

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL
DISTRITO FEDERAL
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**

NOMBRE DE LA OPCIÓN

TESINA

TÍTULO DEL TRABAJO

**PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

PAVEL SANCHEZ ALCIBAR

DIRECTORA DE TRABAJO ESCRITO

MTRA. NORMA FLORES GAYTAN

CIUDAD DE MÉXICO, 2018



SECRETARÍA DE SALUD

**Dirección de Educación e Investigación
Subdirección de Formación de Recursos Humanos para la Salud
Escuela de Enfermería**



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.

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM
P R E S E N T E.

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: Prevención del Síndrome de Burnout en el
Profesional de Enfermería de las Instituciones de Salud

Elaborado por:

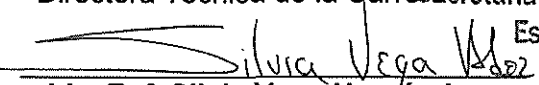
1.	<u>SANCHEZ</u>	<u>ALCIBAR</u>	<u>PAVEL</u>	Núm. de cuenta:	<u>412504699</u>
2.					
3.					
	Apellido paterno	Materno	Nombre		Núm. de cuenta

Alumna (s) de la carrera de: Licenciado en Enfermería y Obstetricia
Reúne (n) los requisitos para su impresión.

Ciudad de México a 06 de agosto 2018

Nombre y firma del Asesor


Mtra. Norma Flores Gaytan

Nombre y firma de la
Directora Técnica de la Carrera de Secretaría de Salud Institución Federal
Escuela de Enfermería

Lic. Enf. Silvia Vega Hernández
DIRECCIÓN
CLAVE 3095



SECRETARÍA DE SALUD

Dirección de Educación e Investigación
Subdirección de Formación de Recursos Humanos para la Salud
Escuela de Enfermería

AGRADECIMIENTOS

Primeramente gracias a la vida por darme la oportunidad de llegar a este momento.

A mi Mamá por apoyarme de manera incondicional.

A mi esposa por su apoyo en la elaboración de este proyecto.

Mi hijo, por darle sentido y ese toque especial que necesitaba en mi vida.

Y por último, gracias a todos y cada uno de los profesores que estuvieron presentes en nuestra formación académica.

INDICE

Introducción.....	1
Justificación.....	3
Objetivos.....	5

CAPITULO I

1. Marco Teórico	
1.1 Antecedentes.....	6
1.2 ¿Qué es el Síndrome de Burnout (SB)?.....	8
1.2.1 Características del (SB).....	11
1.2.2 Factores de riesgo.....	12
1.2.3 Reacciones Psicosomáticas.....	15
1.2.4 Diagnostico “Cuestionario de Maslach Burnout Inventor (MBI).....	16
1.2.5 Clasificación de (SB).....	18
1.2.6 Tratamiento y prevención.....	19
1.3 Síndrome de Desgaste Profesional por Empatía (SDPE).....	20
1.3.1 Factores de riesgo en (SDPE).....	21
1.3.2 Diferencias entre SDPE y SB.....	24
1.4 Estrés.....	24
1.4.1 Síntomas de Estrés.....	25
1.4.2 Diferencia entre Estrés y SB.....	27
1.5 Neurastenia laboral.....	27
1.6 Fatiga.....	28
1.6.1 Tipos de fatiga.....	28
1.6.2 Causas.....	29

CAPITULO II

2. Marco legal y normativo.....	30
2.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.....	30
2.2 Ley General de Salud.....	30
2.3 Ley Federal de Trabajo.....	35

CAPITULO III

3. Marco disciplinar de enfermería.....	37
3.1 Qué es el cuidado.....	37
3.2 El cuidado como objeto de estudio de Enfermería: CARE, CURE.....	38
3.3 Enfermería como profesión y disciplina.....	38
3.4 Filosofía en enfermería.....	40
3.5 Objetivos de la Enfermería.....	41
3.6 La ética en enfermería.....	41

CAPITULO IV

4. Consecuencias del SB en el personal de enfermería.....	43
4.1 En el ámbito personal y familiar.....	44
4.2 Síntomas descriptivos del SB.....	46
4.3. El SB como riesgo laboral en las Enfermeras, según la Organización Internacional del Trabajo (OIT).....	46
4.4 El Síndrome de Burnout como riesgo laboral en las Enfermeras según la OMS.....	47
4.5 Participación del profesional de enfermería en la prevención del SB.....	48
4.5.1 Intervenciones de Enfermería.....	48
Conclusión.....	59
Glosario de términos.....	60

INTRODUCCIÓN:

La vivencia profesional en el cuidar implica en una tensión emocional constante, atención y grandes responsabilidades a cada gesto. Así es la naturaleza del trabajo en el ámbito de la salud, porque resulta en manejar el dolor, con el sufrimiento y con la muerte de pacientes, lo que puede afectar los trabajadores de diferentes instituciones, propiciando el surgimiento del Síndrome de Burnout.

El Síndrome de Burnout, también conocido como síndrome de aniquilamiento, síndrome de estar quemado, síndrome de desmoralización o síndrome de agotamiento emocional o profesional es considerado por la Organización Mundial de la Salud como una enfermedad laboral que provoca detrimento en la salud física y mental del personal de Enfermería.

Herbert Freudenberger en 1974 introdujo el concepto de Burnout describiéndolo como una “sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”. En ese mismo tiempo, Cristina Maslach, psicóloga social realizaba un estudio sobre las respuestas emocionales de los profesionales de los cuidados, al cual denominó “sobrecarga emocional”

En 1981, Maslach y Jackson definieron el concepto desde una perspectiva tridimensional caracterizada por:

El agotamiento emocional que se caracteriza por una falta o la carencia de energía acompañada de un sentimiento de agotamiento emocional. Los trabajadores perciben que ya no poseen condiciones de depender más energía para el servicio de su cliente o demás personas, como ya hubo en situaciones pasadas. En cuanto a la despersonalización, ésta puede ser definida como distanciamiento emocional, indiferencia con relación a las actividades laborales, pudiendo el trabajador tratar a otras personas como objeto trabajador y encontrar formas de convivir y dar flujo a la tensión generada por la ruptura entre involucrarse o no en el trabajo.

Por fin, la reducida Realización Profesional es caracterizada por la sensación de insuficiencia, baja autoestima, insatisfacción con sus actividades y desmotivación, provocando muchas veces la voluntad de abandonar la profesión. Las personas se sienten infelices consigo mismas e insatisfechas con su desarrollo profesional.

Es importante mencionar que en los últimos años ha surgido un nuevo marco que reorienta las actividades de la enfermera e implica nuevas tareas, procedimientos y funciones, cambios en los programas de formación así como el manejo de tecnología de vanguardia, la elevada demanda de los servicios de salud por parte de la población es un factor que puede favorecer la presencia del Síndrome de Burnout.

Es por ello que el siguiente trabajo hace referencia a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral dado que afectan la calidad de vida de los empleados, su autopercepción y ésta tiene repercusiones importantes sobre la organización (ausentismo, rotación, disminución de la productividad, disminución de la calidad, etc.). Asimismo, dado que la mayor incidencia del Síndrome de Burnout se da en profesionales de servicios que prestan una función asistencial o social, el deterioro de su calidad de vida laboral tiene repercusiones sobre la sociedad en general.

En el capítulo I se aborda el desarrollo del Síndrome de Burnout, al mismo tiempo se mencionan las dificultades que presenta este término, sus variadas definiciones y las similitudes que guarda con otros conceptos. Así como varias escalas de evaluación; de ellas, la más utilizada a nivel mundial es la que se conoce con el nombre de Inventario para Burnout de Maslach, reconocida por sus siglas "IBM" o "BMI" en inglés Maslach 1996.

En el capítulo II haremos mención de las leyes ya que la Enfermería es una disciplina que se rige por estas y por lo tanto debemos llevar un control y un procedimiento para el correcto desempeño de las labores de atención.

El capítulo III hace mención del cuidado como objeto de estudio de la Enfermería el cual deberá ser aplicado como profesión y disciplina, para llegar a un cuidado óptimo y con esto cumplir con las exigencias que la sociedad demanda.

Para finalizar en el capítulo IV, se concluye con las consecuencias negativas que trae aparejadas el Síndrome de Burnout tanto para el individuo como para la organización. Lo cual permite apreciar el gran daño que representa para todos los actores sociales, y esto debería de ser suficiente motivo para tomar acciones concretas para revertirlo.

JUSTIFICACIÓN:

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, el 75% de los mexicanos padecen el síndrome de burnout o fatiga por estrés laboral. De hecho, gracias a esta impresionante cifra, México tiene el primer lugar a nivel mundial en estrés laboral, superando a países como China (73%) y Estados Unidos (59%). Por ello la necesidad de estudiar el Síndrome de Burnout, viene unida a la necesidad de preocuparse más en la calidad de vida que se ofrece a los expertos de la salud, sin olvidar que la calidad de servicio en las unidades, constituye un objetivo prioritario para los profesionales y para la organización, orientada necesariamente al paciente dentro de un contexto multidisciplinar. Sin embargo, las políticas de gestión de la salud no siempre consiguen unir las metas organizacionales con la propia satisfacción del trabajador cuando pretende alcanzar unos determinados estándares de calidad de servicio.

El Síndrome afecta tanto al bienestar físico, mental, las relaciones laborales con compañeros y la organización, no solo desencadena problemas en el ámbito de la salud mental y física de los individuos, sino que también tiene repercusiones económicas para las organizaciones donde éstos trabajan. Se ha estimado que el estrés causa la mitad del ausentismo, y tiene consecuencias significativas en la productividad laboral. Todos estos efectos debido a problemas de salud prevenibles, relacionados al SB. Se le ha llamado de varias formas síndrome del quemado (SQ), síndrome de desgaste profesional (SDP), enfermedad de Thomas o síndrome de hastío psicosocial, más comúnmente SB, por desarrollarse en un ambiente laboral principalmente donde la actividad de trabajo implica contacto directo e interacción con otras personas.

Por ello, y debido a que la enfermería es una de las profesiones que está sometida a altos niveles de estrés y que este impacta en la calidad de los servicios que otorga, se hace necesario vigilar su desempeño en las unidades médicas para mantener y promover un clima laboral satisfactorio, con importantes resultados no solo para la excelencia de los cuidados a los pacientes, sino muy especialmente para el personal de enfermería como trabajador de la salud.

Respecto a la prevalencia y a la incidencia de este síndrome, la información disponible es fragmentada, no hay aun algún estudio epidemiológico que permita visualizar el porcentaje de población real que la padece, y aunque existen investigaciones que se han abocado a realizar esfuerzos en torno a determinar la prevalencia en diversos campos, y diferentes poblaciones, los datos que se han obtenido varían mucho de población en población estudiada.

En el caso del personal de salud las incidencias varían, por ejemplo en un estudio en donde se toman más de diez mil personas de habla hispana que laboran en salud, a través del portal electrónico de la página Intramed, se muestran incidencias

muy variables según el país, por ejemplo: 14,9% en España, 14,4% en Argentina, 7,9% en Uruguay, 4,2% en México, 4% en Ecuador, 4,3% en Perú, 5,9% en Colombia, 4,5% en Guatemala y 2,5% en El Salvador.

Se dice que su prevalencia tiene un pico en dos periodos de tiempo, el primero durante los dos primeros años de carrera profesional y el segundo en personas que han cumplido diez años de labores.

No existe ningún tratamiento específico para el SB ni tampoco una estrategia simple de prevención.

Actualmente, las estrategias y técnicas de intervención se basan en los diversos métodos y conocimientos desarrollados para afrontar y manejar el (SB). La mayoría de los programas se centran en hacer ver a los trabajadores la importancia de prevenir los factores de riesgo con el fin de que conozcan el problema, así como en el entrenamiento en aspectos específicos (afrontamiento, reestructuración cognitiva, organización del tiempo, estilos de vida, etc.).

A continuación se mencionan algunas estrategias de intervención en personas ya diagnosticadas, que en resumen son: 1) Modificar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales (entrenamiento en técnicas de afrontamiento, principalmente a las orientadas a la tarea/solución de problemas). 2) Desarrollar estrategias cognitivo-conductuales que eliminen o neutralicen las consecuencias del Burnout. 3) Desarrollar habilidades de comunicación interpersonal, habilidades sociales y asertividad. 4) Fortalecer las redes de apoyo social. 5) Disminuir y, si es posible, eliminar los estresores organizacionales.

OBJETIVOS:

General:

- Identificar durante la jornada laboral las consecuencias del SB en el personal de enfermería a fin de establecer propuestas para prevenir el Síndrome de estar Quemado en las Instituciones de Salud.

Específicos:

- Detectar las consecuencias del desarrollo del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería.
- Conocer el desarrollo del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería.
- Establecer propuestas a fin de prevenir el desgaste del personal de salud en la institución.

CAPÍTULO I.

1. Marco Teórico

1.1 Antecedentes

El Síndrome de Burnout, también conocido como síndrome de Aniquilamiento, síndrome de estar quemado, síndrome de desmoralización o síndrome de agotamiento emocional o profesional es considerado por la Organización Mundial de la Salud como una enfermedad laboral que provoca detrimento en la salud física y mental de los individuos.

El síndrome de quemarse en el trabajo es una respuesta al estrés laboral crónico que se produce principalmente en las profesiones de la salud que se centran en la prestación de servicios. El objetivo de estos profesionales es cuidar los intereses o satisfacer las necesidades de los pacientes, y se caracterizan por el trabajo en contacto directo con las personas a las que se destina su trabajo.

El estrés en esta profesión está compuesto por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. Es una profesión en la que inciden especialmente estresores como la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, etc. Todos estos estresores han sido identificados en la literatura como antecedentes del síndrome de quemarse por el trabajo. Identificar las variables antecedentes del síndrome de quemarse supone considerar el entorno social, organizacional, interpersonal e individual específicas de estas profesiones.

Al hablar de los antecedentes del síndrome de quemarse por el trabajo del entorno social hay que señalar que en los últimos años en la profesión de enfermería han surgido nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión, al mismo tiempo se han formulado nuevos procedimientos para las tareas y funciones, han aparecido cambios en los programas de educación y formación de los profesionales, en los perfiles demográficos de la población que requieren innovación en los roles, y aumento de las demandas de servicios de salud por parte de la población. Todas estas modificaciones han ocurrido con demasiada rapidez para ser asumidos por la profesión. También cabe citar la falta de preparación y formación de algunos profesionales, la incompetencia de la administración pública para resolver los problemas del sector, expectativas irreales, o lo que se denomina la sociedad de la queja: pacientes que constantemente exigen derechos, incluso, en ocasiones, derechos desmedidos a los que no hay lugar, pero que no se plantean sus obligaciones hacia el personal de enfermería.

Hay que añadir elementos como la pérdida del prestigio social que en décadas pasadas ha detectado esta profesión, la masificación en el número de usuarios, la exigencia de una mejor calidad de vida por parte de la población general debido a un incremento en el nivel cultural de esa población, o la falta de profesionales para atender esas exigencias por razones presupuestarias de las administraciones públicas.

Desde un nivel organizacional la profesión de enfermería se caracteriza por trabajar en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada.

Los principales problemas que se generan en las burocracias profesionalizadas son los problemas de coordinación entre los miembros, la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción, la incorporación de innovaciones y respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas organizacionales. La consecuencia de la falta de ajuste de la organización a su estructura genera además consecuencias que han sido identificadas como antecedentes del síndrome de quemarse por el trabajo. Entre ellas cabe citar la ambigüedad, el conflicto y la sobrecarga de rol, baja autonomía y rápidos cambios tecnológicos. Otra variable importante en este nivel es el proceso de socialización laboral que origina que los nuevos miembros aprendan pautas de comportamiento no deseables.

En el plano de las relaciones interpersonales, las relaciones con los usuarios y con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los niveles del síndrome. Asimismo, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores, o de la dirección o la administración de la organización, la excesiva identificación del profesional con el usuario, y los conflictos interpersonales con las personas a las que se atiende o sus familiares, son fenómenos característicos de estas profesiones que aumentan también los sentimientos de quemarse por el trabajo.

A nivel del individuo, las características personales van a ser una variable a considerar en relación a la intensidad y frecuencia de los sentimientos de quemarse por el trabajo. La existencia de sentimientos de altruismo e idealismo acentuados por la forma en que una parte importante de estos profesionales abordan su profesión podría facilitar el desarrollo del proceso. Este idealismo y los sentimientos altruistas llevan a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios y convierten en un reto personal la solución de los problemas. Ello va a conllevar que se sientan culpables de los fallos, tanto propios como ajenos, lo cual redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y aumento del agotamiento emocional. Por otra parte, el sexo también establece diferencias significativas en los profesionales de enfermería en el síndrome de quemarse por el trabajo.

Estas diferencias se producen en dos aspectos:

- En los niveles del síndrome, en el sentido de que los hombres puntúan más alto que las mujeres en despersonalización.
- En su proceso de desarrollo, de manera que se establecen diferentes patrones de relaciones entre las dimensiones del síndrome y algunos de sus antecedentes y consecuentes más relevantes en función del sexo de los sujetos que componen la muestra.¹

1.2. ¿Qué es el Síndrome de Burnout (SB)?

Síndrome

- Es un grupo de signos y síntomas que cuando se consideran en un conjunto, caracterizan una enfermedad o lesión (Balseiro 2010). Así en el mundo laboral hay manifestaciones fisiológicas, conductuales, psicológicas y laborales que dan idea a un padecimiento por actividades profesionales. Esta enfermedad se pone de manifiesto por una serie de signos y síntomas que afectan la salud de los trabajadores.

Burnout

- La palabra es introducida en la bibliografía científica en los primeros años de la década de 1970 y desde esa fecha gran cantidad de autores la han venido empleando cada vez más. La mayoría de los investigadores coinciden en identificar el Síndrome de Burnout como un estrés laboral asistencial que afecta a los profesionales de diversas ramas, pero que generalmente mantienen un tiempo considerable en intensa implicación con gente que a menudo se encuentra en una situación problemática y donde la relación puede estar cargada de sentimientos de turbación, frustración, temor o desesperación.²

Anteriormente, se suponía que los ejecutivos eran los profesionales más estresados, pero las investigaciones acerca del estrés laboral revelaron que también estaban expuestas a estos problemas las personas que tuvieran contacto

¹ Chacón, R. Margarita. Burnout en enfermeras que brindan atención a pacientes oncológicos. Documento impreso. Madrid, 1997

² Esquivel, M., Carlos Gerardo et al. Síndrome de agotamiento profesional en el personal médico de un hospital de tercer nivel. En la Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, No 45 (5), México, 2006.

directo con pacientes, clientes y usuarios, cuyas exigencias desbordaban la capacidad de los profesionales.

Burnout resulta de la combinación de dos palabras inglesas Burn que significa “fuego, quemadura” nout que significa ahora, esto da la idea de “quemarse ahora” en el momento o quemarse en el trabajo. La palabra Burnout se tomó de la industria aeroespacial en cuyo caso significa agotamiento del carburante de un cohete como el resultado del calentamiento excesivo así lo describe Gil Monte, 2006.

En las ciencias médicas, el mencionado término fue introducido por primera vez por el Psiquiatra Herbert Freudenberger, quien definió que el Síndrome de Burnout significa fallar, desgastarse o sentirse exhausto debido a las demandas excesivas de energía, fuerza o recursos.

Muchos expertos dicen que dicho síndrome es una enfermedad de la sociedad moderna, donde el trabajo deja de ser una fuente generadora de bienestar para transformarse en un factor causal de desilusión, y que es la sociedad quien debe deshacer el camino mal transitado.

Definición

La palabra inglesa de Burnout es un término de difícil traducción en el castellano, va más allá del simple agotamiento o estar exhausto, pues implica también una actitud hacia el trabajo deprivada de ánimo. De igual manera, en México, en nuestro idioma, podríamos libremente traducirlo como estar quemado, consumido, tronado o reventado. Como ninguno de estos términos se ajusta con precisión a lo que en la literatura científica se entiende como SB.

Se trata de un síndrome clínico descrito en 1974 por Freudemberguer, psiquiatra, que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York. Observó que al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes. En las mismas fechas, la psicóloga social Cristina Maslach, estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda, calificó a los afectados de “Sobrecarga emocional” o SB (quemado). Esta autora lo describe como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal” que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas.

Es un proceso secundario a una respuesta negativa al estrés laboral crónico, que aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que el sujeto suele emplear.

Lo integran tres componentes:

- **Agotamiento emocional.** Se define como cansancio y fatiga física. Es la sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás; haciendo referencia a las sensaciones de sobre esfuerzo físico y hastío emocional que se producen como consecuencia de las continuas interacciones de los trabajadores con los usuarios.
- **Despersonalización.** La despersonalización (que no es sinónimo de cuadro psiquiátrico del mismo nombre) es un modo de responder a los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal. En lugar de expresar estos sentimientos y resolver los motivos que los originan, las personas que padecen el SB muestran una fachada hiperactiva que incrementa su sensación de agotamiento, y en esta fase alternan la depresión y la hostilidad hacia el medio.
- **Falta de realización personal.** Surge cuando se verifica que las demandas que se le hacen, exceden su capacidad para atenderlas de forma competente. Supone respuestas negativas, evitación de las relaciones personales y profesionales, bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar la presión, una baja autoestima y la presencia de un autoconcepto negativo. Como consecuencia se da la impuntualidad, la evitación del trabajo, el ausentismo y el abandono de la profesión.

El cuadro clínico puede seguir la siguiente secuencia, aunque no siempre están bien definidos:

- **Leve:** Los afectados por el SB presentan síntomas físicos vagos e inespecíficos (cefaleas, dolores de espalda, lumbalgias). El afectado se vuelve poco operativo.
- **Moderada:** Aparece insomnio, déficit de atención, falta de concentración y tendencia a la automedicación.
- **Grave:** Las personas que padecen esta forma de SB presentan mayor ausentismo, aversión por las tareas, cinismo abuso de alcohol y consumo de psicofármacos.
- **Extrema:** Quienes se encuentran en esta modalidad muestran aislamiento, crisis existenciales, depresión crónica y riesgo de suicidio.

En general, pueden establecerse dos tipos de repercusiones del Síndrome de Burnout (SB): para el individuo (salud, relaciones interpersonales) y para la institución (insatisfacción laboral, propensión al abandono y el ausentismo,

deterioro de la calidad del servicio, genera cierto grado de hostilidad y resentimiento).³

1.2.1. Características del Síndrome de Burnout (SB)

De tal forma que el síndrome se caracteriza por:

- Agotamiento emocional, fatiga y depresión.
- Relación de los síntomas con la actividad laboral.
- Predominancia de estos síntomas en los ámbitos mentales y conductuales sobre el cansancio físico.
- Aparición de los síntomas en personas normales sin antecedentes “psicopatológicos”.
- Ineficiencia y pobre desempeño en el trabajo.

Se presenta con mayor frecuencia en trabajadores de la esfera prestación de servicios y relaciones humanas con cargas excesivas de trabajo (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros etc.) Se considera de importancia en el ambiente de salud en el trabajo pues las consecuencias laborales del mismo son ausentismo y cambios frecuentes o abandono del trabajo. Desde el punto de vista institucional, el contar con personal en estas condiciones emocionales deteriora el ambiente laboral y es generador de conflictos con los compañeros de trabajo y con los integrantes de su familia.

Muchos de estos elementos coinciden con el diagnóstico de Neurastenia laboral, término aprobado por la Organización Mundial de la Salud en 1992, y que en algunas ocasiones ha sido usado como sinónimo del síndrome, aunque en éste, están ausentes los rasgos de patología psiquiátrica.

Entre los principales factores que propician el desarrollo de este síndrome se encuentra la carga excesiva de trabajo en con un tiempo insuficiente para ser realizada.

La sobrecarga laboral y presión del tiempo para llevarla a cabo son detonantes comunes y consistentemente relacionados con la aparición del síndrome, particularmente con la aparición del agotamiento emocional

Otros factores relacionados con el trabajo y que han sido asociados como factores crónicos desencadenantes son:

- La falta de información o incapacidad de desarrollar satisfactoriamente el trabajo encomendado.
- La carencia de apoyo de los supervisores encargados del área.

³ Rocha I., Juan Manuel. Síndrome de Burnout: El médico de urgencias incansable? En la revista Medicina de Urgencias, Vol. 1, No. 2, Abril-Junio. México, 2002, p.53.

- La ausencia de realimentación positiva y reconocimiento en el trabajo.
- La percepción de inequidad.

Así como algunos trastornos fisiológicos, como pueden ser:



<http://www.casadesalud.com.mx/articulos/sindrome-de-burnout/>

1.2.2. Factores de Riesgo

El SB es una respuesta del individuo, cuando tiene que enfrentarse a diferentes situaciones que no se pueden controlar. Para que el síndrome se produzca es necesaria la interacción entre respuestas y características individuales al estrés, así como la presión laboral en el ambiente de trabajo; al respecto existen evidencias nacionales e internacionales sobre los siguientes factores de riesgo.

- Personalidad: Freudenberger consideraba teóricamente a las personas con alto riesgo de “quemarse” a aquellos “optimistas” que utilizan el trabajo para tener una “buena opinión de sí mismos”, por el contrario, Solano encontró que el ser optimista amortigua los síntomas de estar quemado.
- En otro estudio Cristina Ortega refiere que los profesionales con inseguridad y problemas de autoestima tienen menor capacidad para afrontar la tensión y mayor riesgo de adaptación y de enfermar.
- Edad: J. Carlos Atance y Martínez observaron que conforme la edad aumenta se produce mayor tensión emocional por la falta de actualización de conocimientos, así como Romana Albadejo, Rodolfo Quiroz y Carmen Perezagua en sus investigaciones refieren que la edad no tiene relación significativa.

- Antigüedad: Al respecto María Solano, J. Carlos Atance y M. A. Caballero hacen referencia que a mayor antigüedad laboral, se genera mayor despersonalización y agotamiento emocional lo cual provoca el SB y refieren que los años promedio para que se de esta situación son de más de 15 a 19 años laborando, sin embargo Carmen Perezagua, E. A Adali y Pedro Gil-Monte han encontrado que las personas en sus primeros años laborales, al no contar con la experiencia necesaria genera estrés ante una situación desconocida durante el proceso de adaptación haciéndolas más vulnerables al equilibrar las expectativas idealistas ante un contexto nuevo.
- Género: María Solano, C. Martínez López y Pedro Gil-Monte consideran como un grupo vulnerable a las mujeres debido a la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar, sin embargo Armand Grau y Jorge Román encontraron que el género más vulnerable es el hombre y refieren que en los hospitales en su mayoría el personal es femenino y no existe equidad para proporcionar datos con suficiente validez.
- Estado civil: Al respecto J. Carlos Atance, Carmen Perezagua y M. A. Caballero encontraron que el estar casado de alguna manera conlleva a una vida familiar rica actuando como amortiguador emocional.
- Tener hijos: Carmen Perezagua y M. A. Caballero encontraron que al tener hijos las personas son menos propensas a padecer el SB, interpretando los mismos autores que esta condición las hace más realistas y maduras y con mayores posibilidades de afrontar conflictos emocionales; sin embargo Armand Grau, Romana Albadejo y Pedro Gil-Monte mencionan que no se encontró relación significativa en esta área con dicho padecimiento.
- Horas de trabajo: J. Carlos Atance y Rodolfo Quiroz encontraron mayor cansancio emocional en aquellos profesionales que dedican entre 36 y 40 horas a la semana, con respecto a los que trabajan menos de 36 horas sin embargo María Solano y Pedro Gil-Monte no encontraron relación entre este factor y el SB.
- Horario de trabajo: Las referencias revisadas de María Solano y Pedro Gil-Monte muestran que el SB se da más en aquellas personas que trabajan en el turno nocturno, seguido por el vespertino y por último el matutino esto se ha explicado por el hecho de que no hay una relación activa con el paciente encontrándose dormido la mayoría del turno y no existe reconocimiento por parte de él, hacia las intervenciones que la enfermera le brinda; sin embargo

M. A. Caballero y Rodolfo Quiroz no encontraron relación con esta categoría y el SB.

- Situación laboral: M. A. Caballero muestra que hay mayor cansancio emocional en aquellos profesionales con plazas de base obteniendo puntuaciones más altas debido a la mayor carga laboral, por otro lado N. Ibáñez Y Jorge Román han observado que los profesionales suplentes o de contrato tienden más a la despersonalización. Esto se ha considerado así ya que no se ven realizadas las altas expectativas generadas al ingresar al centro de trabajo.
- Número de pacientes: J. Carlos Atance y María Solano refieren puntuaciones mayores en la dimensión de cansancio emocional en aquellos que tenían más de 20 pacientes haciendo referencia que existe la insatisfacción de no realizar las actividades en su totalidad no obteniendo los resultados que ellos esperaban en la atención al paciente.
- Nivel educativo: María Solano y E. A. Adali encontraron que aquellos que tienen un nivel académico más alto presentan niveles de moderado-alto ya que tienen mayor responsabilidad en cuanto a conocimientos.
- Reconocimiento profesional: Armand Grau y Romana Albadejo refieren que existe una relación significativa para adquirir el SB, teniendo en cuenta que el personal de enfermería no percibe una expresión de recompensa verbal por parte de los pacientes así como de las autoridades ya sea de manera material o verbal, refiriendo los profesionales que su trabajo no es proporcional a lo que ellos dan, causando despersonalización.
- Áreas laborales: María Solano y Jorge Román hacen referencia que se presenta mayor cansancio emocional en los profesionales ubicados en áreas donde se requiere dar cuidados específicos requiriendo mayor número de horas de atención al paciente como son UCI, Oncología y Urgencias.
- Tiempo libre: Rodolfo Quiroz y N. Ibáñez encontraron que el personal de Enfermería que cuenta con menos de 6 horas semanales de ocio o tiempo libre para otras actividades son más propensas a la despersonalización y al

agotamiento emocional explicando que tienen menos tiempo para liberarse de las tensiones del trabajo.⁴

1.2.3. Reacciones psicosomáticas: Son las manifestaciones físicas que tienen su origen en algún conflicto emocional.

Desesperación.

Lo que puede observarse de manera subjetiva es lo siguiente:

1. Psiquiátricas. Deterioro progresivo y encubierto de la persona, como depresión y ansiedad crónica, trastornos del carácter, suicidio, disfunciones familiares graves (violencia) y adicciones (incluida la adicción al trabajo).
2. Somáticas. Cuadro de estrés con expresiones variadas de tipo muscular, endócrino, nervioso, circulatorio y otros cuadros psicosomáticos.
3. Organizacionales. Deterioro en las relaciones laborales que provoca distintos tipos de efectos, como el empobrecimiento del desarrollo profesional, rivalidad, individualismo, fallas operativas reiteradas, desmotivación e inconformismo.

En la actividad profesional, se pueden tener las siguientes conductas:

1. Ausencia de compromiso emocional: La pérdida de contacto relacional puede manifestarse en un trato distante, mal manejo de la información y falta de respuesta a las emociones del otro.
2. Disociación instrumental extrema: Se expresa en conductas automáticas y rígidas, como: comunicación unidireccional, uso exclusivo de lenguaje técnico e intervenciones innecesarias.
3. Embotamiento y negación: La falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritación constantes se manifiesta en conductas interpersonales oposicionistas, actitudes descalificadoras, intervenciones hipercríticas y carencia de autocrítica.
4. Impulsividad: La persona pasa a la acción a través de conductas reactivas de enojo, confrontaciones reiteradas con colegas, pacientes y maltrato al personal.
5. Desmotivación: se asocia con la pérdida de autorrealización y baja autoestima, que puede traducirse en falta de sostén de los tratamientos, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación o no inclusión en proyectos.

⁴ Cortez del Toro, Andrés y Cols. El Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería que labora en las áreas del Hospital General de México, en México, D.F. fundamentos administrativos para su prevención. Curso de administración de los servicios de Enfermería. Hospital General de México, México, 2001.

“Varios de los estudios analizados señalan que los efectos negativos del agotamiento pueden aparecer no sólo en los directamente afectados, sino también en personas que les rodean”.

1.2.4. Diagnostico

“Cuestionario de Maslach Burnout Inventor (MBI)”

La medida del (SB) fue a partir de la publicación en el año 1981 del Maslach Burnout Inventory por Maslach y Jackson cuando se establecen unos criterios de evaluación de dicho síndrome y se extiende el uso de un instrumento de medida estandarizado para la evaluación del mismo. No obstante, desde esta primera época hasta la actualidad, el estudio del (SB) ha pasado por distintas etapas. El (MBI) se construyó para medir burnout en educadores y personal del sector servicios (personal de enfermería, asistentes sociales, etc.). La escala evaluaba tres dimensiones por medio de tres subescala. Debido al hecho de que el cuestionario podía aplicarse de una forma rápida y sencilla ha sido muy utilizado, facilitando así que la definición de burnout implícita en el MBI se convirtiese en la más aceptada.

Existe una serie de instrumentos de evaluación que sirve para evaluar el SB; sin embargo, la prueba utilizada con más frecuencia y que está estandarizada es el (MBI).

En su forma original, el Maslach Burnout Inventory consta de 22 ítems divididos en tres escalas:

- Agotamiento emocional (9 ítems)
- Despersonalización (5 ítems)
- Realización personal (8 ítems).

INSTRUMENTO DE DESGASTE PROFESIONAL DE MASLACH

CANSANCIO EMOCIONAL “Fatiga emocional por demandas de trabajo”

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar
4. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo
5. Me siento quemado (desgastado), cansado por mi trabajo
6. Me siento frustrado o aburrido de mi trabajo
7. Creo que estoy trabajando demasiado
8. Trabajar directamente con personas me produce estrés
9. Me siento acabado, como si no pudiese dar más.

DESPERSONALIZACIÓN “Actitud negativa hacia los pacientes”

1. Creo que trato a los pacientes de una manera impersonal, apática
2. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión
3. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente
4. Siento que me preocupa poco lo que le ocurre a mis pacientes
5. Yo siento que las otras personas que trabajan conmigo me acusan por algunos de sus problemas

REALIZACIÓN PERSONAL “Satisfacción personal”

1. Comprendo fácilmente como se sienten los demás
2. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes
3. Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de las personas
4. Me siento muy activo
5. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes
6. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes
7. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión
8. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año

2 = Una vez al mes

3 = Pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días.

Los resultados de cada subescala:

Subescala de agotamiento emocional: valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.

Subescala de despersonalización: valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.

Subescala de realización personal: evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo.

CATEGORIZACIÓN DE LOS PUNTAJES

COMPONENTE	BAJO	MODERADO	ALTO
Desgaste Emocional	<19	<6	<40
Despersonalización	19-27	6-9	34-39
Realización personal	>27	>9	>33

1.2.5. Tipos de Síndrome de Burnout

Ante la disparidad de tipologías de Síndrome Burnout existentes en la literatura, David F. Gillespie (1980), propone una clasificación sencilla en función de la conducta del trabajador: Burnout activo y pasivo.

Síndrome de Burnout Activo:

En este tipo el empleado presenta comportamientos de resistencia activa frente al Burnout y su conducta es asertiva, es decir, con iniciativa para el cambio a través de estrategias de afrontamiento.

Algunos ejemplos de conductas asertivas:

- Tratar a uno mismo y a los demás con respeto.
- Ser educado pero firme.
- Ser directo y honesto con los demás.
- Saber expresar aquello que nos preocupa o desagrada frente a los demás con educación.
- Saber hablar y escuchar sin enojarse.
- Ser capaz de controlar nuestras emociones.
- Ver las críticas de los demás como una oportunidad de mejorar.

Síndrome de Burnout Pasivo:

Se caracteriza por una actitud derrotista, marcada por la apatía y la retirada del esfuerzo por cambiar la situación, prefiriendo el distanciamiento frente a las situaciones que provocan estrés.

- Algunos ejemplos de conductas no asertivas:
- Reprimir las emociones.

- Enojarse fácilmente.
- Preferir ignorar el problema o alejarse de él antes que buscar una solución.
- No ser capaz de expresar nuestros sentimientos o reclamar nuestros derechos.
- Dar demasiada importancia a lo que puedan decir los demás de nosotros.

El Burnout Activo parece estar más asociado a elementos organizacionales o externos al trabajador, mientras que el Burnout Pasivo, se encontraría más asociado a elementos internos psicosociales.

Muchas veces, el Burnout comienza con una resistencia activa del trabajador, que gradualmente decrece ante la falta de control y el desbordamiento sobre sus recursos o expectativas iniciales.

1.2.6. Tratamiento y prevención

Los enfoques para el tratamiento del SB deben guiarse por la gravedad del síndrome. Las medidas pueden ser el cambio de hábitos de vida. De acuerdo con Hillert y Marwitz, el tratamiento debe concentrarse en tres factores:

- Alivio del estrés
- Recuperación mediante relajación y práctica de algún deporte
- Vuelta a la realidad, esto es en términos de abandono de las ideas de perfección.

Si la manifestación del SB es muy intensa, las intervenciones psicoterapéuticas recomendadas son los antidepresivos, de preferencia en combinación con la psicoterapia.

Esto implica reconocer la existencia del SB y los factores asociados. Por ello se plantea la necesidad de aplicar el cuestionario burnout a los profesionales, por lo menos una vez al año en el control pre-vacacional con el fin de detectarlo y buscar sus causas.

Es poco frecuente que el profesional acuda a pedir ayuda en forma voluntaria debido a prejuicios o porque no tiene conciencia del burnout que está padeciendo.

Los profesionales de la salud están en mayor riesgo de experimentar comportamientos relacionados con el burnout porque la práctica médica está sometida a un elevado nivel de tensión, autodemandas excesivas, dependencia, depresión, frustración, fatiga, abuso de sustancias ilícitas o del alcohol, todo para aliviar el dolor psíquico.

Deben buscarse formas de relajación mediante la diversificación de actividades no relacionadas con la práctica médica; deben tener periodos de descanso vacacional. Es importante el conocimiento de uno mismo, mantener buenos hábitos alimenticios, incorporar el ejercicio como estilo de vida y buenos hábitos de sueño.⁵

1.3. Síndrome de Desgaste Profesional por Empatía (SDPE)

El Desgaste por Empatía es la consecuencia natural, predecible, tratable y prevenible de trabajar con personas que sufren; es el residuo emocional resultante de la exposición al trabajo con aquellos que sufren las consecuencias de eventos traumáticos. Los profesionales que trabajan con personas que sufren deben combatir, no sólo el estrés o la insatisfacción normal por el trabajo, sino también los sentimientos y emociones personales que les produce su trabajo con el sufrimiento.

Charles Figley acuñó, en 1995 el término Compassion Fatigue, como: Desgaste por Empatía. En inglés, Compassion significa: sentimiento de profunda empatía y pena por otro que está sufriendo, acompañado por un fuerte deseo de aliviar el dolor o resolver sus causas".

Así mismo Figley resalta que es la capacidad de compasión y empatía parece estar en el centro mismo de la capacidad para realizar el trabajo con los consultantes, y al mismo tiempo en la capacidad para ser lastimados por el trabajo.

¿Qué es la Compassion Fatigue o Desgaste por Empatía?

El concepto de desgaste por empatía se ha desarrollado en el ámbito del estudio del trauma y se refiere principalmente a la tensión traumática secundaria, o como mencionó Figley (1995), el "coste de preocuparse por los otros o por su dolor emocional".

⁵ Gómez S., Marcos y Teodoro Bondjale Oko. Síndrome de Burnout o quemamiento de los profesionales: Prevención y tratamiento. Documento impreso, Barcelona, 2005.

De acuerdo con Figley (2002), los síntomas principales del SDPE son:

SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL POR EMPATÍA (SDPE)

Emocionales: Impotencia, ansiedad, culpa, enojo, miedo, desesperanza, tristeza, depresión, hipersensibilidad, frustración, apatía.

Cognitivos: Disminución de la concentración, alteración de la autoestima, dificultad resolutive, actitud rígida y negativa, desorientación, tendencia perfeccionista, preocupación excesiva, pensamientos conflictivos.

Conductuales: Impaciencia, irritabilidad, poca tolerancia, alteraciones del sueño, cambios en el apetito, hipervigilancia, riesgo a accidentes, propensión a perder cosas, disminución en el cuidado de la salud, disminución en el arreglo personal.

Relaciones personales: Disminución del apetito sexual, desconfianza, aislamiento, proyección del enojo o la culpa, intolerancia, sentimientos de soledad, mayores conflictos interpersonales, disminución de acciones recreativas compartidas.

Desempeño laboral: Baja motivación, evitación de tareas, obsesión con los detalles, apatía, negatividad, desapego, conflictos con el personal, ausentismo, irritabilidad, aislamiento de los colegas.

Somáticos: Sudoración, taquicardia, dificultad para respirar, dolores, mareos, disminución de la función inmune, infecciones recurrentes, sensación de estar enfermo.

1.3.2. Factores de riesgo

De acuerdo con Ferris, Von Gunten y Von Roenn (2011) existen una serie de factores de riesgo, asociados al SDPE, que se pueden dividir en dos grupos: los factores personales y los factores laborales.

Factores personales:

1. Edad: Las personas con menos de 40 años de edad padecen con más frecuencia SDPE que aquellos mayores de 40 años. Esto se debe posiblemente a la experiencia vital que contribuye a desarrollar habilidades para afrontar el estrés y el desgaste profesional.
2. Etapa en la carrera profesional: Las personas que están en las primeras etapas de su carrera profesional tienden a padecer SDPE con mayor frecuencia que los trabajadores más experimentados. Cuando se inicia la carrera profesional se tiende a mayor autoexigencia y estrés debido a la presión por demostrar las propias capacidades.
3. Estado civil: Los solteros tienen mayor riesgo de padecer SDPE, que las personas casadas debido a que al parecer estos últimos cuentan con un mayor apoyo familiar, en gran parte brindado por el cónyuge.
4. Compulsividad: Cuando se conjunta con baja o nula actividad de relajación y placer, incrementa la vulnerabilidad a padecer SDPE.
5. Salud psicológica: Las personas que fueron psicológicamente más sanas durante la adolescencia y el inicio de la edad adulta tienen más probabilidad de manejar adecuadamente las presiones asociadas al trabajo. Debido a que generalmente cuentan con mayores factores de protección, resiliencia y habilidades de afrontamiento ante situaciones críticas y el estrés.
6. Características de la personalidad: Los individuos con características de personalidad tipo A (altamente competitivos) y tipo B (demasiado relajados) son los más proclives a desarrollar el SDPE. Debido a que quienes tienen personalidad tipo A, se relajan con dificultad, es perfeccionista, ignora los signos de la fatiga, generalmente tiene expectativas irreales y tiende a sufrir altos niveles de estrés. Y el tipo de personalidad B, tiende a evitar el conflicto, se resiste a nuevos retos, no hace negociación de sus propias necesidades, busca complacer a todos, suele victimizarse, quiere impresionar a otros y suele sentirse sobrepasado por el ritmo rápido y estresante.

Particularmente los trabajadores que tienden a padecer el síndrome de desgaste profesional por empatía, al menos una vez en su carrera (Figley, 1994), son:

- Psicólogos (as)
- Médicos (as)
- Enfermeras (os)
- Trabajadores sociales.
- Psiquiatras.
- Tanatólogos.
- Personal de servicios de emergencias.
- Personal que trabaja en situaciones de riesgo.
- Trabajadores en servicios de seguridad y aplicación de la ley.
- Personal de apoyo psicológico por teléfono.
- Personas que trabajan con víctimas de violencia y violencia de género.
- Cuidadores de adultos mayores.

Ferris, Von Gunten y Von Roenn (2011), refieren los siguientes tres variables laborales, predisponentes al SDPE:

1. Jornadas laborales largas: El SDPE se asocia fuertemente a jornadas laborales prolongadas. Debido al desgaste físico, intelectual y/o emocional que suponen jornadas de más de 8 horas diarias.
2. Volumen de trabajo: Cuando existe un volumen grande de trabajo, con personal que no está adecuadamente capacitado y protegido para hacer el trabajo con víctimas de violencia de género, además de un inadecuado balance vida/trabajo, se incrementa el riesgo de padecer SDPE.
3. Población con la que se labora: Atender a víctimas de violencia de género incrementa en gran parte niveles de SDPE. Debido a la naturaleza de las problemáticas atendidas y a que los profesionales para realizar adecuadamente su trabajo tienen la necesidad de sintonizar con los sentimientos y vivencias de las víctimas, al trabajar con víctimas del delito y violencia en todos sus tipos, el personal a cargo puede “contagiarse” del estrés, la ansiedad y el sufrimiento de las personas a las que atiende.

La dinámica en la que se desenvuelven las personas que trabajan con víctimas de violencia les lleva a enfrentar constantes y profundos estados de tensión. Dichas fuentes de tensión pueden ser de origen externo o interno, y ocurren en las siguientes circunstancias:

ORIGEN EXTERNO	ORIGEN INTERNO
<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar historias gráficas pero a la vez crueles de violencia. • Identificar inevitables situaciones de riesgo para las víctimas. • Ser testigos de victimización y revictimización. • Observar que los diferentes servicios llegan a entorpecer y/o hasta retroceder el proceso a seguir por las víctimas. • Constatar que debido a la falta de recursos y/o razones ajenas a su voluntad no se concreta una atención apropiada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Al confrontar sus actitudes, valores, pensamientos y creencias relacionados con la violencia a partir de la escucha de historias de abuso de manera constante. • La confidencialidad que cada caso suele llevar al mutismo, evasión de emociones, frustración y al bloqueo de expresión. • Sentir impotencia por ser testigo de sucesos traumáticos que no se puede detener.

<ul style="list-style-type: none"> • Enfrentar el riesgo de sufrir alguna agresión de parte del victimario. • Constatar que las víctimas no logran la ruptura del ciclo de violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Al reconocerse vulnerables ante la violencia y temer que algo similar a lo escuchado les ocurra a ellos y a sus seres queridos. • Al ser movilizada su propia historia de violencia, reconocerse como víctima o sobreviviente. • Al sentir culpa y/o impotencia por pensar y considerar que no están haciendo lo necesario y suficiente durante la atención que proporciona.
---	--

Para poder comprender de manera adecuada el SDPE y el Burnout, es necesario conocer los factores involucrados en la aparición de dichas condiciones. Uno de los elementos centrales que juegan un rol fundamental en este sentido es el estrés.

1.3.3. Diferencia entre SDPE y Burnout

SDPE	BURNOUT
<ul style="list-style-type: none"> • Surge de modo repentino. • Aparece en una sola sesión. 	<p>Es un proceso, el cual incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Una exposición gradual al desgaste laboral; (b) Desgaste del idealismo (c) Falta de logros

1.4. Estrés

Probablemente el elemento más importante que influye para la aparición del Burnout y del Síndrome de Desgaste por Empatía SDPE, es el estrés, razón por la cual se menciona.

El estrés es una reacción general del organismo ante una situación que se percibe como amenazante. Selye (1950), el cuerpo se prepara para la acción defensiva o agresiva. Puede ser de utilidad en situaciones amenazadoras como protección y para mantener o recuperar el control.

Un punto importante a entender es que en los seres humanos experimentan la reacción de estrés ante situaciones que no representan ningún peligro inmediato para nuestra supervivencia, es decir, nuestro cuerpo se prepara para enfrentar una situación de vida o muerte cuando en realidad nuestra vida está a salvo (por ejemplo, cuando hay sobrecarga de trabajo, o hay mucho tráfico, etc.).

La reacción de estrés “reacción de lucha o huida”, ya que cuando nos sentimos amenazados, ésta se presenta de manera casi instantánea, teniendo como resultado un estado de hiperexcitación fisiológica y psicológica que se caracteriza por una gran tensión muscular e intensa emoción Cannon (1935). La reacción de lucha o huida implica una ráfaga de disparos del sistema nervioso y la liberación de sustancias como la adrenalina, que son descargadas como respuesta a una intensa amenaza inmediata, lo que conduce a una agudización de los sentidos, a fin de que el organismo pueda absorber toda la información importante en la menor cantidad de tiempo posible: las pupilas se dilatan para dejar entrar más luz y el vello del cuerpo se eriza para volverse más sensible a las vibraciones. La actividad cardíaca se incrementa, aumentando así la frecuencia del pulso y la fuerza de las contracciones del músculo del corazón para enviar más sangre, y en consecuencia más energía a los grandes músculos de los brazos y las piernas, con los que la persona tendría que actuar en caso de que se viera obligada a luchar o huir.

1.4.1. Síntomas de estrés

Físicos	Emocionales	Conductuales
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor de cabeza • Dolor en el pecho • Palpitaciones • Hipertensión • Dificultad para respirar • Dolores musculares • Mandíbulas rígidas • Rechinido de dientes • Garganta apretada y seca • Indigestión • Estreñimiento o diarrea • Distensión abdominal • Incremento en la sudoración • Fatiga • Insomnio • Aumento o pérdida de peso • Disfunción sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor en el pecho • Palpitaciones • Hipertensión • Dificultad para respirar • Dolores musculares • Mandíbulas rígidas • Rechinido de dientes • Garganta apretada y seca • Indigestión • Estreñimiento o diarrea • Distensión abdominal • Incremento en la sudoración • Fatiga Insomnio • Aumento o pérdida de peso • Disfunción sexual • Preocupación excesiva • Ansiedad • Enojo • Irritabilidad • Depresión • Tristeza • Inquietud • Cambios de humor • Sensación de inseguridad • Dificultad para concentrarse • Confusión 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor en el pecho • Palpitaciones • Hipertensión • Dificultad para respirar • Dolores musculares • Mandíbulas rígidas • Rechinido de dientes • Garganta apretada y seca • Indigestión • Estreñimiento o diarrea • Distensión abdominal • Incremento en la sudoración • Fatiga Insomnio • Aumento o pérdida de peso • Disfunción sexual • Preocupación excesiva • Ansiedad • Enojo • Irritabilidad • Depresión • Tristeza Inquietud • Cambios de humor • Sensación de inseguridad • Dificultad para concentrarse • Confusión • Fallas en la memoria

	<ul style="list-style-type: none"> • Fallas en la memoria • Resentimiento • Tendencia a culpar a los demás • Tendencia a ver sólo los aspectos negativos • Culpa • Apatía 	<ul style="list-style-type: none"> • Resentimiento • Tendencia a culpar a los demás • Tendencia a ver sólo los aspectos negativos • Culpa • Apatía • Exceso o falta de apetito • Aumento de las discusiones • Estallido de enojo • Aumento en el uso de drogas y alcohol • Retraimiento o aislamiento • Ataques de llanto • Reducción de la productividad • Insatisfacción con el trabajo • Mal desempeño laboral • Agotamiento • Cambio en los patrones de sueño • Tics nerviosos • Impaciencia • Reducción del interés en el sexo
--	---	--

Tipos de estrés

El estrés puede dividirse en las siguientes categorías o tipos de acuerdo con Miller y Smith (1995):

Estrés agudo: Es la forma de estrés más común. Surge de las exigencias y presiones del pasado reciente y las exigencias y presiones anticipadas del futuro cercano. Dado que es a corto plazo, el estrés agudo no tiene tiempo suficiente para causar los daños importantes asociados con el estrés a largo plazo. El estrés agudo puede presentarse en la vida de cualquiera y es tratable.

Estrés agudo episódico: Por otra parte, están aquellas personas que tienen estrés agudo. Siempre están apuradas, pero siempre llegan tarde. Si algo puede salir mal, les sale mal. Asumen muchas responsabilidades, tienen demasiadas cosas entre manos y no pueden organizar la cantidad de exigencias autoimpuestas, ni las presiones que reclaman su atención.

Estrés crónico: Este es el estrés agotador que desgasta a las personas día tras día, año tras año. El estrés crónico destruye al cuerpo, la mente y la vida. Hace estragos mediante el desgaste a largo plazo. Es el estrés de la pobreza, las familias disfuncionales, de verse atrapados en un matrimonio infeliz o en un empleo o carrera que se detesta, así como el derivado de la violencia de género. El estrés crónico surge cuando una persona no vislumbra una salida a una situación deprimente.

1.4.2. Diferencia entre Estrés y Burnout

De acuerdo con Maslach y Leiter (1997), el burnout puede ser el resultado de sufrir estrés de manera constante, aunque no es lo mismo que tener mucho estrés. El estrés involucra la sensación de tener muchas presiones, con altas demandas físicas y psicológicas. Sin embargo, las personas con estrés pueden imaginar que si tienen todo bajo control se sentirán mejor.

Por otro lado, el burnout se trata de sentir que no se tiene suficiente. Estar “quemado” significa sentirse vacío, sin ninguna motivación y más allá de cualquier posibilidad de ayuda. Con frecuencia, la gente que experimenta burnout no ve ninguna esperanza de cambio positivo en sus situaciones.

Mientras que normalmente las personas se dan cuenta cuando tienen mucho estrés, cuando tienen burnout no siempre lo perciben.

ESTRÉS	BURNOUT
Caracterizado por estar muy involucrado	Caracterizado por falta de involucramiento
Las emociones están sobre-reativas	Las emociones están embotadas
Puede llevar a la muerte prematura	Produce indefensión y desesperanza
Pérdida de energía	Puede hacer que parezca que no vale la pena vivir la vida
Conduce a desordenes de ansiedad	Conduce al desapego y a la depresión
El daño principal es físico	El daño principal es emocional

1.5 Neurastenia laboral

La neurastenia, es un trastorno neurótico caracterizado por un cansancio inexplicable que aparece después de realizar un esfuerzo mental o físico. Suele tener como consecuencia una disminución en la eficiencia para realizar o resolver tareas cotidianas y, si se mantiene el trastorno durante un tiempo prolongado, puede llegar a causar trastornos depresivos o de ansiedad.

Los síntomas pueden incluir:

- Debilidad o fatiga, que puede estar acompañada de dolor en el pecho.
- Intenso ritmo cardíaco que pueden ser irregulares (palpitaciones, taquicardia).

- Frío en las manos y los pies húmedos.
- La respiración anormalmente rápida (hiperventilación).
- Mareo o desmayo.
- Suspiros.
- Sudoración sin razón aparente.
- Intranquilidad.

1.6 Fatiga

Es una sensación de falta de energía, de agotamiento o de cansancio que se produce como consecuencia de un trabajo o esfuerzo.

La fatiga tiene la finalidad de indicar la presencia de una enfermedad que requiere tratamiento o la necesidad de descanso para restablecer capacidades como concentración, coordinación de movimientos y fuerza muscular. Ignorarla puede acarrear consecuencias graves. La fatiga suele ser la respuesta normal e importante al esfuerzo físico, estrés emocional, aburrimiento o falta de sueño; sin embargo, también puede ser un signo no específico de un trastorno psicológico y fisiológico grave. Por tanto, el tipo de fatiga que no se alivia al dormir y comer bien, o en ambiente de bajo estrés, debe ser evaluado por un especialista.

1.6.1 Tipos de fatiga

Actualmente, se considera a la fatiga como un fenómeno complejo en el que influyen múltiples facetas y aspectos que resultan poco separables entre sí en situaciones reales. Esta situación derivara en una reducción de la capacidad de trabajo. Por ello, se puede entender que existen básicamente dos tipos de fatiga: fisiológica y patológica; adicionalmente, se describen otras tres clases más: la muscular, la neurosensorial y la mental.

- Fisiológica

Esta se debe al esfuerzo y a la carga de trabajo; se recupera con el descanso.

- Patológica

Este tipo de fatiga no es solo consecuencia del esfuerzo ni se recupera con el descanso o el sueño; se debe a varias causas de origen laboral, psicológico y social.

- Muscular

En la fatiga muscular, también llamada “motora”, intervienen la postura, las cargas y los horarios (por ejemplo, variaciones de fuerza, según la hora). Es posible la

medición de la causa con el efecto a través de mediciones del consumo de oxígeno de la persona, de la frecuencia cardíaca, etc.

- Neurosensorial

La fatiga neurosensorial o perceptiva puede ser, a su vez, de tipo visual (por sobrecarga de la vista al trabajar con miniaturización, reflejos, iluminación incorrecta, etc.), auditiva (dependiente de la intensidad y la frecuencia del ruido, así como del tiempo y duración de la exposición), y táctil (en cuyo caso se reduce la capacidad de percibir o discriminar por medio del tacto).

- Mental

La fatiga mental o psicológica, teniendo en cuenta que los aspectos psicológicos están presentes en todos los tipos de fatiga, es una disminución de la eficiencia funcional mental y física, más o menos duradera; está en función de la intensidad y de la duración de la actividad precedente, así como del esquema temporal o de la presión mental.

1.6.2 Causas

Existen muchas causas posibles de la fatiga, por ejemplo:

- Anemia
- Depresión
- Medicinas como sedantes o antidepresivos
- Dolor persistente
- Trastornos del sueño, como insomnio, apnea obstructiva del sueño o narcolepsia
- Glándula tiroides poco activa o hiperactiva
- Consumo de alcohol o de drogas, como cocaína o narcóticos, especialmente si se utilizan con frecuencia.

Capítulo II

2. Marco legal y normativo

2.1 Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos

Artículo 4to. Constitucional

La nación mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas. La ley protegerá y promoverá el desarrollo de sus lenguas, culturas, usos y costumbres y formas específicas de organización social y garantizará a sus integrantes el efectivo acceso a la jurisdicción del estado. En los juicios y procedimientos agrarios en que aquellos sean parte, se tomarán en cuenta sus prácticas y costumbres jurídicas en los términos que establezca la ley.

El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Toda persona tiene derecho a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar. El Estado garantizará el respeto a este derecho. El daño y deterioro ambiental generará responsabilidad para quien lo provoque en términos de lo dispuesto por la ley.

Toda persona tiene derecho al acceso, disposición y saneamiento de agua para consumo personal y doméstico en forma suficiente, salubre, aceptable y asequible. El Estado garantizará este derecho y la ley definirá las bases, apoyos y modalidades para el acceso y uso equitativo y sustentable de los recursos hídricos, estableciendo la participación de la Federación, las entidades federativas y los municipios, así como la participación de la ciudadanía para la consecución de dichos fines.

Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La Ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo.

En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.

Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez.

Los ascendientes, tutores y custodios tienen la obligación de preservar y exigir el cumplimiento de estos derechos y principios.

2.2 Ley General de Salud

Titulo Tercero

Prestación de los Servicios de Salud

Capítulo I Disposiciones Comunes

Artículo 23.- Para los efectos de esta Ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

Artículo 24.- Los servicios de salud se clasifican en tres tipos:

- I. De atención médica;
- II. De salud pública, y
- III. De asistencia social.

Artículo 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

- I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente;
- II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes;
- III. La atención médica integral, que comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.

CAPITULO II Atención Médica

Artículo 32. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Artículo 33. Las actividades de atención médica son:

- I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;
- II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno;
- III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a optimizar las capacidades y funciones de las personas con discapacidad física y mental.

CAPITULO III Prestadores de Servicios de Salud

Artículo 49.- La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, coadyuvarán con las autoridades educativas competentes para la promoción y fomento de la constitución de colegios, asociaciones y organizaciones de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, y estimularán su participación en el Sistema Nacional de Salud, como instancias éticas del ejercicio de las profesiones, promotoras de la superación permanente de sus miembros, así como consultoras de las autoridades sanitarias, cuando éstas lo requieran.

CAPITULO IV Usuarios de los Servicios de Salud y Participación de la Comunidad

Artículo 51.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Artículo 57.- La participación de la comunidad en los programas de protección de la salud y en la prestación de los servicios respectivos, tiene por objeto fortalecer la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud e incrementar el mejoramiento del nivel de salud de la población.

Artículo 58.- La comunidad podrá participar en los servicios de salud de los sectores público, social y privado a través de las siguientes acciones:

- I. Promoción de hábitos de conducta que contribuyan a proteger la salud o a solucionar problemas de salud, e intervención en programas de promoción y mejoramiento de la salud y de prevención de enfermedades y accidentes;
- II. Colaboración en la prevención o tratamiento de problemas ambientales vinculados a la salud;
- III. Incorporación, como auxiliares voluntarios, en la realización de tareas simples de atención médica y asistencia social, y participación en determinadas actividades de operación de los servicios de salud, bajo la dirección y control de las autoridades correspondientes.

CAPITULO VII Salud Mental

Artículo 72.- La prevención y atención de los trastornos mentales y del comportamiento es de carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control multidisciplinario de dichos trastornos, así como otros aspectos relacionados con el diagnóstico, conservación y mejoramiento de la salud mental.

Para los efectos de esta Ley, se entiende por salud mental el estado de bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación.

La atención de los trastornos mentales y del comportamiento deberá brindarse con un enfoque comunitario, de reinserción psicosocial y con estricto respeto a los derechos humanos de los usuarios de estos servicios.

Artículo 76.- La Secretaría de Salud establecerá las normas oficiales mexicanas para los establecimientos que prestan atención a las personas con trastornos mentales y del comportamiento, de la red del Sistema Nacional de Salud.

A estos efectos, se establecerá la coordinación necesaria entre las autoridades sanitarias, judiciales, administrativas y otras, según corresponda.

Artículo 77.- Los padres, tutores, quienes ejercen la patria potestad o quienes ostenten la representación legal de personas con trastornos mentales y del comportamiento, serán responsables de la guardia o custodia. Las autoridades educativas y cualquier persona que esté en contacto con las personas con trastornos mentales y del comportamiento, procurarán la oportuna y debida atención de los mismos.

A estos efectos, podrán obtener orientación y asesoramiento en las instituciones públicas dedicadas a la atención de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, con énfasis en niñas, niños, adolescentes y personas adultas mayores.

TÍTULO TERCERO BIS De la Protección Social en Salud

Artículo 77 bis 9.- Para incrementar la calidad de los servicios, la Secretaría de Salud establecerá los requerimientos mínimos que servirán de base para la atención de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud. Dichos requerimientos

garantizarán que los prestadores de servicios cumplan con las obligaciones impuestas en este Título.

La acreditación de la calidad de los servicios prestados deberá considerar, al menos, los aspectos siguientes:

- I. Prestaciones orientadas a la prevención y el fomento del autocuidado de la salud
- II. Aplicación de exámenes preventivos;
- III. Programación de citas para consultas;
- IV. Atención personalizada;
- V. Integración de expedientes clínicos;
- VI. Continuidad de cuidados mediante mecanismos de referencia y contrarreferencia;
- VII. Prescripción y surtimiento de medicamentos y pronóstico; así como otorgamiento de orientación terapéutica.

TITULO SÉPTIMO Promoción de la Salud

CAPÍTULO I Disposiciones Comunes

Artículo 110.- La promoción de la salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

Artículo 111. La promoción de la salud comprende:

- I. Educación para la salud
- II. Nutrición, orientación alimentaria y activación física
- III. Control de los efectos nocivos del ambiente en la salud, adoptando medidas y promoviendo estrategias de mitigación y de adaptación a los efectos del cambio climático
- IV. Salud ocupacional
- V. Fomento Sanitario.

CAPITULO II Educación para la Salud

Artículo 112. La educación para la salud tiene por objeto:

- I. Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud;
- II. Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud,
- III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, alimentación nutritiva, suficiente y de calidad, activación física para la salud, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, cuidados paliativos, riesgos de automedicación, prevención de farmacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, donación de órganos, tejidos y células con fines terapéuticos, prevención de la discapacidad y rehabilitación de las personas con discapacidad y detección oportuna de enfermedades, así como la prevención, diagnóstico y control de las enfermedades cardiovasculares.

Artículo 113. La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y los gobiernos de las entidades federativas, y con la colaboración de las dependencias y entidades del sector salud, formulará, propondrá y desarrollará programas de educación para la salud, entre otros, aquellos orientados a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad y a la activación física, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población.

Tratándose de las comunidades indígenas, los programas a los que se refiere el párrafo anterior, deberán difundirse en español y la lengua o lenguas indígenas que correspondan.

2.3 Ley Federal de Trabajo

Riesgos laborales

El artículo 473 de la Ley Federal del Trabajo establece que el riesgo de trabajo son los accidentes y las enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo. El riesgo profesional equivale a un riesgo de trabajo.

Por su parte el artículo 474 establece que el “accidente de trabajo” es toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, a la muerte, producida

repentinamente en ejercicio o con motivo del trabajo, cualquiera que sean el lugar y el tiempo en que se presente. Quedan incluidos en esta definición los accidentes que se produzcan al trasladarse al trabajador directamente de su domicilio al lugar del trabajo y de este a aquel.

El artículo 475 de la Ley Federal del Trabajo manifiesta que la “enfermedad de trabajo” es todo estado patológico derivado de la acción continuada de una que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios.

Para el artículo 477 de la mencionada ley, cuando los riesgos se realizan pueden producir:

- I. Incapacidad temporal.
- II. Incapacidad permanente parcial.
- III. Incapacidad permanente total.
- IV. La muerte.

Tabla de enfermedades de trabajo, según La Ley Federal del Trabajo.

En la tabla de enfermedades de trabajo, en el artículo 513 de La Ley Federal de Trabajo, están consideradas las siguientes:

- Neumoconiosis y enfermedades broncopulmonares producidas por aspiración de polvos y humos de origen animal, vegetal o mineral.
- Enfermedades de vías respiratorias producidas por inhalación de gases y vapores.
- Dermatitis que son enfermedades de la piel.
- Intoxicaciones.
- Infecciones parasitarias, micosis y virosis.
- Cáncer.⁶

⁶ Trueba V., Alberto y Jorge Trueba Barrera. Ley Federal de Trabajo. Ed. Porrúa. México, 2000, p. 207.

CAPITULO III

3. Marco disciplinar de enfermería

3.1 Qué es el cuidado

Es ante todo, un acto de vida, en el sentido que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que esta continúe y se reproduzca.

Etapas del cuidado

- Etapa doméstica: en esta etapa los cuidados eran naturales es decir se trataban de cuidar a la persona enferma mediante remedios naturales. Se decía en esta etapa que la enfermedad era un castigo de su dios.
- Etapa vocacional: en esta etapa el cuidado era mediante rezos, oraciones y la persona quien cuidaba a la persona enferma no tenía que tener contacto con la persona. En esta etapa se decía que la enfermedad daba para librar los pecados de la persona
- Etapa técnica: la enfermera es la auxiliar del médico. Enfermera obtiene conocimientos básicos.
- Etapa profesional: la enfermera llega a tener funciones en varios campos como: enfermera asistencial, administrativa, docente, investigadora. La enfermera obtiene más conocimientos.

Dimensiones del cuidado

- Filosófico

La filosofía comprende el sistema de existencia de la enfermera profesional e incluye también una búsqueda de conocimientos. Su existencia y la comprensión determinan su forma de pensar sobre un fenómeno o situación, y su forma de pensar define su manera de actuar.

Su principal propósito es lograr que los pacientes recuperen la salud, por esto todas las teorías analizadas tienen un componente filosófico, aunque para la época en que surgen las primeras teorías de enfermería sus autoras desconocían sobre las escuelas filosóficas que imperaban en los años 50 y 60.

Si bien es cierto que enfermería se origina a través de un fenómeno como lo fue la guerra de Crimea, es más cierto aún que todas las teorías de enfermería después de Florence Nightingale, también surgen por fenómenos.

- Ético

El personal de salud deben tener una perspectiva bioética general propia de la profesión, influenciada sí, pero ajena a los criterios rígidos de otras disciplinas, muy loables, respetables y acatables por cierto, como son los principios morales y legales y los llamados “criterios generales” propios de cada cultura (en la filosofía, la sociología, la antropología, el derecho) que son aplicables en dichas disciplinas pero que en medicina adquieren el carácter de opcionales.

3.2 El cuidado como objeto de estudio de Enfermería: CARE, CURE.

El conocimiento de las enfermedades y de su componente psicológico o espiritual proporciona un amplio panorama de comprensión; sin embargo, es el trato directo al paciente lo que permite darnos cuenta de sus expectativas y deseos (incluso de los no manifestados) y el personal de salud tienen el deber de aliviar tanto el sufrimiento físico como el mental y hasta el espiritual, dentro de un marco de referencia ético.

- CARE: cuidados de costumbre y habituales, relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida, representan todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, reaprovisionándola de energía, en forma de alimentos o de agua, calor, luz o naturaleza afectiva o psicosocial.
- CURE: cuidados de curación, relacionados con la necesidad de curar todo aquello que interfiere con la vida, eliminar los obstáculos, limitar la enfermedad, asistir en la estabilización de los procesos degenerativos, viendo a la persona como un ente integrado, con un estilo de vida propio determinado por su grupo, su cultura y su entorno (Colliere, 1996).⁷

3.3 Enfermería como profesión y disciplina

Profesión, del latín *preoessio*, es la acción y efecto de profesar (ejercer un oficio, una ciencia o un arte).

La profesión ocurre a la ciencia y otras fuentes del conocimiento. Tiene bien definidos y clasificados los conocimientos propios, pertenece a un grupo homogéneo organizado, cuyos miembros obedecen normas y conductas impuestas

⁷ García Hernández M.L. Cárdenas Becerril L. Arana Gómez B. Monroy Rojas A. Hernández Ortega Y. salvador Martínez C. (2011). Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. Texto contexto-enferm. Vol. 20 no.spe Florianópolis.

por la autoridad del grupo profesional, utilizando un lenguaje científico desempeñando un servicio a la sociedad.

Podemos englobar a enfermería como una profesión dinámica, dedicada a mantener el bienestar físico, psicosocial y espiritual de personas. De esta manera es considerada como:

- Profesión: Apoyo de las ciencias físicas, biología, social, medicas. Capacidad de grupo dándole una identidad profesional independiente.
- Arte: Conjunto de habilidades con un sello personal.
- Ciencia: Posee un cuerpo cognoscitivo de su propia disciplina busca, confirma y clarifica nuevos conocimientos.
- Práctica: El rol no es estable cambia con las estructuras sociales. Crea formas propias en el ejercicio de su profesión.
- Académica y habilidad técnica: De alto nivel, solidez en su formación teórica.
- Educación diversificada de diferentes áreas de especialidad posee un criterio y pericia basado en principios científicos diversos.
- Ética: Código de enfermería valores que posee un código personal desarrollado en el contexto y el curso de vida de cada persona incluye valores aprendidos.
- Autonomía: Como profesión controla todas sus funciones, ejercicio libre, independencia y responsabilidad. Mediante cuerpos colegiados busca y mantiene la autodeterminación y reglamentación.
- Social: Ayuda a las personas a conservar su salud con promoción de su salud, mantenerla y restaurarla.
- Sensible a las necesidades humanas y tiene conciencia de su responsabilidad al contribuir al bienestar de los demás.

Enfermería como disciplina: Es un conjunto de conocimientos rigurosos y sistemáticos sobre determinada materia, en donde se explica, describe, analiza y contiene conocimientos ordenados y sistemáticos, interrelacionados con otras áreas disciplinares pero con independencia de ellas.

Tres características que la determinan como tal:

1. Posee un cuerpo de conocimiento sistemático y relacionado con la sique da significado global a la rama del saber.
2. Utiliza un método científico adaptado a las peculiaridades del objeto o rama del saber.
3. Organiza los conocimientos con lenguaje científico, con términos lingüísticos, para ordenar los conocimientos.

Cuando nos referimos a enfermería como una disciplina y profesión se refiere a que la enfermería es considerada una profesión que está construyendo su cuerpo disciplinar a partir de diferentes ramas del ser humano y a la vez está aportando conocimiento a la ciencia. Por lo tanto es una vocación, inclinación o disposición a ejercer una disciplina o carrera.

Desde el punto de vista ontológico existen cuatro tipos de ser:

- El ser Real: Es el ser existente, independiente de la conciencia, por lo que el cuidado merece la atención equilibrada.
- El ser Lógico: Es el que existe a partir de las construcciones mentales uno de sus objetivos fundamentales es que el cuidado se procure.
- Ser verdadero: Es el que existe, puede requerir cuidados espirituales.
- Ser potencial: Es el ser real que puede existir pero que no lo hace debido a múltiples factores.

El profesional de enfermería se basa en la relación que existe entre el ser real, el ser verdadero, el ser potencial, por lo tanto el cuidar al ser personalizado, el cuidado otorgado es diferente entre una persona u otra.

3.4 Filosofía en enfermería

Se refiere a la búsqueda del saber. Etimológicamente filosofía deriva del griego filos “amor” y sofía “sabiduría” amor por el saber.

Su estudio se encarga de los principios del ser, Dios, mundo y hombre mismo. Es el medio por el cual el hombre trata de comprenderse así mismo y el mundo en el que vive. La filosofía también se encarga en el estudio del origen de la naturaleza, estudia el universo como un todo, por lo tanto la filosofía es la ciencia de todas las cosas a través de sus causas y razones últimas, se descubre por sus propios medios, la razón natural, orienta a los actos del hombre. Toda profesión estudiada correctamente depende de la comprensión exacta del sentido y propósito de la vida.

El conocimiento de uno mismo hace tomar conciencia en el individuo de o que es y lo que siente, ser congruente con los sentimientos, emociones, ideas, valores, conductas y objetivos de la propia vida, es una condición para hacernos más humanos y que todo sea significativo.

El fin de todo esto es buscar y encontrar la actitud responsable que corresponde al ser humano, conocerse así mismo (a), conocer el mundo que lo rodea y sus relaciones con él, conocer al Ser Supremo y las relaciones que la ligan con él.

3.5 Objetivos de la Enfermería

Es el servicio a la población, transformando acciones que procuren o preserven la salud. El cumplimiento de la meta exige que cada enfermera sea consciente de su responsabilidad como persona, ciudadana y profesional. Por tal motivo la enfermera (o):

- Identificar: Los problemas físicos, emocionales, psicológicos, económicos y espirituales del paciente.
- Valora: El estado de salud del paciente mediante los medios propedéuticos aplicables al caso.
- Interpreta: Y registra las acciones importantes observadas.
- Reconoce: La etiología, sintomatología, tratamiento y prevención de las enfermedades de los pacientes a su cargo.
- Planea: El cuidado de enfermería en base a la terapéutica indicada para el paciente y el diagnóstico de enfermería.
- Aplica: Los principios de salud mental y físicas en el cuidado de los pacientes de cualquier grupo etareo.
- Aplica: Los principios a base científicas al dar cuidado de enfermería al paciente.
- Aplica: Su conocimiento con precisión, rapidez, cortesía y seguridad conforme a las necesidades de cada paciente.
- Procura: Mantener un ambiente limpio, higiénico y seguro para el paciente.
- Participa: Con otros colaboradores en los programas de salud, como miembros del equipo de atención de las mismas ya sea preventiva, curativa, familiar o comunitaria.
- Presta: A la comunidad los servicios de salud que contribuyan al bienestar colectivo.
- Actúa: Como educadora higiénica y consejera para buscar conjuntamente la solución a las necesidades de la familia.
- Muestra: Comprensión a los problemas manifestados para la familia con el fin de orientar a la misma al auto cuidado.
- Elabora y participa en proyectos de investigación que ayuden a resolver problemas relativos a la salud.
- Participa: En la formación de recursos para enfermería.

3.6 La ética en enfermería

Todo individuo tiene la facultad de elegir su profesión, ya elegida tiene el deber de prepararse para su ejercicio y adquirir la conciencia de responsabilidad y solidaridad social, demandada por la profesión.

En tanto que la moral profesional se entiende como el conjunto de facultades y obligaciones que tiene el individuo en virtud de la profesión que ejerce en la sociedad.

En conjunto la razón del profesional es servir a la humanidad y su principal objetivo es el bienestar individual, familiar y social.

Cada profesión tiene sus exigencias profesionales, pero todos los deberes profesionales tienen un punto en común; cumplir con las exigencias sociales.⁸

⁸ Ledezma Pérez M. C. (2015). Fundamentos de enfermería. México; Ed. Limusa Grupo Noriega Editores; p. 13-20.

CAPITULO IV ENFERMERIA Y SINDROME DE BURNOUT

4. Consecuencias del SB en el personal de enfermería

La mayoría de las consecuencias del Burnout son de carácter emocional. Esto se explica porque los estudios realizados se han basado en la definición operativa de Maslach, en la que 12 de los 22 ítems de su escala apuntan al factor emocional, en general, los relacionados con la depresión, como sentimientos de fracaso, pérdida de autoestima, irritabilidad, disgusto, agresividad. Los síntomas cognitivos han sido menos estudiados, pero son de gran importancia pues en el comienzo del desarrollo del síndrome hay una incoherencia entre las expectativas laborales y lo real, lo que lleva a una frustración y depresión de índole cognitiva, que es una de las características del síndrome. También la segunda dimensión que atribuye Maslach y Leiter (1996) al Burnout, el cinismo, tendría alguna relación con lo cognitivo, manifestado por la autocrítica radical, la desvalorización personal que puede conducir al “autosabotaje”, la desconfianza y la desconsideración hacia el trabajo.

En cuanto al área conductual, que ha sido menos estudiada, la consecuencia más importante es la despersonalización. Las consecuencias del síndrome en este aspecto se pueden sintetizar en: 1) la pérdida de acción preactiva, y 2) las soluciones que llevan al consumo aumentado de estimulantes, abusos de sustancias y, en general, hábitos dañinos para la salud. La persona llega a manifestar desordenes fisiológicos con síntomas como cefaleas, dolores musculares (sobre todo dorsal), dolores de muelas, náuseas, pitidos aurales, hipertensión, úlceras, pérdida de la voz, pérdida de apetito, disfunciones sexuales y problemas de sueño. En general, pueden aparecer y/o aumentar los trastornos psicósomáticos y la fatiga crónica.

En otro orden, las consecuencias sociales se relacionan con la organización del trabajo que desarrolla el sujeto, siendo la más importante su reacción tendente al aislamiento y su desprecio de cualquier forma de interacción social. También se ha observado que las personas con altos niveles de Burnout tienen menos satisfacción con la pareja y las conductas en el hogar son de irritación, disgusto y tensión. Esta situación incide especialmente en el deterioro de las interacciones personales.

Para Juan Manuel Rocha Luna, en este nivel se ve afectada la calidad de atención que se otorga a los pacientes, lo cual tiene implicaciones laborales desde el punto de vista de la falta de cumplimiento de un contrato, además del riesgo de caer en errores graves que pueden llevar a implicaciones de orden legal, como impericia o incluso negligencia, con riesgo de perder la libertad y el derecho de seguir ejerciendo la profesión.

Por otro lado, también afecta la relación médico-paciente y la interrelación con el equipo de trabajo que directa o indirectamente modificara la calidad de atención, pues no se puede establecer (rapport) necesaria, tanto como los enfermos a nuestro cuidado como con sus familiares, lo cual es indispensable para lograr una interacción adecuada con los pacientes. En muchas ocasiones esta falta de comunicación origina disgusto en la familia y falta de confianza por parte del paciente hacia el actuar médico y hacia nuestras decisiones.

Además, una buena comunicación con nuestro equipo, ya sean otros médicos adscritos, residentes o internos, y en especial con el grupo de Enfermeras, es fundamental si deseamos que nuestro ambiente de trabajo sea agradable y en lo posible libre de tensiones. No se trata de hacerse el simpático, sino simplemente de comportarse y dirigirse con respeto y profesionalismo con todos y cada uno de quienes estén a nuestro alrededor.

4.1 En el ámbito personal y familiar

El SB se manifiesta primero en la vida personal y familiar. Quien lo padece comienza por alejarse de los miembros de su familia y de las actividades familiares; posteriormente de sus amigos y de las actividades sociales, es decir, tiende a aislarse. El origen de esta actitud es tratar de evitar que los demás, en especial quienes se encuentran más cerca de nosotros y a quienes se ama, se den cuenta de que hay un problema. Se desea mantener la imagen que se tiene del profesional de la salud, como médicos independientes, fuertes, capaces, etc. Sin embargo, el simple hecho de tener esta actitud demuestra que algo está mal, en especial de quien lo padece normalmente es apegado a su familia.

Signos de alarma

Para Juan Manuel Rocha Luna existen diversos tipos de manifestaciones que podemos considerar como datos de signos de alarmas pues son los síntomas del SB. Los cuales hay que tener en mente para poder identificarlos, ya sea en nosotros o bien, en nuestros colegas para tratar de buscar ayuda, y resolver esta enfermedad, que afortunadamente tiene solución.

Negación y aislamiento

Negación: la persona afectada es la última en aceptar que tiene el problema en el aislamiento, es frecuente que la persona afectada se retire de la familia, colegas y amigos.

Ansiedad y miedo

La ansiedad es la sensación persistente que tiene el profesional de que algo malo va a suceder. En el caso del miedo o temor hay una sensación poderosísima de angustia por ir al trabajo.

Depresión e ira

La depresión es uno de los síntomas más peligrosos, ya que puede llevar al suicidio, y es uno de los datos más característicos de síndrome.

La ira incluye perder la calma y el control, manifestando un enojo exagerado respecto de la causa que es motivo del disgusto, al tratar con otros médicos, con los pacientes o las enfermeras.

Fuga y adicciones

En el caso de fuga o anulación, el médico o la enfermera llegan tarde al trabajo o muestran desinterés de este. Con las adicciones se inicia o aumenta el consumo de sustancias, ni siquiera prohibidas, simplemente tabaco o alcohol. El alcoholismo puede ser una salida al problema de un síndrome de “estar quemado” grave.

Cambios en la personalidad y culpabilidad

En los cambios de personalidad se presenta incapacidad para confiar en el individuo. Con la culpabilidad y autoinmolación, el médico o la enfermera sienten que la actividad que desarrollan es prácticamente un castigo, o bien, tiene un sentido exagerado de ser indispensable en el trabajo.

Cargas excesivas de trabajo y comportamiento riesgoso

La carga excesiva de trabajo implica aceptar varios turnos o pasar mucho tiempo de más en el hospital para comprobar que todo está bien; es otra manifestación de autonegación. Por otro lado el comportamiento riesgoso implica una conducta no característica en la persona, que puede ir desde simplemente un acto embarazoso, inapropiado e impulsivo, hasta una actitud peligrosa en diversos ámbitos de la vida, incluido el sexual, con tendencias consideradas de riesgo.

Sensación de desilusión y abandono de sí mismo

Con la impresión de estar desbordados y con la desilusión, el médico o la enfermera perciben la sensación de ya no poder seguir trabajando con el mismo ritmo ni entusiasmo que al principio y se sienten con fatiga crónica. En cuanto al abandono de sí mismo, se presenta un cambio en la pulcritud que debe tener un Médico o una Enfermera al vestir y en su arreglo e higiene personal. Hay cambios en los hábitos alimentarios, pérdida o ganancia de peso.

Perdida de la memoria y desorganización

Existe dificultad para concretarse y aprender, no se puede recordar eventos importantes familiares y laborales; puede haber trastornos del sueño.⁹

4.2 Síntomas descriptivos del Síndrome de Burnout.

EMOCIONAL	COGNITIVOS	CONDUCTUALES	SOCIALES
Depresión.	Pérdida de significado.	Evitación de responsabilidades.	Evitación de contactos.
Indefensión.	Pérdida de valores.	Absentismo.	Conflictos interpersonales.
Desesperanza.	Desaparición de expectativas.	Conductas inadaptativas.	Malhumor familiar.
Irritación.		Desorganización.	Aislamiento.
Apatía.	Modificación-autoconcepto	Sobreimplicación.	Formación de grupos críticos.
Desilusión.	Desorientación cognitiva.	Evitación de decisiones.	Evitación profesional.
Pesimismo.	Pérdida de la creatividad.	Aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.	
Hostilidad.	Distracción.		
Falta de tolerancia.	Cinismo.		
Acusaciones a los clientes.	Criticismo generalizado.		
Supresión de sentimientos.			

4.3 El SB como riesgo laboral en las enfermeras, según la OIT

Convenio 149

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) con sede en Ginebra, ha reconocido la función vital que desempeña el personal de Enfermería, junto con otros trabajadores de la salud, en la protección y los cuidados que brindan a la salud; por ello, reconoce que en muchos países las Enfermeras encuentran en su trabajo muchas deficiencias, así como políticas inadecuadas en materia laboral, que les

⁹ Rocha. L, Juan Manuel. Síndrome de Burnout: El médico de urgencias incansable. En la revista medicina de urgencias, Vol. 1, No.2. Abril-Junio. México, 2002.

perjudican en su desarrollo profesional. En consecuencia la OIT ha propuesto el convenio 149 y las recomendaciones 157, en el año 2002, exclusivamente para que todos los países afiliados provean mejores condiciones laborales al personal de enfermería.

Los aspectos de soporte de la OIT para el personal de Enfermería son los siguientes:

- Adecuada educación y adiestramiento en sus funciones.
- Empleos atractivos con buenas condiciones de trabajo, remuneración, seguridad social y ascensos laborales.
- Empleos seguros que eviten la discapacidad profesional.
- Su participación en la planeación hospitalaria y en las normas.
- Consulta acerca de cómo tener mejores condiciones salariales.¹⁰

4.4 El SB como riesgo laboral en las Enfermeras según la OMS

Para la OMS la promoción de la salud en el sitio laboral incluye la realización de una serie de políticas y actividades, diseñadas para ayudar a los empleadores y trabajadores en todos los niveles a aumentar el control sobre su salud y a mejorarla, favoreciendo la productividad y competitividad de las empresas y contribuyendo al desarrollo económico y social de los países.

El sitio laboral puede ser cualquier entorno en el que la gente trabaje incluidos el hogar y la calle.

Principios fundamentales

- a) Carácter participativo y de otorgamiento de poder. Se promueve la participación de trabajadores y directivos, frecuentemente a través de la organización de comités de salud, seguridad e higiene ocupacional.
- b) Cooperación multisectorial y multidisciplinaria. Participación de todos los actores sociales interesados de los diferentes sectores, como el gobierno, las empresas y los lugares de trabajo, los sindicatos, el sector salud, comunidad, instituciones de enseñanza superior y otras entidades.
- c) Justicia social. Los programas se ofrecen a todos los miembros del lugar de trabajo, independientemente de su cargo, tipo de contrato, nacionalidad, sexo o grupo étnico.

¹⁰ Organización internacional del trabajo. La convención No. 149 y la recomendación No. 157. Documento impreso, Ginebra, 2005.

Organización Mundial de la Salud. Fortalecimiento de la Enfermería y la partería. Resolución 54.12 y 47.27. En la revista de Enfermería del IMSS 9 (3) México, 2001.

- d) Sustentabilidad. Para lograr este principio, la promoción y la protección de la salud en los lugares de trabajo deben convertirse en parte integral de la gestión y organización de la empresa o lugar de trabajo, así como en la organización comunitaria que la rodea.
- e) Carácter integral. Los programas reconocen el efecto combinado de los factores personales, ambientales, organizacionales, comunitarios, sociales e informativos sobre el bienestar del trabajador.

4.5 Participación del profesional de Enfermería en la prevención del SB

4.5.1 Intervenciones de Enfermería

Se define como cualquier tratamiento basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados del paciente. Estas son útiles para la planificación de los cuidados, la documentación clínica, la comunicación en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas, la investigación eficaz, la cuantificación de la productividad, la evaluación de la competencia, la retribución, la docencia y el diseño de programas.

Es importante que el lenguaje utilizado en la clasificación de nuestras intervenciones sea claro, con perspectiva lógica y fácilmente llevado a la práctica.

Los profesionales de la salud tienen el compromiso de realizar intervenciones relacionadas con la función social de cuidar y mantener la vida. Una de las ventajas relacionadas, es la manera de documentar los cuidados en los distintos ámbitos y especialidades, abarcando desde los aspectos fisiológicos, psicosociales como también para el fomento a la salud, prevención y tratamiento de enfermedades en os diferentes momentos de la historia natural de la enfermedad. Se puede pensar que las intervenciones no están diseñadas para el fomento a la salud, al contrario, estas deben ser utilizadas por el personal de enfermería para la toma de decisiones en educación para la salud, lo que contribuirá al aprendizaje, autorresponsabilidad y fomentar el desarrollo de los seres humanos con respecto a su salud esto lo lleva a cabo identificando los riesgos, con el correcto manejo de la inmunización, nutrición, orientación anticipatoria y prevención.

Los profesionales de enfermería miembros de un equipo interdisciplinario encargados en el desarrollo y la implantación de un registro estandarizado integra, las intervenciones realizadas a los pacientes, permitiendo de cualquier otra intervención pueda ser realizada por otro profesional, facilitando la comunicación dentro de la disciplina de enfermería, es por esto que las intervenciones representan el perfeccionamiento de nuestra profesión en un léxico para las teorías, ratificando que cualquier resultado concreto pueda estar influido por los tratamientos de otros profesionales.

Las intervenciones de enfermería están basadas en el criterio y conocimiento, realizado por un profesional para la prevención, fomento a la salud y con ello mejorar los resultados.¹¹

Manejo de la energía

Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.

- Determinar qué actividad y en qué medida es necesaria para aumentar la resistencia.
- Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.
- Limitar los estímulos ambientales (luz y ruidos) para facilitar la relajación.
- Utilizar ejercicios de rango de movimiento pasivos y/o activos para aliviar la tensión muscular.
- Facilitar actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la relajación.
- Fomentar siestas, si resulta apropiado.

Ayuda para el control del enfado

Facilitación de la expresión del enfado de manera adaptativa y no violenta.

- Utilizar un acercamiento que sea sereno y que de seguridad.
- Evitar daños físicos si el enfado se dirige a uno mismo o a otros (limitar y retirar los objetos potencialmente hirientes).
- Animar a utilizar la colaboración para solucionar problemas.

Fomento del ejercicio

Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.

- Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.
- Realizar los ejercicios con la persona, según corresponda.
- Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
- Controlar al cumplimiento del programa/actividad de ejercicio por parte del individuo.
- Preparar al individuo en técnicas para evitar lesiones durante el ejercicio.
- Enseñar al individuo técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio físico.

¹¹ Bulechek G.M. PhD, FAAN, cols. (2014). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Ed. El Server, 6ta. Ed. P. 2-15.

- Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo.

Manejo ambiental: confort

Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.

- Determinar los objetivos del paciente y de la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima.
- Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.
- Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.
- Proporcionar un ambiente limpio y seguro.
- Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona, si fuera posible.
- Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.

Reiki

Utilización de una secuencia específica de posiciones de manos y de símbolos para canalizar la fuerza vital universal con el fin de recargar, realinear y reequilibrar el campo de energía del ser humano.

- Crear un ambiente tranquilo y cómodo.
- Utilizar aromas o música suave para crear una atmosfera adecuada.
- Permitir que el paciente que va a recibir Reiki se siente cómodamente o se tumba en una camilla de masaje, totalmente vestido y en decúbito supino.
- Limitar cualquier distracción innecesaria.
- Relajar la mente y realizar varias respiraciones profundas para relajarse.
- Recordar que es el Reiki quien hace el trabajo, no el profesional.
- Empezar enviando Reiki desde una distancia de 1 metro, si es posible, como un modo suave de comenzar la sesión.

Mejorar el sueño

Facilitar ciclos regulares de sueño - vigilia.

- Explicar la importancia de un sueño adecuado durante el embarazo, enfermedad, las situaciones de estrés psicosocial, etc.
- Enseñar al paciente a controlar los patrones de sueño.
- Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar cansancio en exceso.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición de estado de vigilia al de sueño.

- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
- Controlar la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o entorpezcan los sueños.
- Iniciar/llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso.
- Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales.
- Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.

Ayuda con la modificación de sí mismo.

Reafirmación del cambio autodirigido puesto en marcha por el paciente para conseguir metas personales importantes.

- Valora el ambiente social y físico del paciente para determinar el grado de apoyo de las conductas deseadas.
- Explorar con el paciente las barreras potenciales al cambio de conducta.
- Identificar con el paciente las estrategias más efectivas para el cambio de conducta.
- Ayudar al paciente a evaluar el progreso mediante la comparación de registros de la conducta previa con la conducta actual.
- Ayudar al paciente a identificar incluso los éxitos más pequeños.

Modificación de la conducta: habilidades sociales.

Ayudar al paciente para que desarrolle o mejore las habilidades sociales interpersonales.

- Animar al paciente a manifestar verbalmente los sentimientos asociados con los problemas interpersonales.
- Ayudar al paciente a identificar las etapas conductuales de la habilidad social deseada.

Escucha activa

Prestar gran atención y otorgar gran importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente.

- Establecer el propósito de la interacción.
- Mostrar interés por el paciente.
- Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones.
- Identificar los temas predominantes.
- Recurrir a una serie de interacciones para descubrir el significado de comportamiento.

- Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.

Potenciación de la socialización

Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con los demás.

- Animar al paciente a desarrollar relaciones.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan interés y objetivos comunes.
- Fomentar la sinceridad al presentarse a los demás.
- Fomentar el respeto de los derechos de los demás.
- Permitir que se prueben los límites interpersonales.
- Enfrentar al paciente con sus trastornos de juicio, cuando corresponda.
- Solicitar y esperar comunicaciones verbales.
- Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al cine.
- Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente.

Potenciación de la seguridad

Intensificar el sentido de seguridad física y psicológica de un paciente.

- Mostrar calma
- Presentar los cambios de forma gradual
- Evitar producir situaciones emocionales intensas.
- Escuchar los miedos del paciente/familia.

Potenciación de roles

Ayudar a un paciente, a un ser querido y/o a la familia a mejorar sus relaciones clarificando y complementando las conductas de roles específicos.

- Ayudar al paciente a identificar las conductas necesarias para el desarrollo de roles.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas en los cambios de roles.

Educación para la salud

Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.

- Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables.

Orientación anticipatoria

Preparación del paciente para una futura crisis del desarrollo y/o circunstancial.

- Ayudar al paciente a identificar la posible aparición de crisis del desarrollo y/o circunstancial y los efectos que tal crisis podría tener en la vida personal y familiar.
- Enseñar acerca del desarrollo y comportamientos normales, según corresponda.
- Proporcionar información sobre expectativas realista relacionadas con el comportamiento del paciente.
- Ayudar al paciente a adaptarse a los futuros cambios de papeles.

Control del estado de ánimo

Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un estado de ánimo disfuncionalmente deprimido o eufórico.

- Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás.
- Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente y a los que le rodean del riesgo de daños físicos (suicidio, autolesiones, fugas, violencia).
- Animar al paciente, según pueda tolerarlo, a realizarse socialmente y realizar actividades con otros.

Humor

Facilitar que el paciente perciba, aprecie y exprese lo que es divertido, gracioso o absurdo con el fin de establecer relaciones, aliviar tensiones, liberar sentimientos de ira, facilitar el aprendizaje o enfrentarse a sentimientos dolorosos.

- Determinar los tipos de humor apreciados por el paciente.
- Determinar la respuesta típica del paciente al humor (risa o sonrisas).
- Determinar la hora del día en la que el paciente es más receptivo.
- Evitar áreas de contenido sensibles para el paciente.
- Comentar las ventajas de la risa con el paciente.

Manejo del ambiente/seguridad del trabajador

Control y manipulación del ambiente del trabajo para fomentar la seguridad y la salud de los trabajadores.

- Determinar la capacidad del empleado para trabajar.

- Poner en marcha programas de fomento de la salud en los sitios de trabajo en función de las valoraciones de los riesgos sanitarios entre (dejar de fumar, control del estrés e inmunizaciones).
- Coordinar el seguimiento de los cuidados de las lesiones y enfermedades laborales.

Terapia con el entorno

Utilización de personas, recursos y sucesos del ambiente inmediato del paciente para fomentar un funcionamiento psicosocial óptimo.

- Identificar los factores ambientales que contribuyan a la conducta del paciente.
- Disponer los recursos necesarios para el autocuidado.
- Favorecer el uso de la propiedad personal.

Elogio

Proporcionar afirmaciones de estimación y admiración para identificar y resaltar los puntos fuertes y capacidades presentes en el individuo, la familia o la comunidad.

- Ayudar a las personas a darse cuenta de sus puntos fuertes.
- Demostrar que se valora al individuo o la familia.
- Apoyar y alentar el aprendizaje.
- Reconocer la capacidad personal a la hora de modificar la conducta para enfrentarse a la situación.
- Proporcionar una retroalimentación positiva para alentar y alentar la nueva conducta.
- Felicitar al individuo por conseguir un resultado mejor.

Técnica de relajación

Disminución de la ansiedad del paciente que presenta angustia aguda.

- Mantener la calma de una manera deliberada
- Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.

Facilitar la meditación

Facilitar que una persona modifique su nivel de conciencia concentrándose específicamente en una imagen o pensamiento.

- Prepara un ambiente tranquilo

Manejo ambiental

Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico.

- Eliminar los factores de peligro del ambiente (alfombras o mantas sueltas y muebles pequeños, móviles).
- Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos.
- Disminuir los estímulos ambientales, según corresponda.
- Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.
- Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible.
- Controlar la iluminación para conseguir beneficios terapéuticos.

Apoyo emocional

Es proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión:

- Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa.

Terapia con el entorno

Utilización de personas, recursos y sucesos del ambiente inmediato del paciente para fomentar un funcionamiento psicosocial óptimo.

- Considerar las necesidades de los demás, aparte de las necesidades de la persona en particular.
- Disponer de los recursos necesarios para el autocuidado.
- Vigilar la conducta individual que pueda interrumpir o perjudicar el bienestar global de los demás.

Musicoterapia

Utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o fisiológicos.

- Definir el cambio de conducta y/o fisiológico que se desea (relajación, estimulación, concentración, disminución del dolor).
- Determinar el interés del individuo por la música.
- Identificar las preferencias musicales del individuo.
- Asegúrese que el volumen es adecuado, pero no demasiado alto.

Distracción

Desvío intencionado de la atención o supresión temporal de emociones y pensamientos para alejarlos de sensaciones indeseables.

- Sugerir técnicas coherentes con el nivel de energía y la capacidad según edad, nivel de desarrollo y uso eficaz en el pasado.
- Fomentar la participación de la familia y los allegados y enseñarles, si resulta oportuno.

Mejorar el afrontamiento

Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.

- Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador.
- Proporcionar un ambiente de aceptación.
- Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
- Fomentar un dominio gradual de la situación.
- Facilitar salidas constructivas a la ira y la hostilidad.
-
-

Arteterapia

Facilitación de la comunicación por medio de dibujos u otras formas de arte.

- Proporcionar un ambiente tranquilo en el que no haya interrupciones.
- Monitorizar la participación del paciente durante el proceso artístico, incluidos los comentarios verbales y el comportamiento.
- Comentar la descripción de dibujos o creaciones artísticas con el paciente.
- Registrar la interpretación del paciente de dibujos o creaciones artísticas.
- Identificar los temas de los trabajos artísticos acumulados durante un periodo de tiempo dado.

Manejo de la conducta

Ayudar al paciente a controlar una conducta negativa.

- Hacer que el paciente se sienta responsable de su conducta.
- Comunicar las expectativas de que el paciente mantendrá el control.
- Establecer límites con el paciente.
- Establecer hábitos.
- Evitar discusiones con el paciente.
- Ignorar las conductas inadecuadas.
- Alabar los esfuerzos de autocontrol.

Mediación de conflictos

Facilitación del dialogo constructivo entre partes opuestas con el objetivo de resolver conflictos de una manera aceptable para ambas partes.

- Proporcionar un lugar reservado y neutral para conversar.
- Permitir que las partes expresen sus preocupaciones.
- Mantener la neutralidad durante todo el proceso.
- Emplear diversas técnicas de comunicación (p. ej., escucha activa, preguntas, paráfrasis, reflexión).
- Facilitar la definición de los problemas.
- Ayudar a las partes a identificar posibles soluciones de los problemas.
- Controlar el transcurso del proceso de mediación.
-

Asesoramiento

Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento, la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Demostrar empatía, calidez y sinceridad.
- Establecer metas.
- Disponer la intimidad y asegurar la confidencialidad.
- Favorecer la expresión de sentimientos.

Modificación de la conducta

Promoción de un cambio de conducta.

- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por otros deseables.
- Tener en cuenta que resulta más sencillo fomentar una conducta que disminuirla.
- Establecer objetivos de conducta por escrito.
- Desarrollar un programa de cambio de conducta.
- Establecer un suceso guía de la conducta antes de iniciar el cambio.

Mejora del autoconfianza

Fortalecer la confianza de una persona en su capacidad de realizar una conducta saludable.

- Explorar la percepción del individuo de su capacidad de desarrollar la conducta deseada.

- Explorar la percepción del individuo de los beneficios de ejecutar la conducta deseada.
- Identificar la percepción del individuo de los riesgos de no ejecutar la conducta deseada.
- Identificar los obstáculos al cambio de conducta.
- Modelar/demostrar la conducta deseada.

Potenciación de la autoestima

Ayudar a un paciente a que explore y comprenda sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas.

- Determinar el locus del control del paciente.
- Determinar la confianza del paciente en su propio criterio.
- Animar al paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario.
- Abstenerse de realizar críticas negativas.
- Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo, según corresponda.
- Animar al paciente a evaluar su propia conducta.
-

Terapia de relajación

Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad.

- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relación muscular progresiva).
- Considerar la voluntad y capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada.
- Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida.
- Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible.
- Sugerir a la persona que adopte una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados.
- Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.
- Anticiparse a la necesidad del uso de la relajación.

CONCLUSIÓN

El Síndrome de Burnout surge como consecuencia de situaciones estresantes que provocan que el individuo este más predispuesto a padecerlo. El estrés suele tener carácter laboral, primordialmente, ya que la interacción que el individuo mantiene con las diversas condiciones del trabajo es clave para la aparición del Burnout.

Se trata de un concepto multidimensional, acompañado de síntomas físicos y emocionales, cuyos componentes identificados son: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización profesional. Es un conjunto de signos y síntomas, cuya principal característica es el agotamiento emocional y el escepticismo que se manifiesta, afectando de esta forma a la institución, al usuario, pero de mayor grado la salud mental de ellos mismos. Es decir, el síndrome de desgaste se manifiesta con mayor frecuencia cuando éste se localiza en el campo de los servicios humanos o en las denominadas “profesiones de ayuda”.

La ausencia de la definición de “caso” de Burnout, no ha permitido estandarizar estudios epidemiológicos del síndrome, lo que se ve reflejado en una alta variación en las medidas de prevalencia y de incidencia.

Es necesario, llevar a cabo acciones de prevención enfocadas en esta población, con la finalidad de que estas personas que se encuentran en riesgo puedan hacer reflexión hacia sus emociones y su labor, esto podría evitar el ausentismo o los días de incapacidad de los servicios.

- Capacitar a profesionales de enfermería de forma que se conviertan en capacitadores de grupos y tengan el conocimiento necesario para el abordaje de casos y situaciones relacionadas con este síndrome.
- Se podrían plantear estrategias, en la que se relaciona con la percepción de conflictos interpersonales en el trabajo, se podrían plantear la implementación de grupos de discusión supervisados por profesionales formados en el tema, que faciliten la expresión de emociones y la resolución asertiva de conflictos, cuando estos sean detectados.
- También sería un aporte el desarrollo de actividades que fomente el trabajo en equipo en un contexto más lúdico y recreativo, por ejemplo la realización de dinámicas más dirigidas al fortalecimiento del equipo de trabajo.

También podremos abordarlos desde los síntomas que presenta el profesional de Enfermería como son:

- Emocionales
- Cognitivos
- Conductuales
- Sociales.

GLOSARIOS DE TÉRMINOS

Actitud. Estado mental y neural de disposición, a través de la experiencia, que ejerce una influencia disertiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetivos o situaciones con los que se relaciona.

Actitud negativa. Postura que adopta alguna persona cuando se le llama la atención por alguna causa. Forma exterior de ciertos estados de ánimo.

Agotamiento. Se puede producir por la feroz competitividad e inseguridad que rigen en el ámbito laboral. Las exigencias del medio, los cambios trascendentales en los enfoques de la vida y las costumbres condicionan un ritmo vertiginoso que genera angustia, fatiga emocional, trastornos en los ritmos de alimentación, actividad física y descanso con dolencias físicas y psíquicas, así como los factores de riesgo que ponen en peligro la salud de los individuos en el nuevo milenio.

Agresividad. Estado emocional que consiste en un sentimiento de odio y deseos de dañar a otra persona, animal u objeto. La agresión es cualquier forma de conducta que pretende herir física o psicológicamente a alguien. Así la agresividad es un factor de comportamiento normal puesto en acción ante determinados estados para responder a necesidades vitales que protegen la supervivencia de las personas y de la especie, sin que sea necesaria la destrucción del adversario.

Aislamiento. Miedo persistente e irracional ante situaciones en las que un individuo puede estar siendo observado o juzgado por otros.

Alcohol. Sustancia depresora del sistema nervioso central, además de tener efecto sobre el cerebro y alterar algunas de sus funciones (coordinación, atención, memoria). Su uso cotidiano también afecta a otros órganos como riñón, hígado o sistema circulatorio. Los efectos del alcohol pueden ser peligrosos porque una persona bajo sus efectos no es un buen juez de su conducta.

Angustia. Cuando una circunstancia o conflicto inconsciente amenaza con desequilibrarnos, nos obliga en cierta forma, a tomar decisiones que no nos agradan. Podemos considerar que la angustia es un mecanismo de defensa; funciona como una señal de alarma que sirve para alertarnos de que algo no anda bien:

Ansiedad. El miedo, el nerviosismo y la ansiedad son parte de la vida diaria. Se puede sentir ansioso antes de presentar un examen o al caminar por una calle oscura. Este tipo de ansiedad es útil, ya que permite estar más alerta o más cuidadoso, y suele terminar poco tiempo después de que pasa la situación que la provoco. Con la ansiedad pueden sentirse dolores de pecho, así como tener pesadillas y tener miedo de salir de la casa. Las personas con estas características tienen trastornos de ansiedad.

Ausentismo laboral. Es una de las formas en que se ve manifestado el Síndrome de Burnout; sin embargo, no se ha estudiado de manera específica. Se puede dar cuenta del agotamiento excesivo de los trabajadores, tanto físico por las jornadas de trabajo, como psicológico, ya que el trabajo se tiene que hacer sin parar, lo que deja de lado las relaciones interpersonales, que son necesarias para realizar cualquier trabajo. Esto puede suponer un alto nivel de estrés o convertirse en Burnout, o bien, puede manifestarse en faltas, retardos y permisos constantes.

Autoestima. Se puede entender a partir de varios niveles, como el enérgico y el psicológico. Desde el punto de vista enérgico, la autoestima es la fuerza innata que impulsa al organismo hacia la vida, hacia la ejecución armónica de todas sus funciones y hacia su desarrollo, que le dota de organización y dirección en todas sus funciones y procesos, ya sean cognitivos, emocionales o motores. También es la capacidad desarrollable de experimentar la existencia, conscientes de nuestro potencial y nuestras necesidades reales, de amar incondicionalmente y confiar en nosotros para lograr objetivos.

Cansancio. Falta generalizada de fuerza que resulta después de haber realizado un trabajo intenso.

Cefalea. Es un dolor de cabeza de origen multifactorial; se clasifica en cefalea funcional, migrañas, orgánica, sinusal y tensional. La cefalea es un síntoma que puede deberse a múltiples enfermedades de diversas etiologías.

Cinismo. Falta de escrúpulos, implica desvergüenza y principios morales que se exponen a las convicciones sociales. Es aquel que hace alarde de no creer en la rectitud ni en la sinceridad.

Conflictos. Choques conscientes e inconscientes entre dos fuerzas emocionales que se encuentran entre sí. Si el conflicto es inconsciente, se trata de un deseo o anhelo interno. El conflicto implica una lucha, enfrentamiento, oposición entre personas o cosas.

Depresión. Estado físico y mental que se origina por el desequilibrio del yo interno con el yo externo, de tal suerte que repercute en la vida cotidiana de un individuo, en su desarrollo personal, que se acompaña de sentimientos de tristeza, desgano y signos de alteración en la personalidad.

Desgaste. Principio básico del envejecimiento de los seres humanos. Al envejecer sufrimos un desgaste progresivo sintiendo como es que nos vamos deteriorando y vamos poco a poco decayendo. Es el principio conocido por el deterioro; sin darnos cuenta que nos vamos haciendo viejos; caminamos hacia una decrepitud inexorable.

Deshumanización. Define un proceso mediante el cual una persona o grupo de personas pierden o son despojados de sus características humanas. Los procesos de deshumanización se relacionan íntimamente con los sistemas de dominación y poder.

Desmotivación. Falta de capacidad para resolver tareas, remuneración desacorde con la tarea, mal ambiente laboral, tareas imposibilitadas por los recursos insuficientes en la organización. A veces se relaciona con las personas que supondría el desarrollo de actitudes y respuestas cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan sus servicios.

Despersonalización. Trastorno emocional caracterizado por sensaciones de extrañeza y falta de realidad. En el plano consciente, está presidido por una atmosfera de ensoñación. Suele producirse en diversas formas de esquizofrenia o depresión grave.

Dolor. Sensación desagradable, general o localizada, intensa o leve.

Drogas. Son fármacos, medicamentos o cualquier sustancia con capacidad de alterar algún proceso biológico o químico en un organismo vivo con un propósito no nutricional.

Energía. Se define como la capacidad de realizar un trabajo. Energía y trabajo, son equivalentes y, por tanto, se expresan en las mismas unidades.

Enfermedad de trabajo. Todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios. Serán consideradas, en todo caso, enfermedades de trabajo, las consignadas en la tabla del artículo 513 de la Ley Federal de Trabajo.

Enfermera. Persona que tiene como profesión ayudar a los enfermos. Es el profesional que ha completado un programa de formación básica de enfermería y está calificado y autorizado para ejercer la enfermería en su país. La educación básica de enfermería está contenida en un plan de estudio reconocido, que constituye una base amplia y sólida para el ejercicio de enfermería.

Estrés. Reacción agresiva de origen emocional, físico, social, económico, que exige una respuesta o un cambio por parte de la persona. Implica presión extremadamente intensa de estar siempre ofuscado, no tener tiempo para descansar y relajarse y estar siempre en movimiento y con trabajo.

Fatiga. Estado de agotamiento y pérdida de fuerzas que se observa después de una actividad física muy intensa; pérdida de la capacidad de los tejidos para responder a estímulos que provocan contracciones musculares. Cuando se habla de cansancio o fatiga causada por el trabajo, es aún más comprensible, pues se

entiende que cualquier tipo de tarea o esfuerzo, ya sea físico o psíquico, es susceptible de causar fatiga con sus diferentes características e intensidades.

Incapacidad. Carencia de capacidad legal para disfrutar de un derecho o para ejercerlo sin asistencia o autorización. Estado de una persona a quien un accidente o una enfermedad impiden trabajar. Sentimiento de pérdida de control habitualmente de fallos repetidos, con el resultado de no ser capaz de tomar decisiones autónomas.

Incidente. Acontecimiento no deseado que ocasiona o puede ocasionar daños al proceso, maquinaria, equipo o instalaciones del centro de trabajo, pero que en circunstancias diferentes podrían haber derivado en lesiones para las personas.

Insomnio. Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido toda la noche. Puede deberse a multitud de factores físicos y psíquicos, ya sea estrés emocional, dolor físico, alteraciones del funcionamiento cerebral, o bien, intoxicación con delirio, demencia senil, abuso de medicamentos o drogodependencia, trastornos psicósomáticos, neurosis, psicosis, ansiedad, miedos irracionales y tensiones.

Olvido. Es una acción involuntaria que consiste en dejar de recordar o de guardar en la memoria información adquirida. A menudo el olvido se produce por el “aprendizaje indiferente”, que es el aprendizaje que sustituye a un recuerdo no consolidado en la memoria, y lo “desaparece” de la conciencia. Debemos recordar que los recuerdos olvidados no desaparecen, sino que son sepultados en el inconsciente.

Profesional. Que ejerce de manera competente una profesión u oficio. Que vive de una determinada actividad.

Síndrome. Complejo de signos y síntomas resultantes de una causa común o que aparecen en combinación con expresión del cuadro clínico de una enfermedad o de una alteración hereditaria. Conjunto de fenómenos que caracterizan una situación determinada. El síndrome es el conjunto o patrón de símbolos que caracterizan a un trastorno específico.

Bibliografía

- Barrios, C; Sara y Tatiana Paravicklijin. Promoción de la salud y el entorno saludable. En la revista de enfermería del IMSS 9 (3) México, 2001.
- Bernal, C., María del Pilar y Cols. El nivel de estrés del personal de enfermería que labora en el servicio de quirófanos del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE.
- Bulechek G.M. PhD, FAAN, cols. (2014). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Ed. El Server, 6ta. Ed. P. 2-15.
- Cheverría, Mónica. El exceso laboral: un peligro para la salud. CIMAC. Documento impreso, México, 2007.
- Cortez del Toro, Andrés y Cols. El Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería que labora en las áreas del Hospital General de México, en México, D.F. fundamentos administrativos para su prevención. Curso de administración de los servicios de Enfermería. Hospital General de México, México, 2001.
- Chacón, R. Margarita. Burnout en enfermeras que brindan atención a pacientes oncológicos. Documento impreso. Madrid, 1997.
- Esquivel, M., Carlos Gerardo et al. Síndrome de agotamiento profesional en el personal médico de un hospital de tercer nivel. En la Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, No 45 (5), México, 2006.
- García Hernández M.L. Cárdenas Becerril L. Arana Gómez B. Monroy Rojas A. Hernández Ortega Y. salvador Martínez C. (2011). Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. Texto contexto-enferm. Vol. 20 no.spe Florianópolis.
- Gómez S., Marcos y Teodoro Bondjale Oko. Síndrome de Burnout o quemamiento de los profesionales: Prevención y tratamiento. Documento impreso, Barcelona, 2005.
- Hernández, V., Clara Ivette y Cols. Burnout y síntomas somáticos cardiovasculares en Enfermeras de una institución de salud en el D.F. en la revista de enfermería del IMSS No. 13, Vol. 3, México, 2005.
- Ledezma Pérez M. C. (2015). Fundamentos de enfermería. México; Ed. Limusa Grupo Noriega Editores; p. 13-20.
- Organización internacional del trabajo. La convención No. 149 y la recomendación No. 157. Documento impreso, Ginebra, 2005.
- Organización Mundial de la Salud. Fortalecimiento de la Enfermería y la partería. Resolución 54.12 y 47.27. En la revista de Enfermería del IMSS 9 (3) México, 2001.
- Rocha I., Juan Manuel. Síndrome de Burnout: El médico de urgencias incansable? En la revista Medicina de Urgencias, Vol. 1, No. 2, Abril-Junio. México, 2002, p.53.

- Salud y medicinas.com.mx. El estrés laboral que incapacita. Documento impreso. México, 2007.
- Trueba V., Alberto y Jorge Trueba Barrera. Ley Federal de Trabajo. Ed. Porrúa. México, 2000, p. 207.