falta confianza en si mismo y un porcentaje minoritario pero representativo siempre le falta confianza, sin embargo un grupo considerable manifiesta que nunca le falta confianza.

LE ES DIFÍCIL CONCENTRARSE

Cuadro No.78

INDICADORES	F.	%
Siempre	6	4
Algunas veces	92	71
Nunca	32	25
TOTAL	130	100

Figura No.78

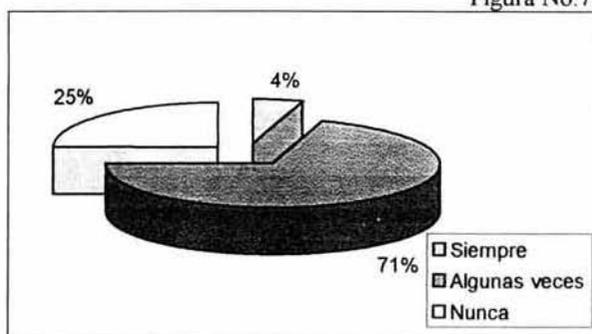


Figura 78. Del total de la muestra del personal de Enfermería, tres cuartas partes refiere algunas veces y siempre tener dificultad para concentrarse, y una cuarta parte de esta no lo manifiesta.

COME EN EXCESO Cuadro No.79

INDICADORES	F.	%
Siempre	8	6
Algunas veces	70	54
Nunca	52	40
TOTAL	130	100

Figura No.79

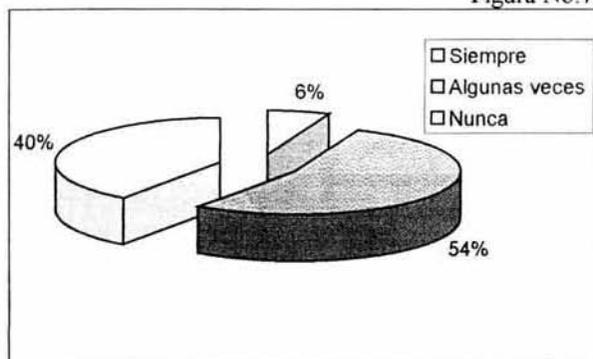


Figura 79. La mayor proporción de los encuestados comen algunas veces y siempre en exceso, seguida de un 40% que nunca comen en exceso.

FUMA CIGARRILLOS Cuadro No.80

INDICADORES	F.	%
Siempre	12	9
Algunas veces	35	27
Nunca	83	64
TOTAL	130	100

Figura No.80

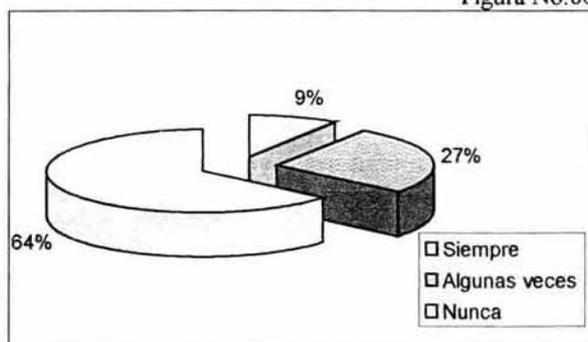


Figura 80. La mayor proporción del total de la muestra refiere nunca fumar cigarrillos, sin embargo un grupo importante siempre y algunas veces fuma cigarrillos.

BEBE CAFÉ Cuadro No.81

INDICADORES	F.	%
Siempre	35	27
Algunas veces	75	58
Nunca	20	15
TOTAL	130	100

Figura No.81

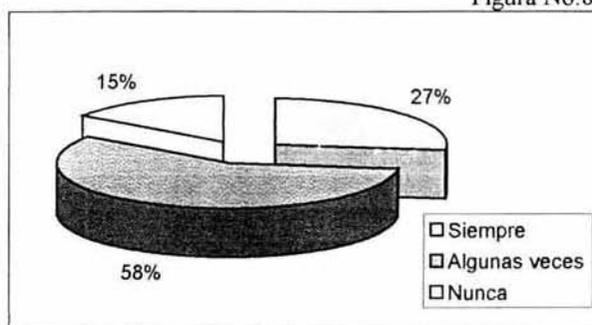


Figura 81. El 85% de los entrevistados manifiestan beber café y sólo un porcentaje menor menciona que no.

INGIERE BEBIDAS ALCOHOLICAS
Cuadro No.82

INDICADORES	F.	%
Siempre	0	0
Algunas veces	55	42
Nunca	75	58
TOTAL	130	100

Figura No.82

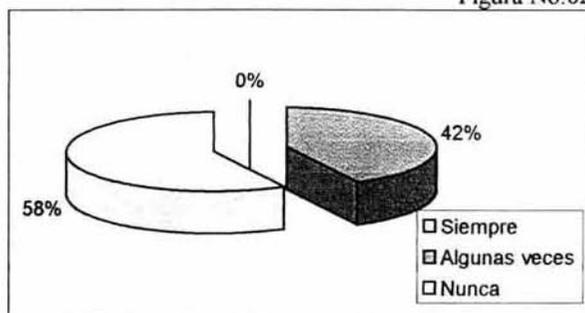


Figura 82. La gran mayoría del personal de enfermería entrevistado menciona que no ingiere bebidas alcohólicas, y una muestra representativa de acuerdo a la proporción total hace referencia a que algunas veces las ingiere.

FALTA A SU TRABAJO Cuadro No.83

INDICADORES	F.	%
Siempre	0	0
Algunas veces	47	36
Nunca	83	64
TOTAL	130	100

Figura No.83

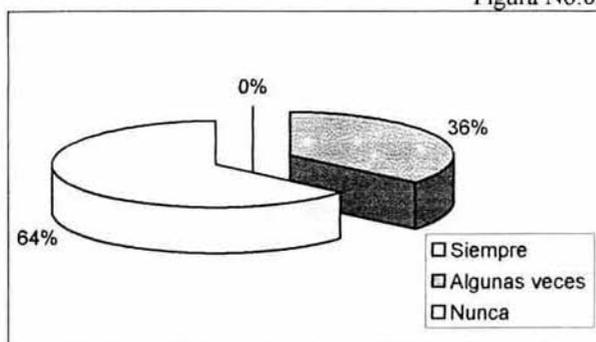


Figura 83. De los encuestados la mayoría refieren nunca faltar a su trabajo, sin embargo se observa que un porcentaje bastante importante algunas veces falta a su trabajo.

DISCUTE CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO

Cuadro No.84

INDICADORES	F.	%
Siempre	0	0
Algunas veces	61	47
Nunca	69	53
TOTAL	130	100

Figura No.84

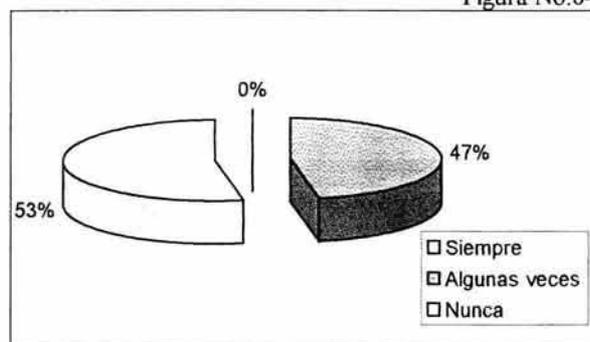


Figura 84. Más de la mitad de los entrevistados refiere nunca discutir con sus compañeras(os) de trabajo., sin embargo se aprecia que casi la otra mitad de los encuestados algunas veces discute con sus compañeros..

SIENTE TENSION FÍSICA

Cuadro No.85

INDICADORES	F	%
Siempre	10	8
Algunas veces	102	78
Nunca	18	14
TOTAL	130	100

Figura No.85

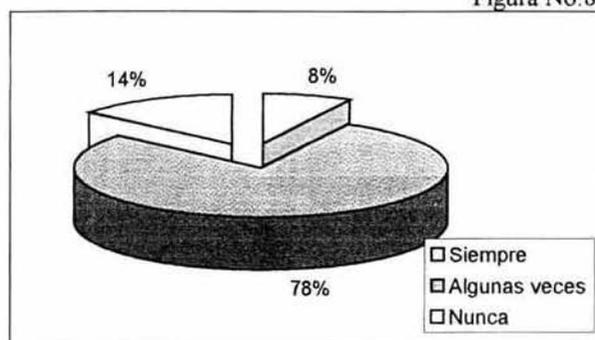


Figura 85. El 86% de los investigados refieren sentirse con tensión física, aunque un porcentaje menor nunca lo refieren.

SE ALTERA CON FACILIDAD

Cuadro No.86

INDICADORES	F.	%
Siempre	3	2
Algunas veces	83	64
Nunca	44	34
TOTAL	130	100

Figura No.86

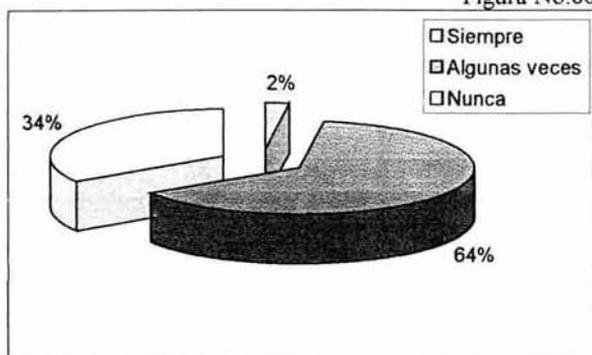


Figura 86. La mayoría del personal entrevistado menciona que se altera con facilidad, sin embargo un 34% nunca .

TIENE DOLORES DE CABEZA

Cuadro No.87

INDICADORES	F.	%
Siempre	10	8
Algunas veces	86	66
Nunca	34	26
TOTAL	130	100

Figura No.87

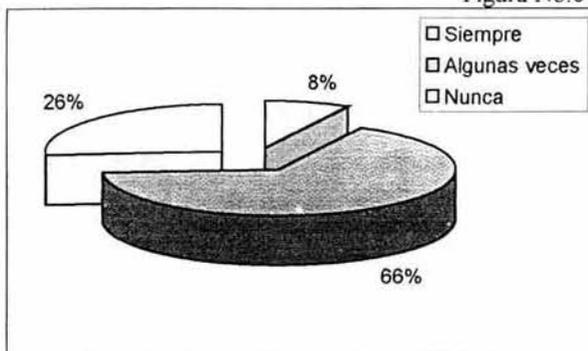


Figura 87. El mayor porcentaje de la muestra refirieron sentir dolores de cabeza y solo una cuarta parte de los encuestados nunca presenta esta situación.

RESUELVE SUS PROBLEMAS DE VIDA
Y TRABAJO CON ÉXITO

Cuadro No.88

INDICADORES	F.	%
Siempre	47	36
Algunas veces	81	62
Nunca	2	2
TOTAL	130	100

Figura No.88

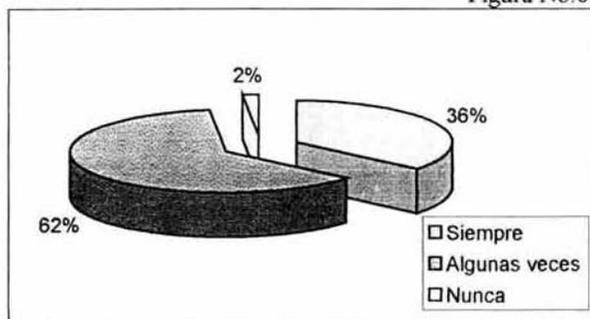


Figura 88. El personal de Enfermería en su mayoría refirieron que algunas veces y nunca resuelven sus problemas con éxito, sin embargo un porcentaje considerado siempre los resuelve con éxito.

TOMA PARTE EN DIVERSAS
ACTIVIDADES INTERESANTES

Cuadro No.89

INDICADORES	F.	%
Siempre	13	10
Algunas veces	108	83
Nunca	9	7
TOTAL	130	100

Figura No.89

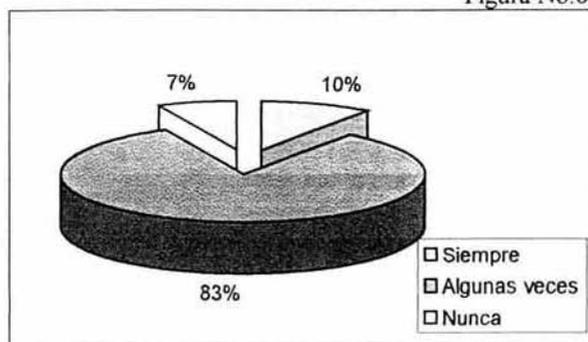


Figura 89. La inmensa mayoría del personal de Enfermería refiere que algunas veces toman parte en diversas actividades, seguida de siempre y una minoría nunca toma parte en estas actividades.

FIESTAS Y EVENTOS SOCIALES

Cuadro No.90

INDICADORES	F.	%
Siempre	69	53
Algunas veces	58	45
Nunca	3	2
TOTAL	130	100

Figura No.90

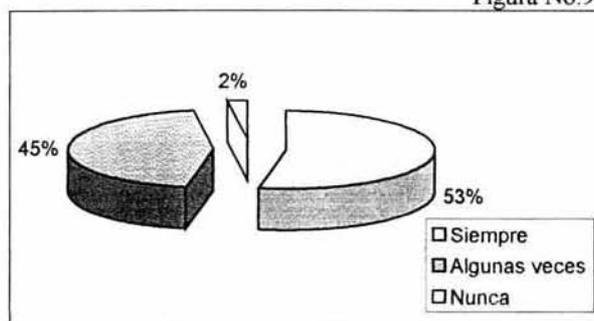


Figura 90. A más de la mitad de la población entrevistada le agrada disfrutar de fiestas y eventos sociales, sin embargo una proporción significativa algunas veces y otra en menor porcentaje nunca.

EXPERIENCIAS POCO COMUNES O NUEVAS

Cuadro No.91

INDICADORES	F.	%
Siempre	64	50
Algunas veces	59	45
Nunca	7	5
TOTAL	130	100

Figura No.91

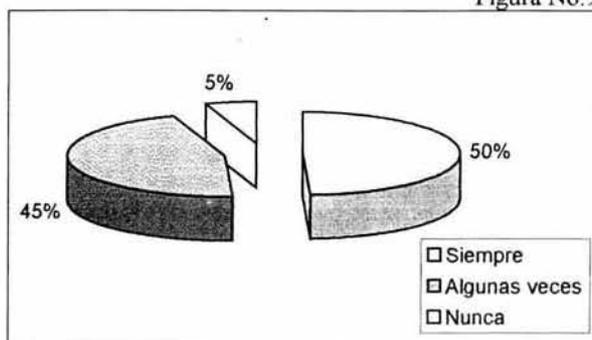


Figura 91. El 50% del personal de Enfermería disfruta tener experiencias poco comunes o nuevas, sin embargo una proporción igual no disfruta de estas experiencias.

IMAGEN CORPORAL Cuadro No.92

INDICADORES	F.	%
Satisfecho	109	84
Insatisfecho	21	16
TOTAL	130	100

Figura No.92

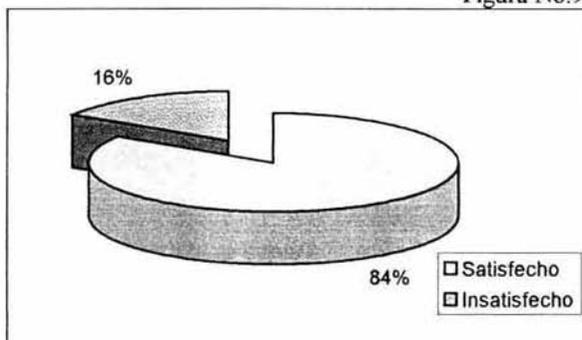


Figura 92. En su mayoría de los encuestados refirieron estar satisfechos con su imagen corporal, sin embargo una minoría pero significativa se encuentra insatisfecho.

CURSOS Cuadro No.93

INDICADORES	F.	%
Cada 3 meses	16	12
Cada 6 meses	22	17
Cada año	69	53
Nunca	23	18
TOTAL	130	100

Figura No.93

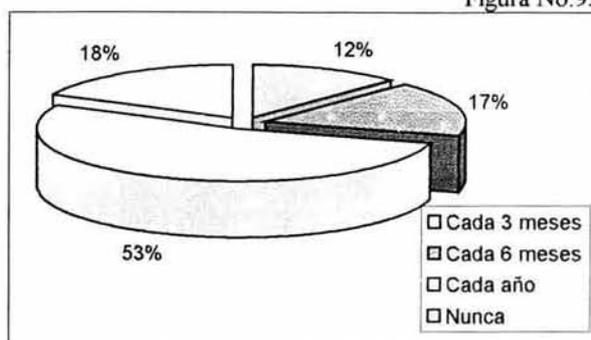


Figura 93. El grupo estudiado manifestó en primer lugar asistir cada año a cursos, seguido de los que asisten cada 3 y 6 meses , notando una minoría pero significativa que nunca los toma.

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN O MEDITACIÓN
PARA EL ESTRÉS

Cuadro No.94

INDICADORES	F.	%
Si	70	54
No	60	46
TOTAL	130	100

Figura No.94

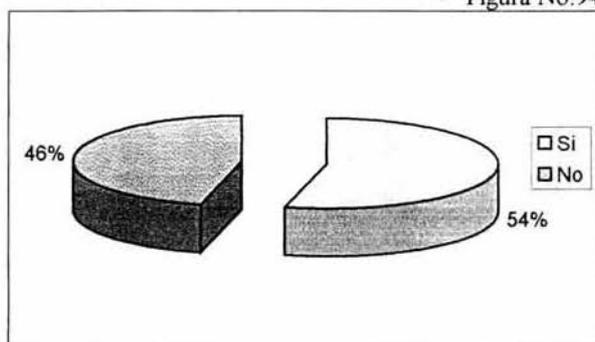


Figura 94. En su mayoría afirman conocer técnicas de relajación o meditación para el estrés, sin embargo el 46% no conoce ninguna.

IMPLEMENTAR Y FOMENTAR CURSOS
PARA EL MANEJO Y PREVENCIÓN DEL ESTRÉS

Cuadro No.95

INDICADORES	F.	%
Si	123	95
No	7	5
TOTAL	130	100

Figura No.95

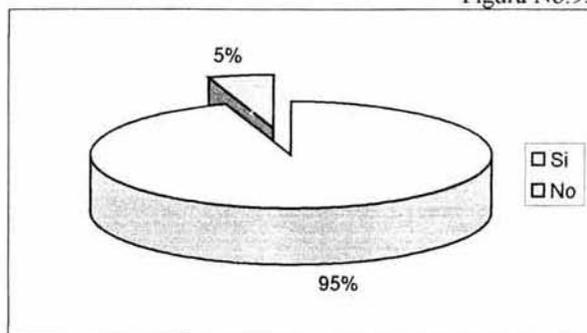


Figura 95. La mayor proporción del personal de Enfermería entrevistado consideran que el área de Enseñanza en Enfermería debería implementar y fomentar cursos para el manejo y prevención del estrés, y solo a una minoría no le interesa.

VI. DISCUSIÓN

Al reflexionar sobre la pregunta que guió esta investigación: ¿Cuáles son aquellos factores estresantes del personal de enfermería que labora en las áreas: Unidad Toco-quirúrgica, Urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología, que le llevan a un desequilibrio biopsicosocial?, se procede a discutir los resultados obtenidos con base a los cinco rubros que constituyen el instrumento de estudio: I. Datos personales, II. Ambiente laboral, III. Área física, material y equipo, IV. Ambiente familiar y V. Actividades de descanso, esparcimiento e higiene mental.

La mayoría de los profesionales encuestados manifiestan estresores que provocan la respuesta biológica y psicológica tanto del estrés normal como de los desarreglos que llegan a convertirse en enfermedades dentro de cada área de su vida personal, familiar, profesional y laboral.

I. DATOS PERSONALES

De las áreas estudiadas Unidad Toco-quirúrgica, Neonatología, Unidad de Cuidados Intensivos y Urgencias, el mayor número de personal se centra en las dos primeras áreas mencionadas esto se debe posiblemente a las características del servicio conformados por subservicios y por la atención médica que se requiere al atender embarazos normales, de alto riesgo, urgencias obstétricas y complicaciones, sin ignorar que en los servicios de Urgencias y U.C.I es menor la cantidad de personal.

Se observa que la mayoría tiene entre 21 y 35 años de edad, se encuentran en la etapa reproductiva, con relación al sexo predomina el femenino, que ocupa casi la totalidad en el área asistencial. La mitad de la población estudiada es casada, tiene matrimonio reciente con 1 a 4 hijos en etapas de crecimiento y desarrollo: lactantes, escolares, adolescentes y en una minoría adultos jóvenes. Consideramos que estas situaciones familiares pudieran ser estresantes porque manifiestan las demandas y obligaciones en el ámbito familiar, debido a que la mujer desde una perspectiva de género debe cumplir diversos roles, entre estos de esposa y madre.

Los cuidados asistenciales en estos servicios están en las manos de una población joven que le agrada su profesión, con 1 a 6 años de antigüedad, Enfermeras Generales tituladas de nivel técnico, que cuentan con base en la Institución, así mismo se aprecia que sólo una minoría cuenta con diplomados y cursos pos-técnicos relacionados a sus áreas de ejercicio profesional.

El medio de transporte para llegar a la institución referido por la mayoría es el público, con una hora para traslado, sin embargo un 20% utiliza de 2 a más horas en él, puede considerarse que es un factor estresante por las diversas situaciones que se presentan en el mismo y que depende indirectamente de otros tal es el caso de accidentes, manifestaciones, fallas mecánicas y/o eléctricas, etc.

Por otro lado un 20% tiene otro empleo en Instituciones de Gobierno, la mayoría menciona que tiene relación con su profesión y emplean un tiempo estimado de 30 minutos para llegar a su lugar de trabajo.

II. AMBIENTE LABORAL

La mayor proporción de los encuestados labora en el turno matutino, esto se debe a que es el turno donde se requiere mayor personal para cumplir las funciones relacionadas a los cuidados, diagnóstico y tratamiento del paciente, fundamentales para la continuidad de los otros turnos como son: toma de muestras de laboratorio y gabinete, estudios específicos, programación de cirugías, traslado de pacientes a otras instituciones de salud, funciones administrativas, etc.

De acuerdo a la antigüedad del personal en el área de trabajo es joven y de nuevo ingreso por tener de 1 a 6 años, sin curso de introducción al puesto, que trabajan diariamente con 1 a 10 pacientes, sin embargo el 41% atiende a 11 ó más de 20 pacientes, y realizan otras funciones además de dar atención a los pacientes asignados; estas situaciones les provoca tensión e incrementa el estrés.

Con relación al trato entre el equipo de trabajo, se observa que en un grupo minoritario pero significativo es deficiente esa relación, principalmente con el personal médico, seguido del mismo gremio y demás equipo multidisciplinario. Por consiguiente al no apoyarse como equipo, en donde cada uno trabaja por su lado, no solo afecta la atención a los pacientes también genera conflictos y tensión que incrementan las situaciones estresantes en el ambiente laboral.

Así mismo un grupo representativo no está sensibilizado a trabajar con personal de nuevo ingreso, estudiantes, pasantes y personal de otra área, considerándose como otro factor estresante.

III. AREA FÍSICA, MATERIAL Y EQUIPO

Con respecto a este punto la mayoría de los entrevistados consideran que las áreas físicas, la iluminación, la ventilación, y la temperatura de los servicios algunas veces son adecuadas para brindar atención y cuidados a los pacientes; la mayoría reporta que el ruido esta presente en todas las áreas.

Al comparar las áreas físicas con las que cuenta cada servicio, es más extensa en la Unidad Toco-quirúrgica y Neonatología y se aprecia que Urgencias y la Unidad de Cuidados Intensivos dispone de un espacio de menores dimensiones, por ello basándonos en que son los servicios con mayor afluencia en la institución donde su especialidad es la atención Gineco-Obstétrica sería idóneo que los cuatro servicios fueran proporcionalmente similares en cuanto área física y recursos humanos.

El material y equipo para brindar atención a los pacientes algunas veces se encuentra en buen estado y se cuenta con él, si no se tiene que improvisar y realizar mal las técnicas de asepsia médica, por consiguiente consideran que corren algún riesgo en algunos procedimientos. Por tal motivo la escasez de recursos esenciales y área física se denominan condiciones deficientes de trabajo o estresores del ambiente físico y conllevan a un incremento de estrés debido a estas situaciones.

La falta de actualización en el uso de nuevas tecnologías o técnicas para el manejo de pacientes aparece en nuestros resultados como un factor estresante, la tecnología se convierte en un productor de tensión en la medida en que el personal debe enfrentar su utilización sin los conocimientos y experiencias necesarias, ya que en áreas críticas como la Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología en donde su uso constante hay que saber, comprender e interpretar continuamente las señales y alarmas que emiten los monitores y no es fácil detectar si es veraz o no, si responde a una alteración del propio enfermo o por el contrario es una falla de la máquina y por un error del equipo de salud ya sea desatención, confusión o desorientación puede tener consecuencias irreversibles para los pacientes.

IV. AMBIENTE FAMILIAR

De estos profesionales la gran mayoría cuenta con casa propia, existe un grupo del 25% que el lugar donde habita es rentado, prestado u otro, también se aprecia que viven de 1 a 6 personas la mayoría de los casos con esposo(a) e hijos y otros (padres, hermanos, suegros, tíos, primos, etc.)

Una cuarta parte de la población no solo tiene que soportar el ruido en sus áreas de trabajo sino que también con su familia.

Como se ha mencionado la mujer cumple diversas actividades en todos los ámbitos de su vida, por ello se observa que casi la totalidad realiza labores del hogar aunque de alguna manera reciba ayuda por parte de su esposo e hijos diariamente, la mayor responsabilidad de estas funciones recae principalmente en ella. Esto a nuestro punto de análisis es estresante y más si no recibe ningún apoyo en este sentido.

Al hablar del nivel económico la mayoría recibe otro ingreso por parte del esposo para los gastos del hogar, sin embargo una minoría del 16% tiene que solventar esta situación por sí sola ocasionándole así un factor de estrés.

Con relación al estado de salud de la familia, la mayoría considera que es buena y un 20% regular, pero al confrontar el análisis con las enfermedades existentes en su núcleo familiar no concuerdan esto se ve reflejado porque existe más de una enfermedad manifestada entre estas la que ocupa el primer lugar es la Hipertensión arterial, seguida de Diabetes mellitus y Obesidad que en conjunto pueden ocasionar complicaciones cardiovasculares, renales entre otras. Esto nos habla de que como promotores de salud no orientan ni capacitan a su propia familia.

Igualmente sobre la salud y autocuidado es deficiente puesto que toda la muestra manifestó más de una enfermedad relacionada con el estrés que viven día a día como son el dolor de cuello y espalda, gastritis, colitis, entre otras, lo cual pueden generar problemas posteriores que afecten en su esfera biopsicosocial.

De acuerdo al punto de maltrato físico o violencia, solo un grupo menor pero muy significativo del 18% manifestó haber vivido esta situación en su mayoría por parte de otros (tios, primos, hermanos, amigos, vecinos, desconocidos, etc.) Este personal posee un factor de estrés familiar previo que puede incrementarse por el estrés laboral y profesional.

V. ACTIVIDADES DE DESCANSO, ESPARCIMIENTO E HIGIENE MENTAL

En cuanto a las horas diarias de sueño manifiestan tener un periodo de descanso dentro de lo normal, en cambio un 30% duerme menos de 3 a 5 horas por lo que este grupo es el más afectado al no cubrir sus necesidades de sueño ya que es un complemento de la vida y esta al no ser cubierta repercute en su desempeño laboral.

Cabe mencionar que solo un 35% de los encuestados realizan actividades recreativas como son el ejercicio, caminar, trabajos manuales, tejer y otra de dos a tres veces por semana dedicándole entre una y dos horas de su tiempo. Así mismo la colectividad de vez en cuando sale de paseo con su familia al parque, cine y centro de diversiones principalmente, vale la pena hacer notar que un 2% no dedica tiempo a estas actividades

Con relación al aspecto mental el 98% del personal algunas veces y siempre se preocupa demasiado, al 58% algunas veces le falta confianza en sí mismo, el 78% algunas veces siente tensión física, 66% se altera con facilidad, 66% tiene dolores de cabeza y 75% le es difícil concentrarse, por lo tanto son manifestaciones del estrés.

Por otro lado los encuestados refirieron en cuestión a los hábitos algunas veces comer en exceso, fumar cigarrillos, beber café e ingerir bebidas alcohólicas, estos son factores psicológicos de estrés.

Como recordamos la mayoría son casadas con hijos en etapas que requieren mayor atención y cuidado, por lo tanto concluimos que puede ser un factor para el ausentismo laboral.

Dentro del ámbito social encontramos que algunas veces el personal resuelve con éxito problemas de la vida cotidiana, toma parte en actividades interesantes y disfruta de experiencias nuevas y poco comunes.

Al analizar como ellas pueden tener una buena salud mental si están inmersas en rutinas de trabajo y familia.

Cabe mencionar que casi la mitad de la población entrevistada no conoce técnicas de relajación o meditación para el estrés, por lo que consideran apropiado que la Coordinación de Enseñanza en Enfermería realice cursos para el manejo y prevención del estrés.

VII. CONCLUSIONES

A partir de todos los datos expuestos, y teniendo en cuenta los límites establecidos en nuestro objetivo, podemos concluir que:

Referente a los profesionales encuestados por servicio y turno se observa que existe una escasez de personal, en la Unidad Toco-quirúrgica y Neonatología que son áreas de mayor extensión se ven afectadas principalmente en el turno nocturno y mixto, mientras que en la Unidad de Cuidados Intensivos y Urgencias la carencia es en el turno vespertino.

La población que labora es joven, en su mayoría mujeres casadas en etapa reproductiva, con hijos que van de los 0 a 7 años y de 12 a 15, por lo que requieren mayor atención y cuidado a su familia de acuerdo con el rol social, así mismo se ve afectado su período de descanso. El cumplir roles como esposa, madre, hija, ama de casa, y que trabaja en el hospital incrementa el estrés en los distintos ámbitos de su vida personal, familiar, social, laboral y profesional.

Se observa que la actualización en servicio es inadecuada, porque en dichas áreas se debe contar con personal altamente capacitado en el manejo de equipo biomédico y tecnológico (monitores, cunas radiantes y/o térmicas, incubadoras, desfibriladores, bombas de infusión, electrocardiógrafos, etc) por el tipo de pacientes que se atienden y porque solo un personal mínimo cuenta con la actualización para su desempeño en estos servicios.

La relación entre el equipo de salud (médicos, enfermeras y demás equipo multidisciplinario) se ve afectada por la falta de comunicación y que cada uno trabaja por su lado lo que genera conflictos internos dentro de la institución y que repercute para el apoyo en equipo ante las situaciones de emergencia.

Es notable observar que el 73% de la población encuestada al laborar en dichos servicios les produce estrés o tensión, aunado a varios factores: sobrecarga de trabajo al atender de 11 a más de 20 pacientes diariamente, que son jóvenes y de nuevo ingreso sin curso de introducción al puesto, áreas físicas así como iluminación, ventilación y temperatura algunas veces adecuadas para la atención de los pacientes, con ruido presente en dichas áreas, que pueden tener riesgos al realizar procedimientos específicos por la falta y las condiciones en que se encuentre el material y equipo utilizado.

Notamos que no hay conciencia en cuanto al valor que tiene la salud para el propio personal de Enfermería ni mucho menos para la familia porque la mayoría refiere más de una enfermedad en ambos casos.

Como resultado de lo anterior inferimos que las enfermeras expresan como estrés lo que constituye una forma normalizada de relaciones con su trabajo; en el trabajo de la enfermera el estrés es el producto de una crisis de los modelos normativos de integración laboral de la enfermería. Dichos modelos inician durante la formación e instrucción académica en donde el centro de atención y cuidados debe ser siempre el paciente, sin embargo a medida que pasa el tiempo esta situación deja de operar como tal convirtiéndose en rutina, y adquiere mayor importancia el aspecto personal y familiar.

El ejercicio profesional de la Enfermera provoca en ocasiones sentimientos muy profundos y contradictorios. Ello se debe a que la atención y cuidado de personas con problemas crónicos, degenerativos y graves constituye unas de sus tareas más agobiantes al tener que enfrentar la amenaza del sufrimiento y la muerte, al tiempo que ha de asumir tareas desagradables que a veces originan temor y rechazo, como en el caso de pacientes con patologías infecto-contagiosas, etc.

A la enfermera(o) se le atribuye en ocasiones insensibilidad, hecho que, en general, se produce en aquellos colectivos en los que por su trabajo se encuentran obligados a convivir con la presencia de la muerte y el sufrimiento ajenos.

La aparente insensibilidad se produce, por una parte, por el agobio cotidiano ocasionado por una dinámica acelerada del trabajo, a la que apenas se le puede sacar tiempo para una relación que de respuesta satisfactoria a la demanda afectiva del paciente, y por otra, como consecuencia de la distancia profesional que la enfermera(o) se ve obligada (o) a mantener respecto al paciente para poder atenderle con calidez y eficacia.

Por otro lado las situaciones que requieren directamente una intervención por parte de tales instancias, al menos para contrarrestar un poco la generación de estrés en el ámbito laboral son a saber:

- La escasez de recursos necesarios
- La escasez de personal
- El establecer claramente las obligaciones y competencias de los profesionales de Enfermería.
- El que no resulte físicamente agotador el trabajo
- El posibilitar apoyo informativo de forma institucionalizada
- La atención a los tipos de actividad asistencial y necesidades específicas de los diferentes servicios en los que desarrolla la profesión.
- La planificación coherente del trabajo

VIII. RECOMENDACIONES

Hay aspectos del contexto laboral sanitario que determinan problemas del Salud en los profesionales de enfermería, por lo tanto requieren una intervención sobre los propios profesionales a través de educación y entrenamiento en afrontamiento al estrés laboral.

Sobre estos aspectos, las instancias político-sanitarias pueden intervenir organizando y potenciando formación y entrenamientos en habilidades sociales, para los profesionales de enfermería, tomando en cuenta la salud, el rendimiento y la eficacia de los mismos.

Como se encuentra la situación política del país actualmente, es difícil que a nivel del Sector Salud se cuenten con recursos financieros para mejorar la economía y las áreas físicas, sin embargo consideramos apropiado:

- Revisar la plantilla existente para distribuir equitativamente al personal, en los servicios que tengan mayor carga de trabajo, valorar si es posible incrementar el número de profesionales para con esto evitar la sobrecarga de trabajo y mejorar la calidad de atención de enfermería.

- El mantenimiento del área física debe considerarse como una actividad permanente al igual en la iluminación, ventilación, temperatura, equipo y material empleado en cada uno de los servicios.

- Contar con un remanente de material de consumo para que las necesidades diarias sean cubiertas y para las situaciones de emergencia.

- Crear conciencia en la Jefatura de Enfermería de revisar sus programas de actualización en servicio del personal de enfermería y enfatizar en el manejo de equipos biomédicos y tecnológicos.

- Implementar programas para el manejo del estrés y Desarrollo Humano.

- Dar a conocer técnicas alternativas de bienestar emocional a todo el personal como son: ejercicio físico, ejercicios de relajación muscular, masaje terapéutico, reflexoterapia, yoga, relajación, entre otras. En combinación con una dieta balanceada y equilibrada que incluya: plátano, almendra, leche caliente con miel, brócoli, espinacas, germen de trigo, semillas de girasol y soya considerados como alimentos antiestrés, evitar así el consumo de cafeína, azúcar, harina refinada, sal de mesa, alcohol y grasas.

IX. BIBLIOGRAFÍA

- Crespo, K.S; González, V.S; (2001);Manual de metodología de la investigación; Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, U.N.A.M.
- Cruz, M. C; Vargas. F.L; (2001);Estrés entenderlo es manejarlo; México, Alfaomega.
- D’Gross. R; (1998);Psicología: la ciencia de la mente y conducta; 2º edición, México, Interamericana.
- Franco, B.X; (1999);Nivel de síndrome de agotamiento en médicos, enfermeras y paramédicos. Revista Mexicana de Puericultura y Pediatría Vol. 6 Núm. 34 Marzo-Abril.
- Flórez, L,J; (1994);Síndrome de “Estar Quemado”; Barcelona, Edikamed.
- Frías,A.R; (1995);El Stress en las U.C.I; Madrid, Cofas.
- Guyton, A.C ; (1998);Tratado de Fisiología Médica; 9ª ed; Interamericana; México.
- Haynal.A. Pasini W; (1984);Manual de medicina psicosomática,; Masson; México.
- Ivancevich, J.M; (1989);Estrés y trabajo: una perspectiva gerencial; 2ª ed; México, Trillas.
- Lartigue T; Fernández V; (1998);Enfermería: una profesión de alto riesgo; México, Plaza y Valdez.
- Latorre. P.J.M; (1992);Psicología de la salud; 2º ed; Argentina, Lumen.
- Leady.S. Pepine M.J; (1989);De la emoción a la lesión; Nueva York, Blloppincotc Company.
- López, I.E,(1994); Enfermería en cuidados paliativos; Madrid, Ed.Panamericana
- Novel, G y Marti; (1984);Enfermería Psicosocial.
- Orlandini, A; (1999);El estrés que es y como evitarlo; 2º ed; Fondo de cultura económica.
- Papalia, D.E; (1996);Psicología; Mc Graw-Hill Interamericana; México.
- Ribera. D; Cartagena, D.E; (1991);Estrés laboral y salud en profesionales de Enfermería; España.
- Salazar, H.J; Soberanes, S.M; Velasco, N.B; (2002);Lineamientos para la titulación en la Licenciatura en Enfermería; Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. U.N.A.M.

Tamayo y Tamayo, M (1997);El proceso de la investigación científica;3ª ed; Limusa, México.

Zapata C; (1995);Excelencia en el manejo del estrés; México, Edamex.

De Barbieri, T; (1992);Sobre la categoría género.Una introducción teórico metodológica; Revista Internacional de Sociología VI 2-3 2ª época.

Biblioteca de Consulta Microsoft Encarta 2003. Microsoft Corporation.

Diccionario Usual Larousse ;Garcia-Pelayo y Gross ,2000.

Diccionario de Medicina Mosby; Océano Grupo editorial; Barcelona España,1998.

Diccionario Médico Masson; Salvat editores, 3ª ed; México.

Glosario de Términos básicos sobre género(2000),Revista Pronam.

Aldaz, V.E (2003);Taller: Capacitación en género y salud, V Reunión de Investigación de Enfermería para el desarrollo humano y profesional; México. ealdazv@prodigy.net.mx

La perspectiva de género: una herramienta para construir equidad; (1998) DIF-UNICEF,2ª ed: V Reunión de Investigación de Enfermería para el desarrollo humano y profesional; México 2003.

Rico, B (2003); Enfermería una perspectiva de género. Programa Mujer y Salud (PROMSA); V Reunión de investigación de Enfermería para el desarrollo humano y profesional, México. D.F.

Camacho, S.J.I; (2001);Los derechos de la mujer y los retos en el mercado laboral; México.

Universidad Autónoma de Chiapas, Campus I. <http://www.estreslaboral.com>

Caminos hacia la equidad (2002);[http:// www.is-jovenes.com](http://www.is-jovenes.com)

Consejo municipal de participación de la mujer(2000);mujeres@leonvirtual.com

General Adaptation Syndrome; (2002): [http:// www.Intelihealth.com](http://www.Intelihealth.com)

Rodríguez, M.A; (2002);Psiconeuroinmunología: <http://www.psiconeuroinmunologia.com>

Slipak, O.E; (2002);Estrés laboral: <http://www.psiquiatria.com>

A NEXOS



Cuestionario No. _____

INSTRUCCIONES:

El Objetivo de este instrumento es conocer cuales son los factores que le originan estrés para su desempeño laboral; le sugerimos que marque con una (x) la respuesta elegida según su caso no omitiendo ninguna pregunta ni respuesta por favor; recordándole que él cuestionario es individual.

¡GRACIAS! por su cooperación.

I. PERSONALES

1.- Servicio donde labora:

- a) Unidad Tocoquirúrgica ()
- b) Unidad de Cuidados Intensivos ()
- c) Neonatología ()
- d) Urgencias ()

2.- Edad que tiene Usted:

- a) < - 20 años ()
- b) 21 - 25 años ()
- c) 26 - 30 años ()
- d) 31 - 35 años ()
- e) 36 - 40 años ()
- f) 41 - 45 años ()
- g) 46 - 50 años ()
- h) 51 - > ()

3.- Sexo:

- a) Masculino ()
- b) Femenino ()

4.- Religión:

- a) Católica ()
- b) Otra ()
- c) Ninguna ()

5.- Estado civil:

- a) casada (o) ()
- b) soltera (o) ()
- c) unión libre ()
- d) divorciada (o) ()
- e) viuda (o) ()
- f) madre soltera ()
- g) otro ()

6.- Años de Estado civil:

- a) 1 - 5 ()
- b) 6 - 10 ()
- c) 11 - 15 ()
- d) 16 - 20 ()
- e) 21 - > ()
- f) ninguno ()

7.- Número de hijos:

- a) 0 ()
- b) 1 - 2 ()
- c) 3 - 4 ()
- d) 5 - > ()

8.- Edades de los hijos, puede marcar más de una opción según su caso:

- a) 0 - 3 años ()
- b) 4 - 7 años ()
- c) 8 - 11 años ()
- d) 12 - 15 años ()
- e) 16 - 19 años ()
- f) 20 - > años ()
- g) ninguno ()

9.- Categoría que tiene en la Institución

- a) Jefe de servicio ()
- b) Supervisora ()
- c) Enfermera Especialista ()
- d) Lic. Enfermería ()
- e) Enfermera General ()
- f) Enfermera Auxiliar ()
- g) Pasante ()

10.- Antigüedad en la Institución:

- a) < 1 año ()
- b) 2 - 6 años ()
- c) 7 - 11 años ()
- d) 12 - 16 años ()
- e) 17 - 21 años ()
- f) 22 - > años ()

11.- Es empleado de: -

- a) Base ()
- b) Interinato ()
- c) Promoción ()
- d) Servicio Social ()

12.- Nivel académico:

- a) Especialista ()
- b) Licenciatura ()
- c) Técnico ()
- d) Auxiliar ()

13.- Diplomados:

- a) Intensivista ()
- b) Neonatología ()
- c) Otros ()
- d) Ninguno ()

14.-Cursos Postécnicos:

- a) Neonatología ()
- b) Cuidados Críticos ()
- c) Otros ()
- d) Ninguno ()

15.- ¿Le agrada ser Enfermera (o)?

- a) Sí ()
- b) No ()

Si su respuesta fue NO, ¿Porqué? _____

16.- Su medio de transporte para llegar al Hospital es:

- a) Transporte Público ()
- b) Transporte Propio ()
- c) Transporte prestado ()
- d) Un vecino o amigo pasa por usted ()
- e) Ninguno ()

17.- ¿En cuánto tiempo se traslada al Hospital?

- a) 30 minutos ()
- b) 1 hora ()
- c) 2 Horas ()
- d) Más de 2 horas ()

18.- ¿Trabaja Usted en otro lugar?, si su respuesta es SI marque la opción

- a) Sí ()
 - b) No ()
- a) IMSS ()
 - b) ISSSTE ()
 - c) SSA ()
 - d) DDF ()
 - e) PEMEX ()
 - f) Privado ()
 - g) Otro ()

19.-¿Su otro empleo se relaciona con su profesión?

- a) Si ()
- b) No ()
- c) Ninguno ()

20.-Si tiene otro empleo ¿En qué tiempo se traslada del Hospital a ese otro empleo?

- a) 30 minutos ()
- b) 1 hora ()
- c) 2 Horas ()
- d) Más de 2 horas ()
- e) ninguno ()

II. AMBIENTE LABORAL

21.- Turno en que labora:

- a) Matutino ()
- b) Vespertino ()
- c) Nocturno ()
- d) Mixto ()

22.-Antigüedad que tiene en el servicio donde labora:

- a) < 1 año ()
- b) 2 - 6 años ()
- c) 7-11 años ()
- d) 12 - 16 años ()
- e) 17 - 21 años ()
- f) 22 -> ()

23.- ¿Se siente a gusto en el servicio donde labora?

- a) Si () b) No ()

En caso de que su respuesta haya sido NO, en qué servicio le gustaría laborar:

24.-¿Se siente contenta(o) en el turno en que labora? ,si su respuesta fue NO marque la opción del turno en que le gustaría laborar.

- a) Si () b) No ()

- a) Matutino ()
b) Vespertino ()
c) Nocturno ()
d) Mixto ()

25.-A su ingreso al Hospital y al servicio se le dio un Curso de Introducción al Puesto?

- a) Si () b) No ()

26.-¿Su trabajo en este servicio le produce estrés o tensión?

- a) Si () b) No ()

27.- ¿Con cuántos usuarios trabaja diariamente?

- a) 1 - 5 ()
b) 6 - 10 ()
c) 11 - 15 ()
d) 16 - 20 ()
e) 20 - > ()

28.-¿Tiene otras actividades, además de dar atención a los Usuarios asignados?

- a) Si () b) No ()

¿Cuáles? _____

29.- La relación Enfermera - Usuario es :

- a) Excelente ()
b) Buena ()
c) Regular ()
d) Mala ()

30.- La relación Enfermera - Enfermera es :

- a) Excelente ()
b) Buena ()
c) Regular ()
d) Mala ()

31.- La relación Enfermera - Médico es :

- a) Excelente ()
b) Buena ()
c) Regular ()
d) Mala ()

32.- La relación con el demás equipo multidisciplinario es :

- a) Excelente ()
b) Buena ()
c) Regular ()
d) Mala ()

33.- ¿Se relaciona con los familiares del Usuario?

- a) Si () b) No ()

34.- ¿Recibe el apoyo de sus compañeras(os) como equipo en el trabajo del servicio?

- a) Si () b) No ()

35.- ¿Comparte sus experiencias laborales?

- a) Si () b) No ()

Si su respuesta es Si, ¿con quién? _____

36.- ¿Siente que el ambiente de su trabajo es cordial?

- a) Si () b) No ()

37.-¿Le provoca tensión trabajar con estudiantes, pasantes ó personal de nuevo ingreso o de otra área?

- a) Si () b) No ()

38.-¿Considera que cuenta con los conocimientos adecuados para laborar dentro de este servicio?

- a) Si () b) No ()

III. AREA FÍSICA , MATERIAL Y EQUIPO

39.-Considera que el área física donde labora es adecuada para brindar atención a los usuarios (as) :

- a) siempre ()
- b) algunas veces ()
- c) nunca ()

40.-Considera que la iluminación del área donde labora es adecuada

- a) siempre ()
- b) algunas veces ()
- c) nunca ()

41.-Considera que tiene buena ventilación el área donde labora

- a) siempre ()
- b) algunas veces ()
- c) nunca ()

42.-Considera que la temperatura del área donde labora es adecuada

- a) siempre ()
- b) algunas veces ()
- c) nunca ()

43.-En el área de trabajo hay ruido

- a) siempre ()
- b) algunas veces ()
- c) nunca ()

44.-¿Cuenta con el material y equipo necesarios para la atención de los usuarios?

- a) siempre ()
- b) algunas veces ()
- c) nunca ()

45.-¿El equipo y material que utiliza diariamente se encuentra en buen estado?

- a) siempre ()
- b) algunas veces ()
- c) nunca ()

46.- Usted considera que: ¿Al realizar procedimientos específicos, corre algún riesgo?

- a) siempre ()
- b) algunas veces ()
- c) nunca ()

47.-¿Sabe usted manejar equipo biotecnológico (bombas de infusión, ventiladores, cunas térmicas y/o radiantes, monitores, electrocardiógrafos, desfibrilador, etc)?

- a) siempre ()
- b) algunas veces ()
- c) nunca ()

IV. AMBIENTE FAMILIAR

48.-La casa donde habita es:

- a) Propia ()
- b) Rentada ()
- c) Prestada ()
- d) Otra ()

49.-¿Cuántas personas viven con Usted?

- a) 1 – 3 ()
- b) 4 – 6 ()
- c) 6 - > ()
- d) ninguno ()

50.-¿Quiénes conforman su familia?

- a) Esposo (a) ()
- b) Hijos ()
- c) Esposo (a) e Hijos ()
- d) Otros ()
- e) ninguno ()

51.-¿Mantiene comunicación con su familia?

- a) Si ()
- b) No ()

52.-¿Realiza labores del hogar?.

- a) Si ()
- b) No ()

53.-¿Quién le ayuda en las labores del hogar?

- a) Esposo (a) ()
- b) Hijos (as) ()
- c) Empleada (o) ()
- d) Otros ()
- e) Nadie ()

54.- ¿Con qué frecuencia le ayudan?

- a) Diario ()
- b) De 2 a 3 veces por semana ()
- c) Nunca ()

55.- Aparte de su ingreso económico, ¿quién más aporta dinero al Hogar?

- a) Esposo (a) ()
- b) Pareja ()
- c) Hijos (as) ()
- d) Hermanos (as) ()
- e) Padres ()
- f) Otros ()
- g) ninguno ()

56.-La salud de las personas que viven con usted es:

- a) Excelente ()
- b) Buena ()
- c) Regular ()
- d) Mala ()

57.- En su familia existe:

- a) Discapacidad Mental ()
- b) Enfermedades Congénitas ()
- c) Obesidad ()
- d) Diabetes Mellitus ()
- e) Hipertensión Arterial ()
- f) Cáncer ()
- g) Tuberculosis ()
- h) Otras ()

58.-Padece alguna enfermedad que relacione con el estrés:

- a) Hipertensión arterial ()
- b) Diabetes Mellitus ()
- c) Hipotensión ()
- d) Colitis ()
- e) Lumbalgias ()
- f) Dolor de cuello y espalda ()
- g) Alergias ()
- h) Úlcera péptica ()
- i) Gastritis ()
- j) Artritis ()

59.-Alguna vez ha sido víctima de maltrato físico o violencia

- a) Si ()
- b) No ()

60.- ¿Por quién?

- a) Padres ()
- b) Esposo(a) ()
- c) Pareja ()
- d) Otro ()
- e) ninguno ()

61.-¿Le agrada el lugar donde vive?

- a) Si ()
- b) No ()

62.-La relación con sus vecinos es buena:

- a) Si ()
- b) No ()

63.- Su casa permanece limpia y ordenada:

- a) Si ()
- b) No ()

64.-Su familia es escandalosa o hace mucho ruido

- a) Si ()
- b) No ()

65.- Le agrada estar en casa:

- a) Si ()
- b) No ()

66.-Le agrada la zona donde vive:

- a) Si ()
- b) No ()

67.-Tiene un lugar o espacio para usted:

- a) Si ()
- b) No ()

V.ACTIVIDADES DE DESCANSO, ESPARCIMIENTO E HIGIENE MENTAL

68.- ¿Cuántas horas duerme al día?

- a) menos - 3 horas ()
- b) 3 - 5 horas ()
- c) 6 - 8 horas ()
- d) 9 - > horas ()

69.- ¿Qué actividad recreativa realiza ?

- a) Ejercicio ()
- b) Leer ()
- c) Escuchar música ()
- d) Caminar ()
- e) Tejer ()
- f) Estudiar ()
- g) Ver televisión ()
- h) Trabajos manuales ()
- i) Otra ()
- j) Ninguna ()

70.- ¿Qué tiempo le dedica a su actividad recreativa?

- a) 30 minutos ()
- b) 1 - 2 horas ()
- c) 2 - > horas ()
- d) ninguna ()

71.-¿Cuántas veces a la semana realiza su actividad recreativa?

- a) Diario ()
- b) De 2 a 3 veces por semana ()
- c) De vez en cuando ()
- d) ninguna ()

72.-Sale de paseo con su familia:

- a) siempre ()
- b) algunas veces ()
- c) nunca ()

73.-Cuantas veces sale de paseo:

- a) 1 vez a la semana ()
- b) 1 vez cada quince días ()
- c) 1 vez al mes ()
- d) De vez en cuando ()
- e) Nunca ()

74.-A donde sale con mayor frecuencia:

- a) Parque ()
- b) Cine ()
- c) Museo ()
- d) Teatro ()
- e) Con familiares ()
- f) Campo ()
- g) Centro de diversiones ()
- h) Otros ()
- i) ninguno ()

75.-Sus ocupaciones le permiten comer con su familia:

- a) siempre ()
- b) algunas veces ()
- c) nunca ()

76.-Se preocupa demasiado

- a) siempre ()
- b) algunas veces ()
- c) nunca ()

77.-Le falta confianza en si mismo.

- a) siempre ()
- b) algunas veces ()
- c) nunca ()

78.-Le es difícil concentrarse

- a) siempre ()
- b) algunas veces ()
- c) nunca ()

79.-¿Come en exceso?

- a) siempre ()
- b) algunas veces ()
- c) nunca ()

- 80.-¿Fuma cigarrillos?
 a) siempre ()
 b) algunas veces ()
 c) nunca ()
- 81.-¿Bebe café?
 a) siempre ()
 b) algunas veces ()
 c) nunca ()
- 82.-¿Ingiere bebidas alcohólicas?
 a) siempre ()
 b) algunas veces ()
 c) nunca ()
- 83.-¿Falta a su trabajo?
 a) siempre ()
 b) algunas veces ()
 c) nunca ()
- 84.-¿Discute con sus compañeros (as) de trabajo?
 a) siempre ()
 b) algunas veces ()
 c) nunca ()
- 85.-¿Siente tensión física?
 a) siempre ()
 b) algunas veces ()
 c) nunca ()
- 86.-¿Se altera con facilidad?
 a) siempre ()
 b) algunas veces ()
 c) nunca ()
- 87.-¿Tiene dolores de cabeza?
 a) siempre ()
 b) algunas veces ()
 c) nunca ()

- 88.-¿Resuelve sus problemas de vida y trabajo con éxito?
 a) siempre ()
 b) algunas veces ()
 c) nunca ()
- 89.-¿Toma parte en diversas actividades interesantes?
 a) siempre ()
 b) algunas veces ()
 c) nunca ()
- 90.-¿Disfruta ir a fiestas y eventos sociales?
 a) siempre ()
 b) algunas veces ()
 c) nunca ()
- 91.-¿Disfruta tener experiencias poco comunes o nuevas?
 a) siempre ()
 b) algunas veces ()
 c) nunca ()
- 92.-¿Cómo se siente con su imagen corporal?
 a) satisfecho ()
 b) insatisfecho ()
- 93.-¿Cada cuando asiste a un curso (actualización, monográfico, especialización etc)?
 a) Cada 3 meses ()
 b) Cada 6 meses ()
 c) Cada año ()
 d) Nunca ()
- 94.-Conoce técnicas de relajación o meditación para el estrés
 a) Sí () b) No ()
- 95.-Considera que el área de Enseñanza en Enfermería debería implementar fomentar cursos para el manejo y prevención del estrés.
 a) Sí () b) No ()

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ANEXO No. 2

ETAPAS	ACTIVIDADES	Del 1° de Abril al 31 de Noviembre del 2003																																
		ABRIL				MAY.				JUN.				JUL.				AGOST.				SEPT.				OCT.				NOV.				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
PLANEACIÓN	*Recopilación de Información referente al tema.	☐	☐	☐	☐																													
	*Selección de información para elaboración de Marco conceptual.					☐	☐	☐	☐																									
	*Elaboración de anteproyecto									☐	☐																							
	* Entrega de anteproyecto para su aprobación ante el Comité Académico de Carrera.											☐																						
	*Autorización del Proyecto de Investigación.											☐	☐																					
	*Elaboración del Instrumento.												*																					
	*Piloteo del instrumento y modificación												☐	☐																				
	*Aplicación del Instrumento																	☐	☐	☐	☐													
PROCESAMIENTO DE DATOS	*Recolección de datos para análisis de resultados.																					☐	☐											
	*Tabulación por medio de frecuencias y porcentajes en cuadros y gráficas.																					☐	☐	☐	☐	☐	☐							
	*Discusión de resultados.																									☐	☐							
EVALUACIÓN	*Propuestas de Intervención																													☐	☐			
	*Conclusiones y presentación final de la investigación.																													☐	☐			