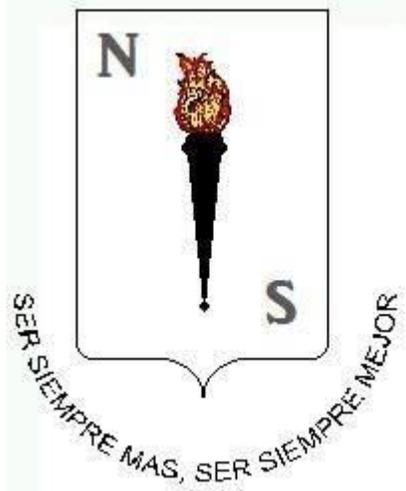


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE: 8722.



TESIS

DESGASTE PROFESIONAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA BAJO LA
PERSPECTIVA DE CRISTINA MASLACH

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

CARMEN AÍDA MOYA MAGAÑA

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA MICHOACÁN, 2021.



Universidad Nacional
Autónoma de México



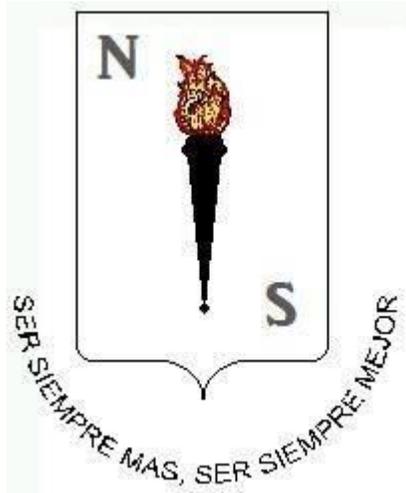
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE: 8722.



TESIS

DESGASTE PROFESIONAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA BAJO LA
PERSPECTIVA DE CRISTINA MASLACH

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

CARMEN AÍDA MOYA MAGAÑA

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA MICHOACÁN, 2021.

Dedicado a la mujer que está forjando su camino,
que ha tenido la fuerza necesaria para seguir adelante
incluso en los momentos más difíciles.

Por un futuro lleno de logros...

A la autora de este proyecto.

Agradecimientos.

Por haberme permitido lograr una meta más en mi vida personal y profesional, gracias a Dios por esta gran vida que me ha dado, y por hacer de mis maravillosos padres, instrumento de su sagrada voluntad. A ti Ulmaro Moya Canchola por enseñarme lo que es la constancia y el trabajo duro, a ti, Aída Ana Magaña Mendoza por ser mi ejemplo de fortaleza y valentía. A ustedes, gracias por ser más que mis padres, ser mi ejemplo a seguir. A Gualberto Moya Magaña por ser la persona más noble y honesta, y siempre estar a mi lado en cada momento, a Luis Francisco Moya Magaña por brindarme alegría e inocencia. A Huberto Magaña Melgoza y cuidarme desde el cielo, eres mi ángel. Gracias a todos ustedes por cultivar en mi la bondad, esperanza y el perdón de nuestro señor Jesucristo.

Este trabajo de investigación es el producto final de un proceso formativo que se desarrolló bajo la tutela de mi asesor, quien me brindó su consejo. Agradezco a la Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud, por permitirme ser parte de su cuerpo estudiantil. De igual forma agradezco a mis docentes por formarme como profesionalista, y reforzar mis valores dentro de esta profesión humanitaria, un reconocimiento en especial a la Lic. en Enfermería Avelina Ramírez Izquierdo.

Por motivarme a nunca rendirme y a defender mis ideales, por siempre estar y darme las fuerzas que en ocasiones me faltaban, por su gran amor, gracias a Citlali Figueroa Guzmán y Paulina Flores Téllez, ustedes son el claro ejemplo de lo que trata una amistad.

Gracias a todos ustedes.

Contenido

1 Introducción.....	1
2 Marco teórico	5
2.1 Vida y obra.....	5
2.2 Bases Teóricas.....	15
2.3 Hipótesis	19
2.4 Justificación.....	20
2.5 Planteamiento del problema.....	21
2.6 Objetivos.....	22
2.6.1. General.....	22
2.6.1. Específico.....	22
2.7 Métodos.....	22
2.7.1. Científico.....	23
2.7.2. Inductivo.....	23
2.7.3 Deductivo.....	23
2.7.4 Mayéutica.....	24
2.8 Variables.....	24
2.9 Encuesta.....	26
2.10 Graficado.....	30
3 Generalidades.....	34
3.1 Conceptualización de los cuidados de enfermería	34
3.2 Enfermería.....	34
3.3 Clasificación de los cuidados de enfermería bajo la perspectiva de Colliere.....	35
3.4 Conocimientos.....	36
3.5 Tecnología.....	37
3.6 Creencias y valores.....	38
3.7 La dama de la lámpara.....	40
3.7.1 Guerra de Crimea.....	40
3.8 Anatomía del Sistema Nervioso.....	42
3.8.1 Sistema Nervioso Central.....	45

3.8.2 Sistema Nervioso Periférico.....	49
3.9 Sistema Límbico.....	50
4 Indicadores de calidad.....	51
4.1 Programa de acción específico 2013-1018 de la DGCES.....	51
4.2 Retos 2013-2018.....	52
4.3 Calidad y seguridad del paciente.....	53
4.4 Innovación y mejora continua.....	53
4.5 Gestión de riesgos en atención médica.....	53
4.6 Acreditación de los establecimientos de atención médica y servicios de salud.....	53
4.7 Normatividad en materia de salud.....	54
4.8 Educación en salud.....	54
4.9 Indicadores de calidad en la atención sanitaria.....	55
4.9.1 Objetivo de los indicadores de calidad.....	56
4.9.2 Ministración de medicamentos.....	56
4.9.3 Vigilancia y control de venoclisis instalada.....	58
4.9.3.1 Norma Oficial Mexicana 022-SSA3-2012 Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos	59
4.9.4 Trato digno.....	60
4.9.5 Prevención de caídas en pacientes hospitalizados.....	63
4.9.6 Prevención de úlceras por presión a pacientes hospitalizados.....	66
4.9.7 Prevención de infecciones por sonda vesical instalada.....	67
5 Bases teóricas del desgaste profesional.....	69
5.1 Clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud.....	69
5.2 Estructura básica y principios en la clasificación con el CIE.....	70
5.3 Origen conceptual del Síndrome de desgaste profesional.....	70
5.4 Población de riesgo.....	74
5.5 Desarrollo del Síndrome de Burnout	75
5.5.1 Edelwich-Brodsky.....	76

5.5.2 Cherniss.....	76
5.5.3 Farber.....	77
5.5.4 Gil-Monte y Cols-Manzano.....	77
5.6 Teoría de las necesidades básicas de Maslow.....	78
5.7 Teoría del psicoanálisis Sigmund Freud.....	82
5.7.1 Psicoanálisis como teoría explicativa.....	83
5.8 Primer tópica: Consciente-preconsciente-inconsciente.....	84
5.9 Segunda tópica: Ello-yo-superyó.....	84
5.9.1 Conceptualizaciones del psicoanálisis.....	85
5.9.2 Desarrollo sexual infantil.....	87
6 Síndrome de Burnout bajo la perspectiva de Maslach.....	89
6.1 Teorías explicativas del síndrome de Burnout.....	89
6.2 Agotamiento emocional.....	90
6.3 Cinismo/despersonalización.....	90
6.4 Realización personal.....	91
6.5 Taxonomía de modelos explicativos de Burnout.....	91
6.6 Burnout propuesto por Olga Sebastian: Bases de Maslach.....	95
6.6.1 Fase de entusiasmo.....	95
6.6.2 Fase de estancamiento.....	95
6.6.3 Fase de frustración.....	95
6.6.4 Fase de apatía.....	96
6.7 Comprendiendo el Burnout.....	96
6.8 Escala de Maslach: Instrumento de medición.....	98
7 Influencia de los factores de estrés al brindar atención sanitaria.....	101
7.1 Población de riesgo.....	101
7.2 Dimensiones y prevalencia del desgaste profesional.....	101
7.2.1 Dimensiones del síndrome de desgaste profesional dentro de las áreas laborales.....	101
7.3 Prevalencia del desgaste profesional dentro de las áreas laborales.....	102

7.4 Teoría del Sol Naciente.....	103
7.5 Conceptos según la teoría de transculturación de la salud.....	105
7.6 Aplicación de la teoría en relación con enfermera-paciente-familia.....	105
7.7 Teoría de las 14 necesidades.....	106
7.8 Norma Oficial Mexicana 035 STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo, identificación, análisis y prevención.....	108
7.9 Objetivos y campo de aplicación.....	108
8 Aplicación de la escala de Maslach en el personal de enfermería.....	111
8.1 Principios fundamentales de enfermería.....	111
8.1.1 Respetar individualidad del paciente.....	111
8.1.2 Satisfacer necesidades fisiológicas.....	112
8.1.3 Proteger al paciente de cualquier causa externa a la enfermedad.....	112
8.1.4 Ayudar al paciente al retorno de su vida útil fuera del hospital.....	114
8.2 Funciones den enfermería.....	114
8.2.1 Función asistencial.....	114
8.2.2 Función docente.....	114
8.2.3 Función administrativa.....	115
8.2.4 Función de investigación.....	115
8.3 Principales causas del Burnout en enfermería.....	116
8.3.1 Características laborales.....	116
8.3.2 Causas individuales.....	117
8.3.3 Entorno desencadenante.....	117
8.4 Sintomatología y detección oportuna del síndrome de Burnout en el personal de enfermería.....	122
8.4.1 Prevención.....	124
8.4.1.1 Retiros espirituales laborales.....	126
8.5 Tipos.....	126
8.6 Detección diagnóstica.....	126
8.7 Tratamiento.....	129
8.7.1 Terapia cognitivo conductual	130
8.7.2 Terapia psicoanalítica	132
8.7.3 Terapia Humanista.....	133
8.7.4 Terapia Gestalt.....	134
8.7.5 Terapia Sistémica	135
8.8 Patologías secundarias al Síndrome de Burnout.....	138
8.8.1 Estrés.....	139
8.8.2 Ansiedad.....	142
8.8.3 Insomnio.....	145

8.8.4 Depresión.....	147
8.8.5 Trastorno límite de la personalidad.....	149
8.8.6 Suicidio.....	153
9 Conclusión.....	157
10 Bibliografía.....	159
10.1 Básica.....	159
10.2 Complementaria.....	161
10.3 Electrónica.....	162
11 Glosario.....	163

1 Introducción

Este síndrome fue descrito por primera vez en 1969 al comprobar el extraño comportamiento que presentaban algunos oficiales de policía de aquella época: agentes de la autoridad que mostraban un cuadro de síntomas concreto. En 1974 Freudenberger hizo más popular al síndrome, y posteriormente, en 1986, las psicólogas norteamericanas C. Maslach y S. Jackson lo definieron como un síndrome de cansancio emocional, despersonalización, y una menor realización personal que se da en aquellos individuos que trabajan en contacto con clientes y usuarios.

El Síndrome de Burnout se define como respuesta al stress laboral crónico que afecta a aquellas personas cuyo trabajo tiene como centro ayudar y apoyar a otros; generando en el profesional síntomas que van desde el agotamiento físico, mental y emocional hasta relaciones conflictivas interpersonales.

El presente trabajo, tiene por objetivo principal, medir el nivel de desgaste profesional del personal de enfermería en relación a los factores influyentes como lo serán el equipo de trabajo, material e insumos disponibles, personal y compañeras de trabajo en equipo, relaciones inter y extra personales/ profesionales, así como los horarios y las flexibilidades otorgadas en el ambiente laboral que permitan un crecimiento profesional adecuado para constantes capacitaciones y mejor rendimiento.

Dentro de la perspectiva holística del ser humano, las necesidades no se encuentran totalmente previstas, cuando dichas necesidades se ven interrumpidas, la persona puede experimentar sentimientos como frustración, tristeza y enojo, con la finalidad de determinar en qué nivel se encuentra el desgaste y los principales detonantes, al tomar medidas asertivas y oportunas, no solo se verá una mejoría en el desempeño laboral, si no que en el trato al paciente, el cual es otorgado en mayor parte por el gremio de enfermería, al mejorar la relación enfermera-paciente, se verá

una disminución en el periodo de recuperación del paciente hospitalizado, atendiendo de esta manera cada esfera de su ente holístico que lo conforma como ser humano digno.

Tomando a consideración que la enfermería junto con la medicina son ciencias humanistas y son las que principalmente se ven involucradas en la interacción directa con el paciente, se debe establecer un vínculo de confianza con el paciente, el cual debe ser profesional y sobretodo humano, analizando desde la perspectiva de la patología y como afecta las estructuras corporales y las funciones básicas, así como el estrato mental, como influye en la personalidad y carácter de individuo de depender de un tercero para cumplir con las necesidades primarias que se han realizado de manera individual a lo largo de su vida, se ve conflictuado el nivel de independencia de la persona así como su vulnerabilidad, aunado a la exposición constante por manipulación, revisión y cuidados diarios del personal de enfermería que es diverso y el médico encargado del tratamiento. Estos factores resultando importantes al realizar un análisis clínico en el que se cuantifica la resiliencia de la persona ante adversidades como lo es un problema de salud incapacitante. Dentro de las funciones que cumple enfermería, se debe generar confianza y seguridad entre cada miembro y en el ambiente en el que se encuentre hospitalizado el paciente, abordando en cada esfera de forma que el cuidado sea realmente integral.

Otras de las funciones a considerar resulta impactarse en el ámbito de la educación e independencia, cuando el sujeto deja de requerir el cuidado y avanza a un nivel donde es capaz de adquirir un rango un poco mayor de independencia para realizar por sí mismo sus cuidados y necesidades primordiales, para esto se confiere cierto rango de responsabilidad en él mismo y el entorno comprendido por su familia, para ello el papel del personal de enfermería radica en la importancia de educar y capacitar a cada miembro y al paciente mismo para la rehabilitación y vida fuera del entorno del nosocomio, esta capacitación debe realizarse al mismo nivel en el que se encuentre el paciente, es decir, con términos sencillos que puedan comprender fácilmente, y de preferencia permitir su participación mientras el

personal de enfermería revisa y válida la comprensión, ya que la parte teoría como práctica, si bien se encuentran entrelazadas, no siempre son comprendidas por igual o con la misma facilidad.

La importancia de validar el grado de desgaste profesional en el que se encuentra el personal de enfermería está basada en la forma en la que interactúa y su desempeño laboral, si el personal se encuentra agotado, presionado o permite que diversos factores alteren su estado de ánimo, de manera inconsciente o consciente podría desquitarse o tender a conductas agresivas directas hacia el paciente, quien se encuentra vulnerable por su homeostasis alterada como previamente se mencionó, el trato brusco que reciba puede ser un factor que favorezca su malestar al sentirse violentado, muchos pacientes consideran que el gremio de enfermería es uno de los gremios que más abusan de su poder ante situaciones de vulnerabilidad con el paciente a su cargo, de forma que se sienten atacados por ser ellos o incluso rechazados, sintiendo culpa por su situación.

Al medir el grado de desgaste y localizar el principal factor detonante se podrán realizar medidas exactas para una intervención más completa viendo por la seguridad del paciente y del propio persona, ya que las relaciones entre compañeras resultan ser uno de los factores detonantes más comunes por una comunicación deficiente o malos entendidos, imposibilitando el trabajo en equipo, afectando su desempeño laboral y retrasando el logro de objetivos establecidos por turno, semanales y mensuales. Las relaciones laborales deben mantenerse profesionales y dentro de una esfera donde se mida el desempeño individual y en equipo, alineando a aquellos con más características a fin, de forma que el hospital se vea beneficiado por un mejor rendimiento de su personal. El principal beneficiario, como primer premisa será el paciente, quien se sentirá cómodo y seguro, haciendo su tiempo de recuperación más corto y efectivo, pues se brinda una confianza que modificara directamente el desempeño del paciente a su propio beneficio.

2. Marco Teórico

2.1 Vida y obra

Psicóloga social estadounidense, profesora emérita nacida en San Francisco en 1946. Actualmente profesora del departamento de psicología y vicedirectora de pregrado en la universidad de California en Berkeley desde 2001. Conocida como una de las mayores expertas e investigadoras del síndrome de Burnout y co-autora del “*Maslach Burnout Inventory*” el instrumento de investigación más utilizado para la evaluar la experiencia individual de agotamiento ocupacional en trastornos de servicios humanos, desarrollando más tarde alternativas del MBI original para evaluar los entornos educativos y los entornos ocupacionales generales. 30 años después, en el 2014, *Maslach Burnout Inventory* todavía se citaba como la medida principal para el agotamiento. En 1988 fue presidenta de la Asociación Psicológica Occidental. En 1991 fue seleccionada como miembro de la Asociación Americana para el Avance de la Ciencia por su trabajo revolucionario en la aplicación de la psicología social a problemas contemporáneos. En Berkeley, Maslach recibió el premio a la enseñanza distinguida y el premio al servicio de ciencias sociales, en 1997 fue nombrada profesora del año de los Estados Unidos por el consejo del avance y el apoyo de la educación y la fundación Carnegie para el avance de la enseñanza. En el 2008, Maslach gana el premio de enseñanza sobresaliente.

2.2 Bases teóricas

Teoría del entorno

El entorno físico se encuentra constituido por elementos físicos en los que el paciente es tratado. El entorno psicológico puede verse afectado por el estrés y el entorno social comprende aspectos que propician una óptima recuperación del paciente. Si estos entornos se ven modificados influyen directamente en la

recuperación del paciente, ya sea de forma positiva o negativa. Estos estratos cuentan con determinados elementos que se consideran, deben producir un entorno saludable, puesto que “todas las condiciones y las fuerzas externas que influyen en la vida y el desarrollo de un organismo” entendiendo que el ambiente donde se encuentre el paciente, es directamente proporcional a su recuperación, de entre los elementos del entorno saludable, encontraremos: la ventilación y luz adecuada, calor suficiente, control de efluvios y del ruido, así como el aire limpio, el agua y eliminación adecuada. Estos producirá una sensación de agrado y comodidad al paciente, actuando en el inconsciente y motivando al individuo a una recuperación pronta, si dichos elementos no se encuentran o están mal empleados, el paciente no tendrá el confort esperado ni la motivación de salir adelante, por ello se considera fundamental un ambiente inocuo para su correcta evolución, considerando al ser como un ente biopsicosocioespiritual, compuesto de una totalidad holística en la que él se vuelve el centro de estudio, de manera previa, ante la determinación del impacto de la iluminación en el paciente, como un conjunto de efectos reales y tangibles sobre el cuerpo humano. Por razón directa, está dicho que otro elemento fundamental y de mayor impacto en determinada recuperación es el personal de salud, enfocando la atención al gremio que pasa la mayor parte de su tiempo a un lado del paciente: enfermería. De entre los indicadores de calidad, el trato digno, se puede encontrar que el trato proporcionado al paciente puede afianzar su seguridad y mejorar, o bien, influir en un estancamiento en cuanto al progreso de su estado de salud. Si bien, esto permite comprender que el desgaste profesional repercute directamente en el paciente, familiares y su recuperación.

A mediados del siglo XIX *Florence Nightingale* establece su firme convicción de que el conocimiento de la enfermería, era intrínsecamente distinto del de la ciencia médica. Definiendo la función propia y distintiva de la enfermera, que consiste en colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él aunado a la atención médica brindada, cuyo objetivo tendrá la recuperación del estado de salud del paciente, así como estableció que la profesión de enfermería se basa en el conocimiento de las personas y su entorno, llevándola

a la elaboración de diversas teorías respecto al cuidado, entre ellas la anteriormente establecida.

Modelo de las 14 Necesidades Fundamentales

Reflejado en el paradigma de la interpretación, considerando el modelo como como la tendencia humanista, de suplencia y ayuda, difundido ampliamente en la sencillez, generalidad y claridad. El modelo Henderson considera 14 factores que componen la vida diaria del sujeto tanto en estado de enfermedad y salud, de forma que también sean aplicables para la promoción y prevención sanitaria. Este modelo considera los términos: Salud-cuidado-persona-entorno desde la perspectiva holística que compone a todo organismo.

Salud: La calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Entorno: Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

Cuidado: Está dirigido a suplir los déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

Persona: Como un ser constituido por los componentes biológicos psicológicos sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisible y por lo tanto la persona se dice que es un ser integral.

Las 14 necesidades buscan mantener la relación entre los factores previamente mencionados, con fin de lograr y mantener la homeostasis del organismo.

- 1º.- **Respirar** con normalidad: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.
- 2º.- **Comer y beber** adecuadamente: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.
- 3º.- **Eliminar los desechos del organismo**: Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.
- 4º.- **Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada**: Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.
- 5º.- **Descansar y dormir**: Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día.
- 6º.- **Seleccionar vestimenta adecuada**: Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.
- 7º.- **Mantener la temperatura corporal**: Regular la alimentación de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una correcta elección de la vestimenta de acuerdo a la temperatura ambiental.

- 8º.- **Mantener la higiene corporal:** Regular la higiene propia mediante medidas básicas como baños diarios, lavarse las manos, etc.
- 9º.- **Evitar los peligros del entorno:** Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.
- 10º.- **Comunicarse** con otros: expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones, proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras mediante diálogos que permitan y promuevan la promoción sanitaria para la adecuada prevención de salud.
- 11º.- **Ejercer culto a Dios**, acorde con la religión: Mantener nuestra fe de acuerdo a cual sea la religión sin distinciones por parte del plantel enfermero.
- 12º.- **Trabajar** de forma que permita sentirse realizado: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial.
- 13º.- **Participar en todas las formas de recreación** y ocio: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.
- 14º.- **Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad** que conduce a un desarrollo normal de la salud: Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos.

Estas necesidades consideran al sujeto en todos sus estadios, permitiendo su aplicación en cada una de las fases del desarrollo comprendidas y descritas por teóricos como Freud y Carl Jung.

De igual forma, se consideran tres niveles de relación para con el usuario de los servicios de enfermería, asistiendo al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que realizaría por sí mismo en caso de tener la fuerza suficiente, así como el conocimiento y voluntad necesaria, de forma que se logre la independencia de la forma más rápida posible.

- **1. Nivel sustitución:** la enfermera sustituye totalmente al paciente.
- **2. Nivel de ayuda:** la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
- **3. Nivel de acompañamiento:** la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

Este modelo fue elaborado por Virginia Henderson, enfermera egresada de la escuela de enfermería del ejército, iniciando trayectoria como docente en investigación, quien ingresó como maestra en la universidad de Columbia, realizando una licenciatura como profesora y obteniendo el grado master por varias investigaciones realizadas dentro de la institución. Así como emérita de 9 títulos honoríficos en la universidad de Yale, al incorporar la filosofía y psicología dentro de sus trabajos de investigación.

Teoría del Autocuidado

Centrada y descrita a partir de 3 sub-teorías en la que se explica el concepto del autocuidado como la constante del individuo en su propia existencia. Entendiéndose como autocuidado como la actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. Los objetivos presentados como requisitos o resultados que se

buscan alcanzar, indicando las actividades que el individuo deberá realizar para cuidar de sí mismo.

- **Requisitos de autocuidado universal:** Comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- **Requisitos de autocuidado del desarrollo:** promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:** que surgen o están vinculados a los estados de salud.

Dentro de sus sub-teorías se presentó la teoría del déficit del autocuidado, la cual describe y explica las causas por las que se ha provocado un déficit en la salud, entendiéndose como la medida para identificar todos aquellos factores estresantes que conducen a perjudicar el estado de salud. Los individuos sometidos a las limitaciones a causa de su salud o no, no asumen su autocuidado o cuidado dependiente, determinando la importancia de la intervención oportuna de enfermería.

El otro componente sustancial de la teoría del autocuidado, consta de la teoría de los sistemas de enfermería. En la que se desarrollan 3 sistemas de enfermería compensadores de manera parcial y permanente, así como de apoyo y educación.

- **Sistemas de enfermería totalmente compensadores:** La enfermera suplente al individuo. La *acción de la enfermera* radica en cumplir con el autocuidado terapéutico del paciente, compensando la incapacidad del mismo y apoyándolo.
- **Sistemas de enfermería parcialmente compensadores:** El personal de enfermería proporciona autocuidados. La *acción de la enfermera* consta en desarrollar algunas medidas de autocuidado para el paciente, compensando las limitaciones de autocuidado y proporcionando ayuda. En este sistema, la *acción del paciente* trata en desempeñar algunas medidas de autocuidado; regulando la actividad de autocuidado y aceptando el cuidado y ayuda a la enfermera.
- **Sistemas de enfermería de apoyo-educación:** la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda. La *acción de la enfermera* busca regular el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado, en tanto la *acción del paciente* cumple con el autocuidado.

Dentro de esta teoría encontramos la conceptualización de persona, salud, enfermería y entorno bajo la perspectiva de Dorothea Orem.

Salud: Estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. El hombre trata de conseguir la salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

Persona: Organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

Enfermería: Busca proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

Entorno: Factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean comunitarios o familiares que pueden influir o interactuar con la persona, considerando el autocuidado terapéutico, actividad de autocuidado, agente, agente del cuidado dependiente entre otros.

Esta teoría fue elaborada por Dorothea Orem, quien inició su carrera como enfermera con las hermanas de la caridad en el hospital de Washington, recibiendo en 1930 el reconocimiento como master en ciencias de la enfermería educativa por sus aportes, inspirada en otros teóricos como Peplau, Nightingale y Rogers.

Teoría del sol naciente

Representa componentes esenciales de su teoría, este modo resulta un instrumento valioso para estudiar los diversos elementos y componentes de su teoría y para realizar las valoraciones clínicas que sean lógicas en la cultura. La

mitad superior del círculo representa los componentes de la estructura social y los factores de la concepción del mundo que influye en los cuidados y salud por medio del lenguaje y el entorno. Estos factores influyen en los sistemas enfermeros que se encuentran en la parte central del modelo. Las dos mitades unidas forman un sol entero que significa el universo que las enfermeras deben considerar para valorar los cuidados humanos y la salud. Según esta teoría pueden establecerse tres tipos de cuidados enfermeros: Presentación y mantenimiento de los cuidados culturales; de adaptación y negociación de los cuidados culturales y reorientación o reestructuración de los cuidados culturales. El modelo del sol naciente describe a los humanos como personas que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción de mundo, de su trayectoria vital y el contexto de su entorno.

La enfermería es significativa para los pacientes y para las enfermeras de todo el mundo, el saber de la enfermería transcultural y sus competencias serán imprescindibles para orientar las decisiones y las acciones de las enfermeras y así obtener resultados buenos y eficaces.

- **Enfermería Transcultural:** Se refiere a las enfermeras que están formadas en enfermería transcultural y que tienen como labor desarrollar el saber y la práctica de la enfermería transcultural.
- **Enfermería Intercultural:** Se refiere a las enfermeras que usan conceptos antropológicos médicos o aplicados, la mayor parte de ellas no están autorizadas a desarrollar la teoría de la enfermería transcultural ni a llevar a cabo prácticas basadas en la investigación.

La enfermera transcultural es una enfermera diplomada, que es capaz de aplicar conceptos generales, principios y prácticas de la enfermería transcultural. Por otro lado se defiende y promueve una teoría nueva y diferente, y no la teoría tradicional, que normalmente se define como un conjunto de conceptos relacionados entre sí de forma lógica y proposiciones hipotéticas que se puede

probar a fin de explicar o predecir un hecho, fenómeno o situación. De igual forma, se define la teoría como el descubrimiento sistemático y creativo del conocimiento de un campo de interés o de un fenómeno que no parecen relevantes para entender o explicar fenómenos desconocidos. La teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales enfermeros, que tiene sus cimientos en la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y guiar a los profesionales y de este modo, podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen y necesiten de estos profesionales. La cultura representa los modelos de su vida sistematizados y los valores que las personas que influyen en sus decisiones y acciones.

Por tanto, la teoría está enfocada para que las enfermeras descubran y adquieran los conocimientos acerca del mundo del paciente y para que estas hagan uso de sus puntos de vista internos, sus conocimientos y prácticas, todo con la ética adecuada.

- **Cuidados culturales:** son todos los valores creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras personas o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o a afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte.
- **Persona:** Ser humano que se cuida y es capaz de interesarse por otros; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas.
- **Entorno:** todos los aspectos contextuales en los que se encuentran los individuos y los grupos culturales.
- **Etnoenfermería:** Se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tienen de ellos una cultura determinada, a través de las experiencias, las convicciones y el

sistema de valores sobre fenómenos de enfermería reales o potenciales, como puede ser la asistencia, la salud y los factores ambientales.

- **Diversidad de los cuidados culturales:** Variación o diferencia que existe en significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia dentro de una colectividad o entre grupos humanos distintos, con el fin de ayudar, apoyar o facilitar medidas asistenciales dirigidas a las personas.
- **Universalidad de los cuidados culturales:** La similitud o uniformidad dominante en los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados que se manifiestan entre muchas culturas y reflejan los modos de apoyo, asistencia, capacitación para ayudar a las personas.

Esta teoría junto con la conceptualización dentro de la enfermería transcultural, fue elaborada por Madeleine Leininger quien se diplomó en la escuela de enfermería en Denver, así como inició y dirigió el primer programa de enfermería dirigido a la especialidad en psiquiatría en la universidad de Cincinnati, Leininger ha escrito 27 libros, además de 200 artículos y 45 capítulos de informes de investigación, recibiendo diversas distinciones y premios por sus aportaciones en el campo de enfermería práctica-teórica.

Teoría del Psicoanálisis

La doctrina psicoanalítica sostiene que el ser humano, como parte de su mecanismo de superación-defensa reprime impulsos instintivos enviándolos al inconsciente y alterando la conducta del individuo, sin que el mismo sea consciente de la razón. En diversas ocasiones, estos impulsos surgen en la conducta y el conflicto se ve presentado por medio de sueños, actos fallidos (como la mala planeación de un evento o la realización de actividades que no se querían realizar en un principio), y por asociación libre.

- **Consciente.** Parte del aparato psíquico con mayor relación al mundo exterior del individuo. Su función es basada principalmente en la percepción, pensamiento y razonamiento. Esta parte es la encargada del dominio y control de motilidad, por lo que las acciones que realiza el individuo de manera voluntaria son dirigidas y surgen en el consciente.
- **Preconsciente.** Comprende pensamientos y vivencias de las cuales el individuo no es plenamente consciente, usa la atención para crear tal grado de consciencia sin la existencia de la censura represiva la mente consciente puede acceder a cualquier información almacenada en esta parte.
- **Inconsciente.** Es la parte más compleja y próxima a los confines psíquicos. Los contenidos del inconsciente es información que ha sido reprimida por el individuo. En esta área del aparato psíquico existe una censura represiva que impedirá la fuga de dicha información al preconsciente y al consciente. Como parte de la naturaleza del ser humano, existe una necesidad de lidiar y conciliar con todo lo que afecte la estabilidad mental, por lo que la mente; por medio de conductas, sueños, asociación libre, pensamientos e, incluso imágenes recurrentes, busca hacer consciente al individuo para que solucione dicho suceso, y así, recuperar su estado de homeostasis

Una pulsión es un impulso psíquico con fuente en la excitación interna dirigido a un fin preciso. La pulsión no debe ser manejada como el sinónimo de motivación, puesto las pulsiones tienen características irascibles sin contar necesariamente con el proceso de raciocinio con el que cuenta la motivación. La pulsión tiene un origen extremadamente personal y, varía dependiendo de las ideas, costumbres y cultura del individuo. Existen dos clases de pulsiones: de vida y de muerte. Las primeras hablan de la energía que va encaminada a conservar y a disfrutar la vida, mientras que las pulsiones de muerte es el contra, el equilibrio. La energía enfocada en la destrucción, muerte y agresividad. Se menciona la necesidad de ambas pulsiones:

"no podemos perdurar en un estado de felicidad y tranquilidad si no hay destrucción previa a estos". Las pulsiones determinan la conducta del individuo, aquel que es incapaz de mantener un estado de equilibrio entre ambas pulsiones puede, fácilmente acostumbrarse a satisfacer las pulsiones de muerte que conlleva a la autodestrucción o al daño ajeno.

El psicoanálisis fue elaborado por Sigmund Freud, quien estableció de igual forma el desarrollo psicosexual del infante en cada fase, estableciendo conductas determinadas en caso de que dichas etapas no se desarrollen de la manera correcta.

Teoría Necesidades Básicas

Desde el nacimiento, el ser humano adquiere necesidades que, si bien no son cumplidas de manera independiente, buscan la forma de que sean satisfechas. El llanto, los balbuceos de un intento de hablar, los gritos y los comportamientos exagerados de los recién nacidos no son más que conductas encaminadas a llamar la atención de un adulto, quien satisfaga sus necesidades. Conforme crece, el individuo adquiere diversos grados de independencia y necesidades que va cumpliendo por sí solo. Maslow sostenía que para elaborar una teoría general de la motivación y las necesidades del sujeto, se debe considerar la complejidad en las conductas del individuo y tomarse en cuenta los factores que los rodean como costumbres, la cultura, las tradiciones, familia, educación y medio. En 1943 Maslow formuló conceptos de jerarquía de necesidades como alternativa de estudiar las motivaciones del ser humano, poder estudiar su conducta al cumplir las necesidades, al avanzar, lo que sucede cuando no se satisfacen y como el humano muestra sus necesidades a quien lo rodea. Se diseñó una jerarquía basada en las necesidades que deben ser satisfechas para poder satisfacer las necesidades superiores, las cuales no serán cumplidas ni se presentarán hasta no satisfacer de manera completa las inferiores.

La teoría fue elaborada por Abraham Maslow, psicólogo estadounidense, considerado como uno de los máximos exponentes en la psicología humanista, clasificando su posición como tercera fuerza en la psicología del paradigma del conductismo y psicoanálisis.

2.3 Hipótesis

Es necesario el conocimiento de la escala de Maslach para determinar los factores de desgaste profesional en el personal de enfermería.

2.4 Justificación

El estudio y proyecto del desgaste profesional determina las consecuencias que se presentan en el personal de enfermería, tanto a nivel social, personal-psicológico, laboral y mentalmente hablando en el momento de prestar los servicios correspondientes a la profesión. La importancia del proyecto radica en determinar los factores estresantes dentro del ámbito laboral, así como establecer acciones inmediatas para su diagnóstico y tratamiento previo, asegurando de tal manera la integridad del personal de enfermería, tanto laboral como personalmente. Creando consciencia en el actuar diario y la problemática que representa dicho desgaste en la práctica hospitalaria. Este síndrome se encuentra caracterizado por el agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo, que frecuentemente ocurre entre individuos cuyas tareas diarias se circunscriben al servicio de personas, creando una respuesta a los estresores interpersonales en el ambiente laboral, donde el exceso de contacto con individuos receptores de servicios, producen cambios negativos en las actitudes y conductas hacia estas personas. Este síndrome nace de la tensión crónica por la interacción conflictiva entre el trabajador y su empleo. El presente documento busca comprender las conductas de los trabajadores en su máximo desgaste laboral, desde la perspectiva del agotamiento e insatisfacción producida por su empleo, de forma que sea capaz de identificar las herramientas adecuadas para ofrecer un ámbito laboral más seguro, disminuyendo los factores estresantes, líneas de acción efectivas y asertivas, de igual manera, se asegura la correcta relación entre el receptor y prestador del servicio, es decir, entre paciente y enfermero propiamente. Dentro de varios apartados se ha analizado la importancia que tiene el ambiente, instalaciones y trato digno para con el paciente y su evolución temprana. Comprendiendo el área laboral del servicio de enfermería, se analizarán las mismas variables (ambiente, trato, interrelaciones, instalaciones, carga laboral entre otros) al momento de prestar el servicio, y como esto repercute negativa-positivamente no solo en el paciente o familiares, si no en el personal que labora, comprendiendo así dichos acondicionamientos conductuales.

2.5 Planteamiento del problema

Diversas teóricas de enfermería establecieron la importancia del medio ambiente y su repercusión directa con la salud del paciente. Virginia Henderson, Florence Nightingale, Dorotea Orem entre otras teóricas establecieron medidas específicas que se llevarían a la práctica al brindar los respectivos cuidados por parte del área de enfermería, con el paso de los años estas medidas han sido implementadas en todo nosocomio como medidas de higiene y de salud básica para no perjudicar al paciente, se han realizado campañas de promoción y capacitación a la población, de forma que se asegure la integridad y correcto cuidado del paciente, incluso se han elaborado proyectos de investigación que confirman la importancia del trato digno junto con otros indicadores de calidad para la recuperación y evolución correcta del usuario receptor de los servicios de enfermería. Cada trabajo elaborado tiene por objeto de estudio al paciente, pocos de los documentos centran la investigación al prestador del servicio de salud, si bien algunos centran al médico como objeto de estudio. La importancia del presente estudio se encuentra en centrar al enfermero como objeto de análisis en el ambiente laboral y como este puede repercutir positiva o negativamente en él y en cada estrato que le compone, recordando que el ser humano es un ser biopsicosocioespiritual. El desgaste profesional es una realidad actual que se ha convertido en un problema importante a tratar, puesto que el enfermero presta servicios de calidad y atención a la vida humana, dejando muchas veces a lado su propia integridad. Los factores estresantes que favorecen el desgaste en el personal de enfermería no solo repercuten a nivel emocional o psicológico, tienen repercusiones en el estrato físico y social, siendo una de las principales causas de modificación de la conducta, lo que llevará como consecuencia una disminución en su desempeño laboral, teniendo como resultado un servicio mal prestado, afectando directamente tanto al paciente como a sus respectivos familiares. La importancia de crear consciencia y determinar dichos factores estresantes radica en prestar un servicio de atención en salud óptimo asegurando la integridad tanto del paciente, familiares, personal médico y de enfermería, como un conjunto de piezas invaluable para la recuperación de la salud.

2.6 Objetivos

2.6.1 General

Mejorar la calidad de vida del personal de enfermería brindándoles condiciones de trabajo adecuadas, para generar un ambiente laboral y un desarrollo organizacional que propicie una óptima prestación de servicios al paciente.

2.6.2 Específicos

- Aplicar el instrumento de medición de desgaste profesional en las instituciones de salud periódicamente midiendo el nivel de estrés en el personal de enfermería.
- Realizar una investigación dentro del Hospital de Nuestra Señora de la Salud en el cual se les aplique una encuesta a los enfermeros.
- Determinar los principales factores de estrés que favorecen el desgaste profesional en el personal de enfermería.
- Elaborar intervenciones periódicas para reducir los niveles de estrés en el personal de enfermería.
- Verificar la funcionalidad de la medición de desgaste profesional mediante la aplicación de los indicadores de calidad.

2.7 Métodos

Los métodos son comprendidos como herramientas de recolección de datos, que permitirán formular y responder preguntas para llegar a conclusiones por medio de un análisis sistemático, teórico y aplicado para algún campo de estudio. Localizan y delimitan una problemática permitiendo recolectar datos importantes para la elaboración de la hipótesis, la cual posteriormente será probada o respaldada.

2.7.1 Científico

Este método tiene la capacidad de proporcionar respuestas eficaces y probadas sobre algún campo de estudio. Ofrece un conjunto de técnicas y procedimientos para la obtención de un conocimiento teórico con validez y comprobación científica mediante el uso de instrumentos fiables, los cuales no darán lugar a la subjetividad.

Dicho método permitirá en la investigación, establecer un campo de acción basado en campos de estudios previos como molde base a seguir en el momento de elaborar un propio modelo aplicable al Hospital de Nuestra Señora de la Salud, determinando los principales factores de desgaste profesional en el personal de enfermería y diseñar las medidas correspondientes de forma que dichos factores sean disminuidos o tratados adecuadamente.

2.7.2 Inductivo

Proceso utilizado para la obtención de conclusiones generales partiendo de hechos particulares, dicho método se encuentra entre los más utilizados en los procesos de investigación. Comenzando de lo particular a lo general, se encuentra basado principalmente en la observación, estudio y experimentación de diversos sucesos reales, con el fin de elaborar una conclusión, la principal característica de este método es la acumulación de datos. La verdad de las premisas apoya su conclusión, pero no la garantizan.

El método anteriormente mencionado, permite visualizar el problema desde una perspectiva más completa, otorgando importancia a todos los sucesos relacionados al objeto de estudio sin perder la visión original, de forma que la recolección de datos se volverá más completa. La conclusión se encontrara respaldada por las premisas resultantes de las variables a considerar.

2.7.3 Deductivo

Razonamiento empleado a deducir conclusiones lógicas a partir de una serie de premisas/principios partiendo de lo general a lo particular. Extrae conclusiones lógicas y válidas partiendo de las premisas proporcionadas. Se requiere de un

análisis o desglose para conocer el resultado, pues las conclusiones están dadas de antemano en las propias premisas, las cuales deben darse por verdaderas.

La aplicación del modelo deductivo otorgará un carácter profundo y ordenado a la investigación a realizar, estableciendo una idea específica elaborada por premisas consideradas previamente, generando una conclusión totalitaria al tomar en cuenta cada aspecto que conforma el problema de estudio, esta visión será fundamental para la elaboración del desarrollo e identificación del desgaste profesional en el personal de enfermería, así como el grado en el que se encuentra sometido.

2.7.4 Mayéutico

Método aplicado por Sócrates, integrado a la primera fase de depuración del pensamiento de prejuicios. Los elementos básicos del diálogo socrático son la pregunta, respuesta, debate y conclusión. Entre estos elementos esta la idea inicial, la cual puede resultar errática o ignorada, llegando al discernimiento intelectual.

La utilidad de este método dentro del desarrollo de la investigación, radica en el razonamiento que se adquiere al ser capaz de concluir de manera independiente las conclusiones desarrolladas, otorgando complementariedad a la visión a proporcionar con los métodos pasados, dando oportunidad de desarrollar un plan de acción específico para la resolución del problema a presentar.

2.8 Variables

Las variables corresponden al proceso por el cual es factible establecer procedimientos empíricos que permiten la obtención de datos para verificar la hipótesis y establecer una solución. Estas son susceptibles a ser modificadas y cambiar en función de algún motivo determinado o indeterminado, según se midan podremos encontrar variables cualitativas, que expresarán características y cualidades, y variables cuantitativas, las que se sujetarán en

argumentos numéricos. La presente investigación cuenta con las siguientes variables a determinar:

2.8.1 Variable independiente

Conocimiento de la escala de Maslach

2.8.1.1 Variable dependiente

Determinar el desgaste profesional en el personal de enfermería

2.8.2 Variable independiente

Aplicar la escala de medición de desgaste profesional

2.8.2.1 Variable dependiente

Conocer el nivel de estrés en el personal de enfermería

2.8.3 Variable independiente

Realizar intervenciones oportunas y asertivas

2.8.3.1 Variable dependiente

Para disminuir los niveles de estrés dentro del personal de enfermería

2.8.4 Variable independiente

Verificar la utilidad de la medición en desgaste profesional

2.8.4.1 Variable dependiente

Aplicación de los indicadores de calidad

2.8.5 Variable independiente

Determinar los principales factores de estrés dentro del personal de enfermería

2.8.5.1 Variable dependiente

Planear estrategias que reduzcan el desgaste profesional y aseguren un ambiente laboral inocuo

Encuesta

La presente encuesta se encuentra dirigida a las estudiantes de enfermería de Nuestra Señora de la Salud.

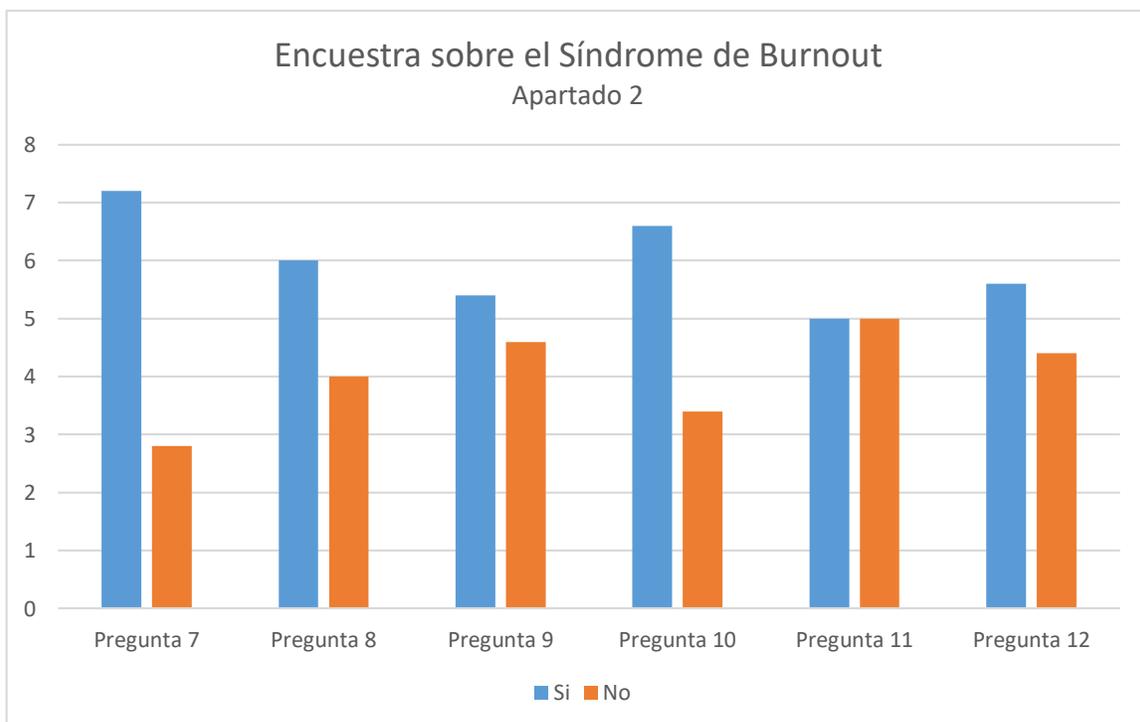
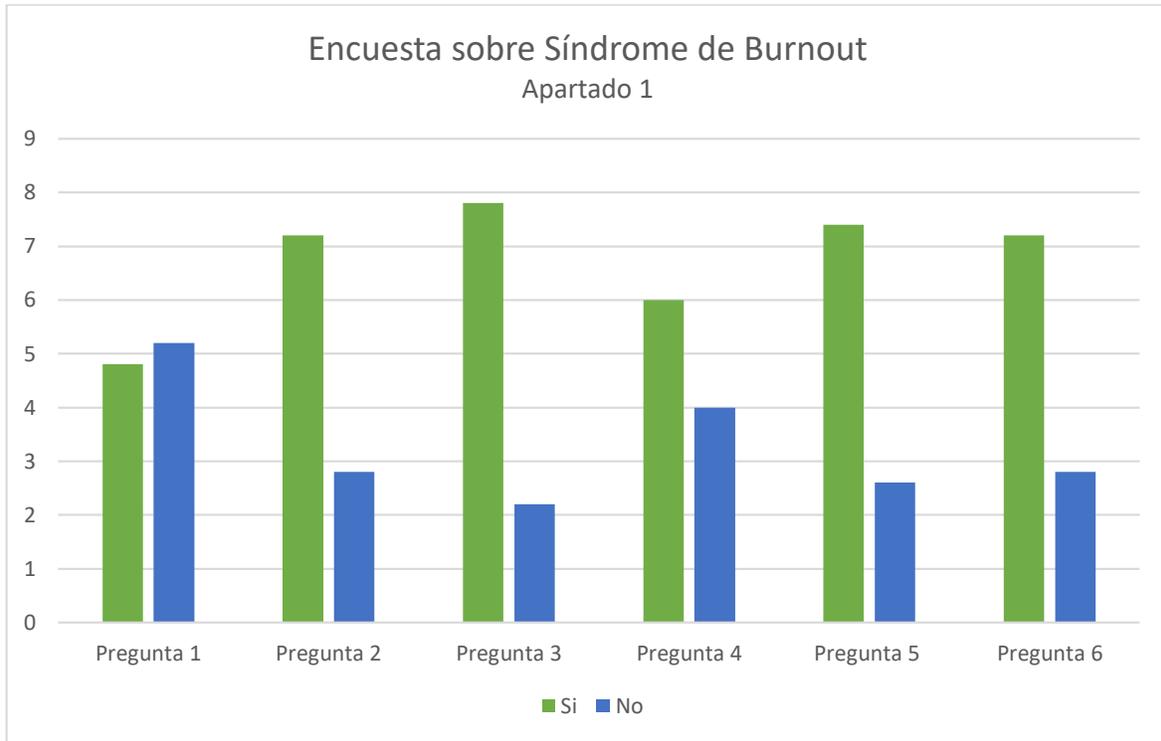
Marque con una X en la casilla correspondiente

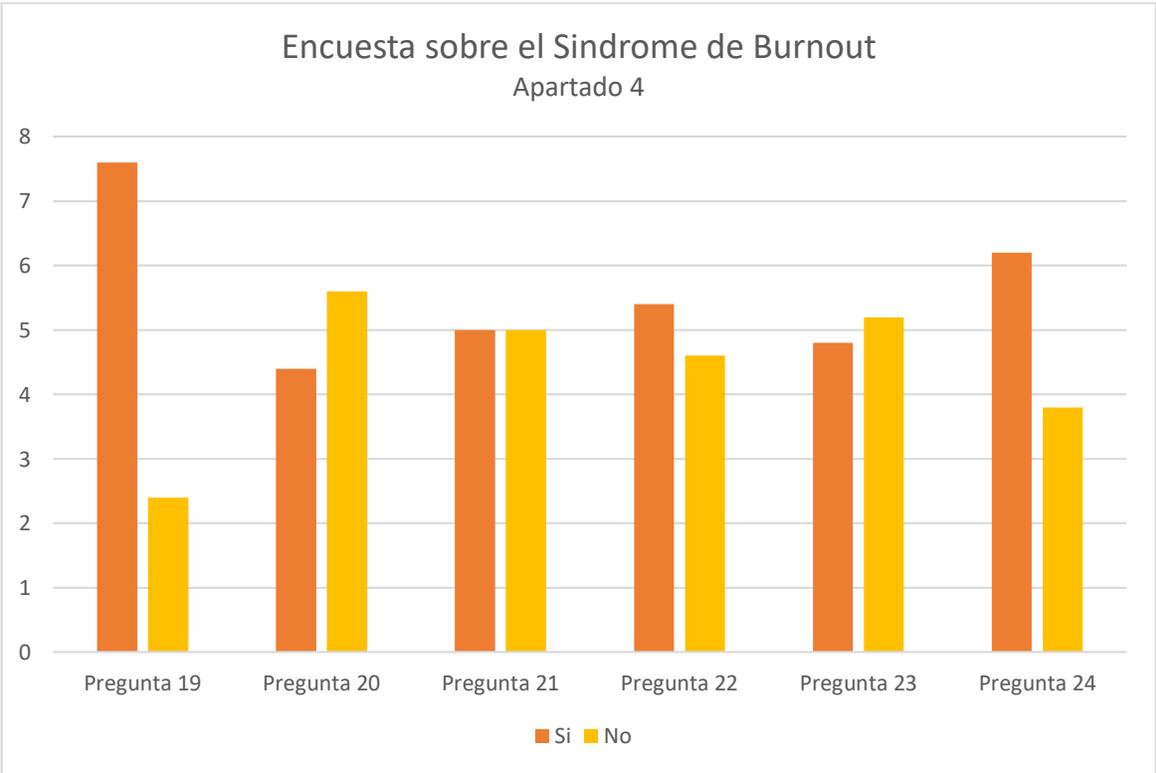
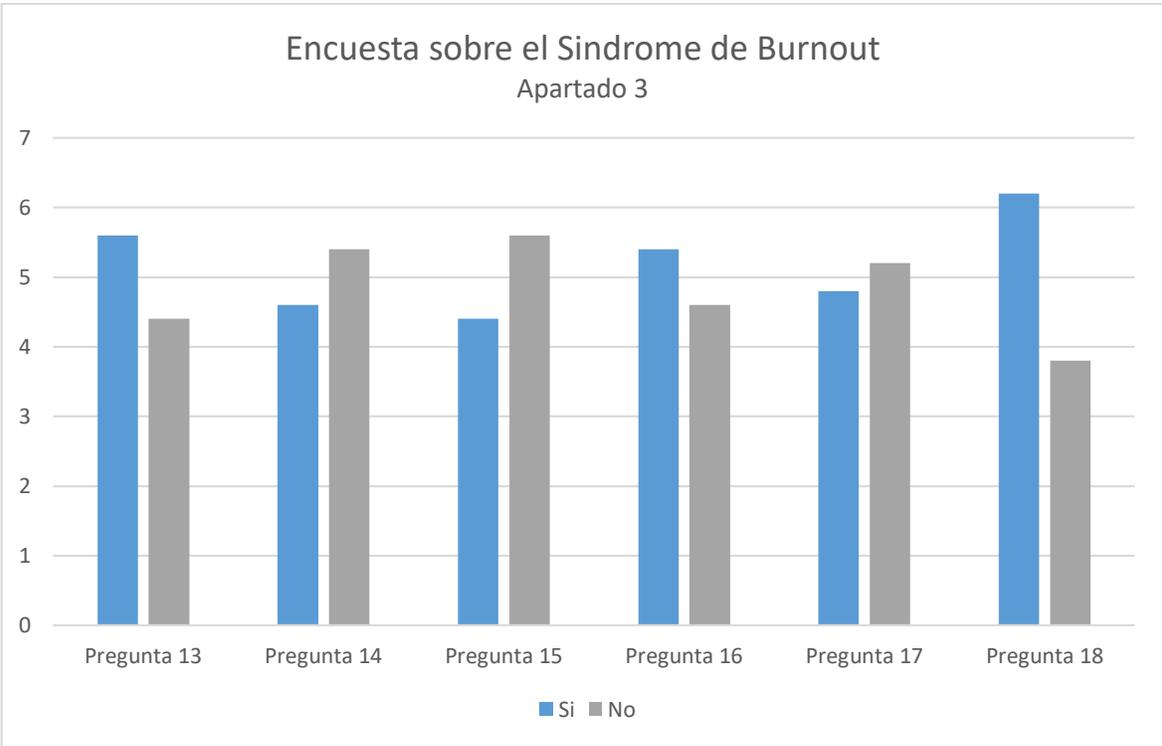
	Sí	No
1 Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	48%	52%
2 Me siento cansado al final de cada jornada laboral	72%	28%
3 Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo	78%	22%
4 Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas que voy a atender	60%	40%
5 Trato a algunas personas como objetos impersonales	74%	26%
6 Trabajar todo el día con personas me resulta estresante	72%	28%
7 Trato con mucha efectividad los problemas de las personas	72%	28%
8 Siento que mi trabajo me está desgastando	60%	40%
9 Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de los demás con mi trabajo	54%	46%
10 Me he vuelto insensible con la gente desde que ejerzo esta ocupación	66%	34%
11 Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	50%	50%
12 Me siento muy energético	56%	44%
13 Me siento frustrado por mi trabajo	56%	44%
14 Siento que estoy trabajando demasiado	46%	54%
15 No me preocupa realmente lo que les suceda a las personas a las que presto mi servicio	44%	56%
16 Trabajar directamente con personas me resulta difícil y agotador	54%	46%
17 Puedo crear fácilmente un clima agradable en mi trabajo	48%	52%

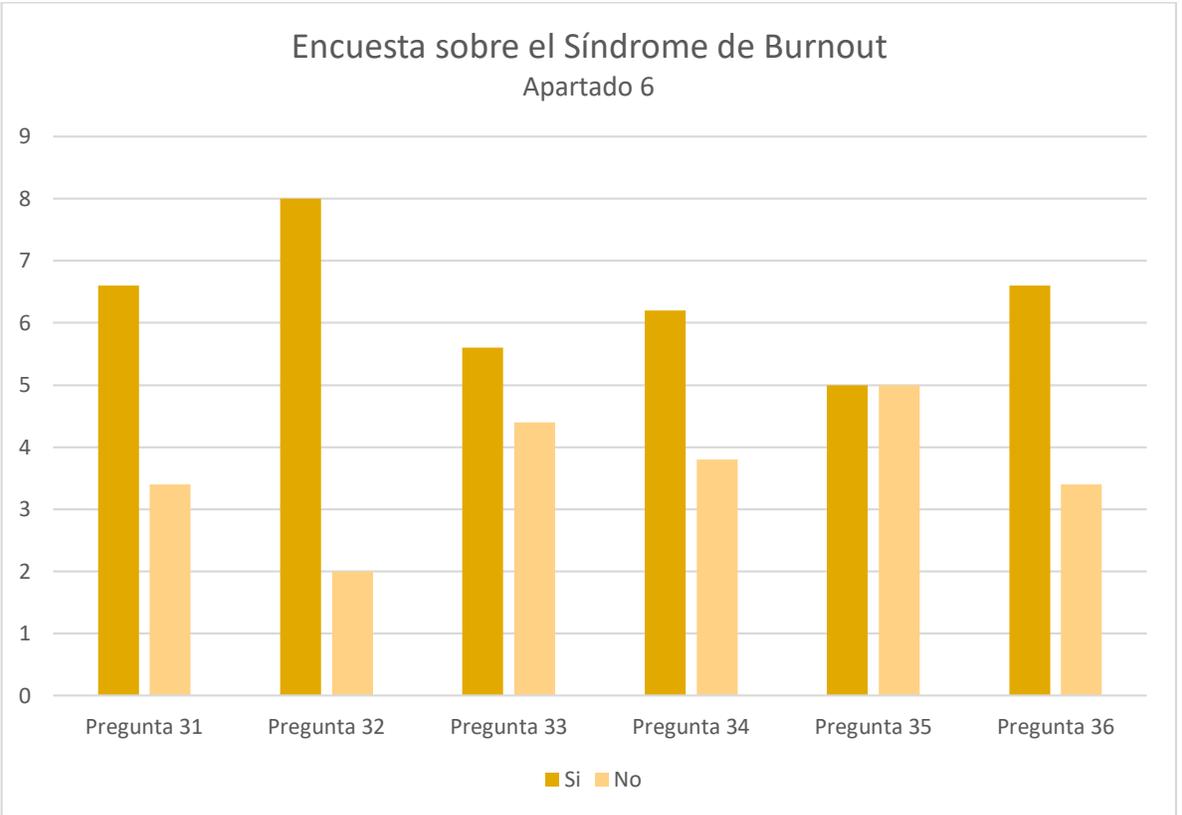
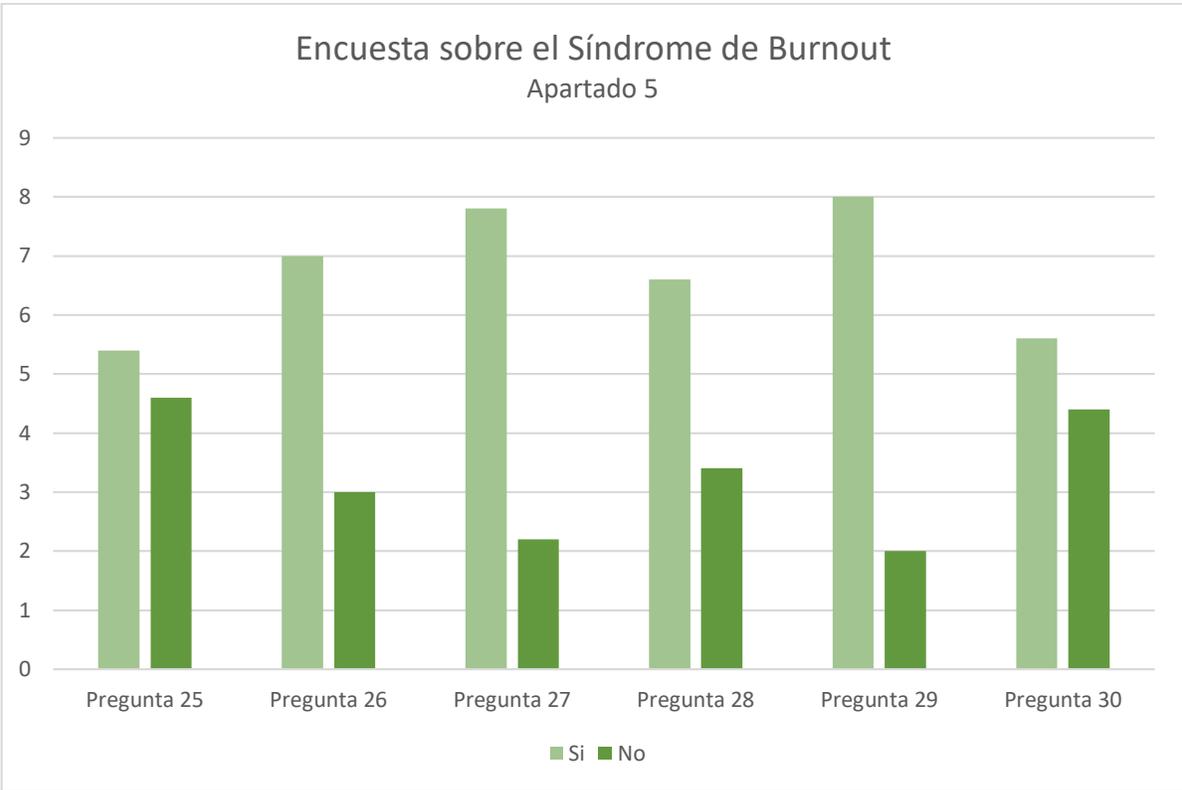
18 Me siento estimulado después de trabajar todo el día con personas	62%	38%
19 He conseguido cosas realmente valiosas en este trabajo	76%	24%
20 Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	44%	56%
21 En mi trabajo, trato con los problemas emocionales fácilmente	50%	50%
22 Creo que las personas a las que atiendo me culpan de sus problemas	54%	46%
23 Establezco con facilidad un dialogo con las personas a quienes atiendo	48%	52%
24 Se me dificulta relacionarme con mis compañeros de trabajo	62%	38%
25 Considero innecesario trabajar en equipo	54%	46%
26 Siento que en mi trabajo no se nos motiva a salir adelante	70%	30%
27 Considero que no me proporcionan ayuda suficiente para mi crecimiento laboral dentro de mi trabajo	78%	22%
28 Tengo conflictos al momento de expresar mis necesidades a mi jefe inmediato	66%	34%
29 No puedo realizar mis funciones completas por falta de material, equipo y un medio adecuado para desenvolverme	80%	20%
30 Siento que mi preparación académica no es suficiente	56%	44%
31 Tenía conocimiento previo de la Norma 035	66%	34%
32 Conozco e identifico la sintomatología del síndrome de Burnout	80%	20%
33 En varias ocasiones he sentido que mi demanda laboral supera mis capacidades	56%	44%
34 Siento desigualdad por parte de los jefes inmediatos respecto a otros compañeros en el trato	62%	38%
35 Las personas a las que atiendo fácilmente me cuentan sus problemas e intento dar un consejo asertivo	50%	50%
36 Es de mi conocimiento el tratamiento y diagnóstico del síndrome de Burnout	66%	34%

37 Se ha empleado la escala de Maslach en mi trabajo con finalidad de proporcionar una ayuda oportuna	64%	36%
38 El ámbito laboral no es el adecuado para la recuperación del paciente	58%	42%
39 El lugar donde trabajo cuenta con un departamento de terapia organizacional	42%	58%
40 Me siento apoyado por mis compañeros y jefes	50%	50%
41 Siento que en mi trabajo los problemas son tratados de manera adecuada	20%	80%
42 Me he visto envuelto en diversos conflictos con mis compañeros y no se ha dado soluciones asertivas	43%	57%
43 Me he visto envuelto en diversos conflictos con las personas que atiendo y no se ha llegado a soluciones	50%	50%
44 Se proporcionan capacitaciones para el manejo de estrés	56%	44%
45 En mi trabajo, se nos motiva de manera que nos impulsan a capacitarnos constantemente	30%	70%

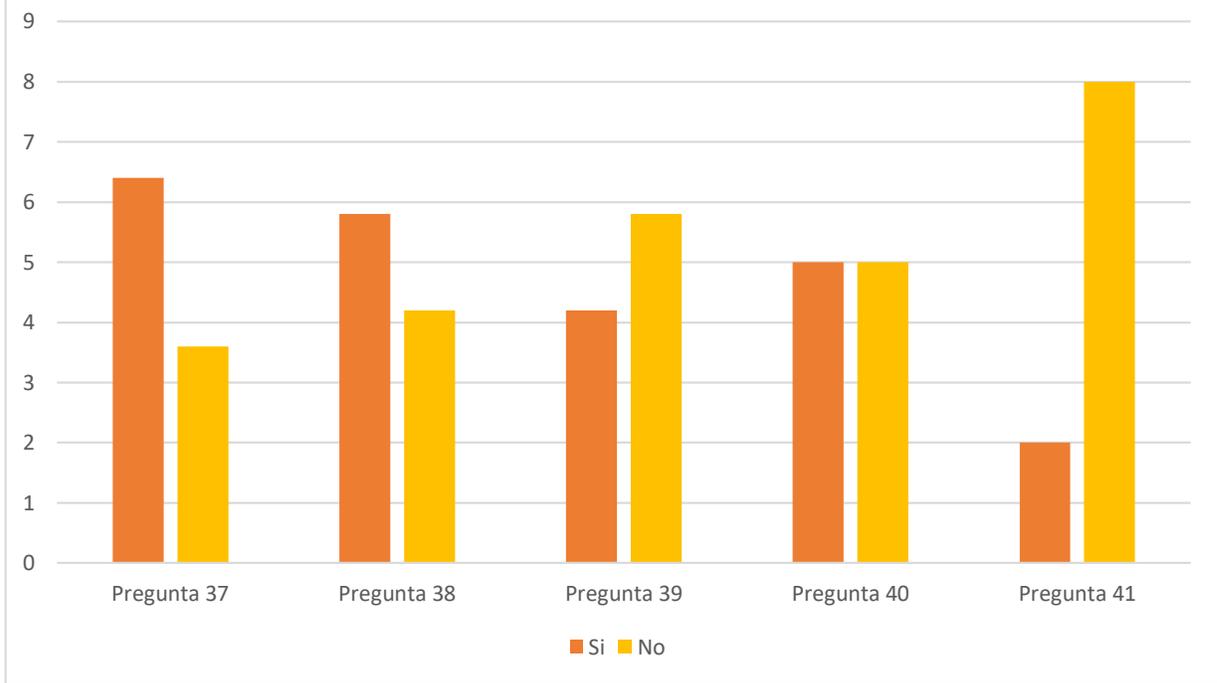
Graficado



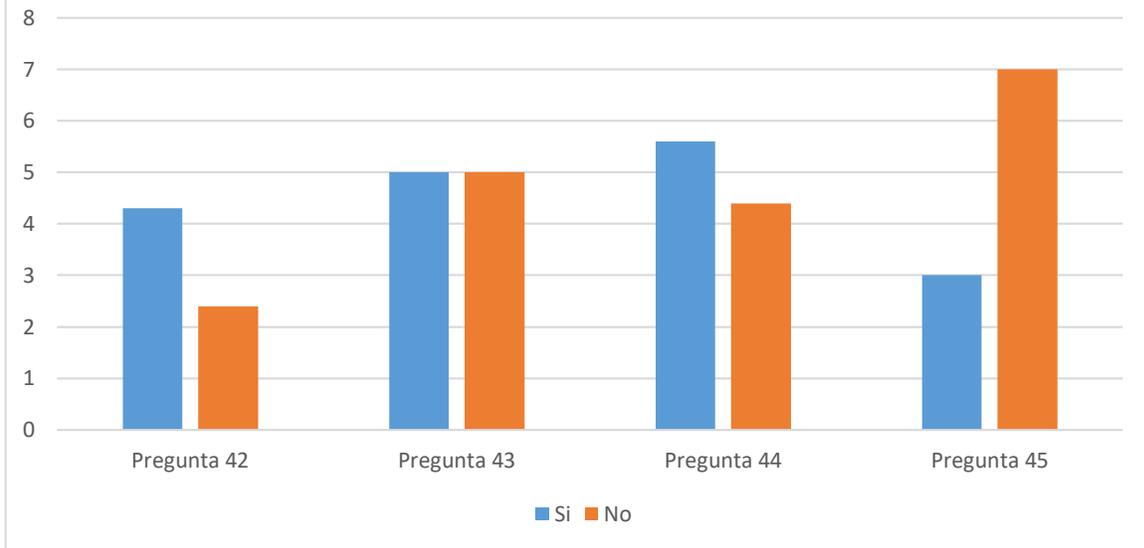




Encuesta del Síndrome de Burnout Apartado 7



Encuesta sobre el Síndrome de Burnout Apartado 8



3 Generalidades

3.1. Conceptualización de los cuidados en enfermería

3.2 Enfermería

“La palabra enfermería deriva del latín infirmus, comprendida y relacionada con los no fuertes. Se podría decir que la enfermería es tan antigua como la humanidad ya que las personas siempre han necesitado cuidados de enfermería cuando están enfermos o heridos, aunque anteriormente estos no se encontraran tan sistematizados como hoy en día, se proporcionaban incluso sin una base científica, sustentados en el conocimiento de los ancestros transmitidos de generación en generación”. (Valdivia C, 2003). Se presume que la figura de la enfermera apareció durante la Edad Media, las enfermeras eran en su mayoría mujeres sin formación que ayudaban a traer niños al mundo o era nodrizas, por otro lado, el cuidado de los enfermos estaba muy asociado a las monjas, con más formación y un voto religioso que les impedía a cuidar de los más débiles. En 1259, los Hermanos de Alexian comenzaron el ministerio de cuidado de los enfermos y hambrientos, que todavía existe hoy en muchos países, incluyendo Estados Unidos. La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios se formó en España en 1550. Desde 1550 a través de 1614, San Camilo de Lelis atendía a los enfermos y moribundos en el Hospital de Santiago en Roma. No fue hasta 1633 cuando San Vicente de Paul fundó la Hija de la Caridad, donde las mujeres comenzaron a jugar un papel más importante en la enfermería organizada, contando con algunas normativas que regían su práctica, aunque las mismas no estuvieran tan desarrolladas como las de hoy en día.

A lo largo de los años, las guerras aumentaron la necesidad de enfermeras y tuvieron una gran influencia en la evolución de la enfermería. Florence Nightingale,

ampliamente considerada como la madre de la enfermería moderna, destacando por sus servicios en la guerra de Crimea de 1853 a 1856. Sus esfuerzos de saneamiento disminuyeron drásticamente la tasa de mortalidad y a su vuelta fundó la Escuela Florence Nightingale para Enfermeras en Londres, siendo el primer paso para la auténtica profesionalización de la enfermería. En 1861 las enfermeras empezaron a usar uniforme. Hoy día, la enfermería es ampliamente reconocida en el mundo como una ciencia que cuenta con una base metodológica, una serie de principios fundamentales, guías prácticas y normas que permiten regir la práctica de enfermería de manera universal centrado, todo esto en el principal objeto de estudio: la persona.

3.3. Clasificación de los cuidados en enfermería bajo la perspectiva de Colliere

Los cuidados son indispensables para la supervivencia de todo grupo social, transformándose como la función social e inherente a la supervivencia de todo ser vivo, por lo tanto, las nuevas innovaciones tecnológicas han repercutido de manera negativa tanto positiva, si bien han facilitado la vida diaria de los usuarios, también han ocasionado tendencias a procrastinar actividades de la vida diaria, teniendo como ejemplo los usos y costumbres de cada país, ciudad y estado que han recibido una mezcla de diversas culturas, pero que de igual forma se ha ido perdiendo la identidad de las poblaciones, desde sus idiomas, vestimentas y alimentos, así como las costumbres y tradiciones que se han ido dejando al paso de la evolución en la nueva era tecnológica. Una de las principales prácticas que se han dejado en el pasado han sido los cuidados propiciados de manera personal e incluso por terceras personas. Por ello, enfermería se ha caracterizado no solo por mantener actividades de promoción y prevención sanitaria, si no que de igual forma se han sistematizado y mejorado con el paso del tiempo, mezclando cada avance tecnológico con los cuidados diarios, mejorando la calidad de atención al receptor. “Los cuidados en enfermería son calificados como la prestación que se ofrece, denominados

recientemente como cuidados propios de la carrera en enfermería.” (Fernandez, 2008). La profesión es entendida actualmente como un estatus de formación académica, en el que se consigue un título para poder ejercer una profesión, las profesiones desde la edad media fueron comprendidas inicialmente alrededor de una creencia e ideología enfocada a regular el orden social y determinar aquello que se juzga como bueno-malo.

Lo cuidados de enfermería contienen elementos que regularan sus prácticas y permitirán comprender la clasificación establecida por Colliere. Estos cuidados se encontraran conformados por elementos, tales como: el conocimiento, tecnología y creencias/valores. Puesto que el individuo forma parte principal de estas prácticas, si este no es capacitado, o no sigue con los cuidados de manera periódica en el hogar, de forma independiente, las intervenciones de enfermería se verán opacadas llegando a ser totalmente inútiles, puesto se establece que los cuidados deben ser periódicos, discerniendo de los tipos y el grado de complejidad, por lo que se creyó conveniente clasificarlos de forma que se identifique cuales puede realidad el sujeto de manera individual en el ámbito del hogar, y cuales otros requieren de la capacitación de un profesional como las enfermeras en este caso.

3.4 Conocimientos

El conocimiento consiste en las aptitudes caracterizan una profesión, se desprenden de un conjunto de conocimientos organizados. “La adquisición de competencia profesional requiere, pues, un dominio previo o paralelo de los fundamentos teóricos de esta competencia.” (Napione, 2008) Al denominar la enfermería como una ciencia, se especificó la importancia de contar con bases teóricas aplicables, conocimientos científicos de base para llevar a cabo la práctica fundamentada, dejando atrás todos quehaceres empíricos, con el fin de asegurar la atención adecuada, así como que los cuidados que se van a proporcionar al paciente son seguros e inocuos, disminuyendo de manera considerable el margen

de error y complicaciones que se pudieran presentar. Si el proceso de cuidar comienza por un acto de reflexión de las necesidades vitales y la búsqueda del tipo de respuesta que hay para dar, es necesario apelar a conocimientos diversos y de diferente naturaleza para percibir los *signos* del proceso salud-enfermedad y comprender su significado, es decir, descifrarlos, buscando su sentido con respecto a la persona que los vive, en conexión con su contexto de vida y las actividades de la misma.

La primera fuente de conocimientos es la persona o el grupo que se expresa sobre un problema. Esto parece banal, pero es una forma de trabajar inversa de la enseñada en la formación, donde se ha aprendido a hablar y a explicar a las personas antes de descubrir y comprender lo que quieren explicarnos. O bien, se utiliza lo dicho por ellos para ubicarlos en una categoría de enfermedad, o en una categoría de “caso”. Pero para descubrir, entender y comprender lo que nos dicen las personas solicitantes de cuidados, es necesario reaprender a ver y reaprender el lenguaje: el hablado por la gente corriente en la vida diaria.

3.5 Tecnología

“La tecnología se debe entender como un arte, un conocimiento de los instrumentos, es decir, de todo lo que muestra su elaboración, su creación, la justificación de su utilización apropiada y de la manera de servirse de ella.” (Ballenger, 2011). Ningún trabajo, ninguna profesión, puede ejercerse sin la utilización de instrumentos. Estos instrumentos determinan la práctica profesional que orientan y ayudan a identificar. Los cuidados, y entre ellos los cuidados de enfermería, han recurrido a tecnologías diversas, siendo las principales, como hemos visto previamente, todas aquellas que sirven para el mantenimiento de la vida: cuidados habituales de higiene, alimentación, y también de relajación, de apariencia. Estos cuidados han estado siempre acompañados de una relación de

base indisoluble del acto de cuidar. Luego se han unido a instrumentos y técnicas de curación cada vez más complejas a las que habrá que añadir todas las tecnologías de la información. Como se ha podido observar, las tecnologías para la curación, al igual que las tecnologías para la investigación de las causas de la enfermedad, han invadido progresivamente el campo de los cuidados de enfermería llenando desde los instrumentos más sencillos hasta las máquinas más complejas, planteando el difícil problema del límite de su utilización y de su finalidad real. Esta cuestión se complica aún más debido a que la utilización de estos instrumentos y de estas técnicas corresponde más a los cuidados médicos, prescritos por médicos y llevados a cabo por el personal de enfermería, el cual, por otra parte, ha dejado escapar todo el inmenso dominio de discernimiento de los cuidados para el mantenimiento de la vida, llegando hasta el punto de suplir estos cuidados por tecnologías de curación. “La utilización de cualquier instrumento de curación exige un conocimiento exacto del disfuncionamiento que hay que compensar o del no funcionamiento que hay que atenuar, para que el instrumento propuesto para suplir la deficiencia sea el apropiado.” (Rojas,2009). Por consiguiente, no es suficiente aprender a poner una sonda permanente. Comprometerse a poner una sonda permanente exige saber identificar con precisión la naturaleza del disfuncionamiento o del no funcionamiento que la sonda debe suplir, y considerar las consecuencias favorables y desfavorables que produce la colocación de esta sonda.

3.6 Creencias y valores

Si los conocimientos y las tecnologías son propios de un oficio para realizar un trabajo o para proporcionar un servicio, una profesión tiene unas creencias que son la base de las ideologías que determinan comportamientos. “Las bases de la enfermería han sido, en principio, las creencias religiosas heredadas de las mujeres consagradas, que hacían una profesión de fe antes de transmitirse por la moral profesional, dando lugar a unos comportamientos y actitudes determinados

respecto a la responsabilidad de servir.” (Napione, 2012). Casi totalmente desprovista de las características de un oficio hasta las postrimerías de la Segunda Guerra Mundial, la enfermería se enraíza en las creencias que, durante muchas décadas, dan prioridad a la actitud en el trabajo más que al trabajo en sí mismo, muestra de ello, se encuentra en 1961 en la conferencia del Congreso de Melbourne sobre “¿El oficio de enfermera es una profesión?” donde se plantearon como principio: “La verdadera esencia de la profesión me parece que es la actitud en el trabajo”. Así, comportamientos y actitudes son de alguna manera la clave de esta profesión. Sin embargo, con las primeras aportaciones de conocimientos especializados y de instrumentos técnicos, las antiguas creencias se esfuman mientras que otras las suceden, por lo que no es factible preguntar si la importancia que se le otorga a las actitudes y los comportamientos traducidos en el rol han contribuido o no a dejar en la sombra y en la imprecisión las creencias y los valores que orientan los cuidados, ideologías y filosofías que actúan sobre la práctica de enfermería. Las costumbres, al igual que las creencias que derivan de ellas, afectan fundamental e inicialmente a todos los grandes aspectos que aseguran el mantenimiento de la vida. Por ello, encuentran sus orígenes en principio en las prácticas relativas a la alimentación y al cuerpo: cuidados del cuerpo, prácticas sexuales, cuidados de higiene corporal, es decir, todo lo que inicialmente se pensó que era bueno o malo para asegurar, según los grupos culturales, el desarrollo del cuerpo, tales como el esfuerzo físico, sueño, ritos de purificación, masajes, cuidados estéticos, formas de vestir, ritos de paso, etcétera. Las prácticas relativas a la alimentación y al cuerpo son el punto de partida de todos los hábitos de vida y todas las creencias, constituyen las costumbres más ancestrales del mundo y siempre están subyacentes a las formas de expresión del proceso salud-enfermedad. Estas prácticas son la base de la elaboración de todos los comportamientos y actitudes, las otras costumbres y creencias se incorporan a este núcleo cultural de base, añadiéndose como una superestructura, por lo que abordarlas y buscar modificarlas, sin identificarse previamente ni comprenderlas, considerando sus cimientos, origen, educación sanitaria es un error perjudicial.

3.7 La dama de la lámpara

“Florence Nightingale nace el 12 de mayo de 1820 en Florencia Italia, joya del renacimiento del que hereda el nombre posteriormente. Hija de un matrimonio ingles de amplios recursos socioeconómicos, así como culturales, sin embargo, bastantes tradicionalistas, criada en un sofocante ambiente victoriano bajo las normativas sociales que consistían en preparar y educar a la mujer para ser una buena ama de casa y esposa.” (Chapman, 2009). Nightingale visualizaba un futuro totalmente opuesto para el que se le tenía preparada, rebelándose desde temprana edad, bajo la premisa de haber recibido el llamado de Dios, que tendría como resultado posteriormente su necesidad y dedicación en la ayuda al prójimo. Al cumplir la mayoría de edad, a pesar de la oposición familiar, Nightingale decide realizar un curso de enfermería, aprovechándose de su fortuna familiar, se embarca a diversos viajes como Europa y Egipto donde por escrito pone todas y cada una de sus experiencias, lo que más adelante realiza por costumbre. En dichosos viajes, en 1850, Florence visitó una comunidad religiosa en Alemania, donde estudió el trabajo del pastor y de las mismas religiosas respecto el cuidado de los enfermos y necesitados por 4 meses, publicando un año después todas aquellas conclusiones. Acepto en 1853 el cargo como superintendente en el Instituto para el cuidado de damas en la calle Upper Harley, donde permaneció por más de un año.

3.7.1 Guerra de Crimea

En las costas del Mar negro, Inglaterra, Francia y el Imperio Otomano se enfrentaban a Rusia en la guerra de Crimea, para evitar la influencia del último país en Tierra Santa, aunado a las fuertes epidemias de tifus, cólera y disentería, las muertes iban por la alza, ya sea que los soldados fallecieran por el impacto del arma blanca o bien, por las infecciones que presentaban durante el periodo de recuperación al haber sido heridos, adquiriendo alguna de estas enfermedades que le arrebataron la vida a millones de personas. Florence Nightingale preparó un

equipo de 38 enfermeras y 15 monjas católicas para asistir y cuidar de todos los heridos que la guerra en Crimea estaba dejando. Una vez establecida, se percató primeramente de la falta de personal médico en cuanto a la gran demanda de heridos-enfermos. Otra observación que tuvo a lugar fue el agotamiento permanente que sufría el personal encargado de la atención y cuidado de los más necesitados, así como una serie de consecuencias que esto tuvo a lugar, como la mala atención a cada paciente y la falta de seguimiento en el proceso de recuperación, el cual establece más tarde es esencial para el retorno a la vida útil. Florence logró reducir la tasa de mortalidad un 90% al conseguir los recursos y establecer técnicas determinadas para evitar las infecciones nosocomiales, así como una administración en las horas laborales, evitando el agotamiento del personal de atención.

“Los cuidados, a lo largo de los años, han sido proporcionados tanto en diversas culturas, como los aztecas mediante el uso de plantas medicinales y métodos empíricos.” (Colvin, 2008). Estos se encuentran alojados y directamente relacionados a la influencia materna, pues la crianza lleva en correlación los cuidados de los hijos. Si bien, no es hasta Florence Nightingale que los cuidados fueron sistematizados y propiamente relacionados a una ciencia cuyo objeto de estudio sea propiamente el cuidado de la persona, ya sea en estado de salud y enfermedad, ampliando la perspectiva en las acciones a realizar, puesto se establece el cuidado no solo se implementa en determinadas fases de la vida, sino que es una constante, y dependiendo de la complejidad, estará sujeto a quien lo realizará, es decir, los cuidados básicos de la niñez serán realizados por la figura materna, quien realizará una enseñanza para que el infante, conforme crezca y adquiera independencia, pueda realizarlas por sí solo, esto se traduce a las funciones de enfermería como la promoción y capacitación en la salud. Los cuidados que el sujeto realiza diariamente, basados en la cotidianidad, significan las acciones en mantenimiento de la salud de enfermería. El gremio se encuentra capacitado para brindar cuidados en cualquier etapa de desarrollo, ya sean en el mismo nivel con mayor complejidad o viceversa. Esto corresponde a que cada

función de enfermería se encuentra sujeta a 4 principios fundamentales, los cuales serán la base para la praxis y los cuidados a proporcionar, aunados a respetar la dignidad de paciente.

3.8 Anatomía del Sistema Nervioso

El sistema nervioso es una red compleja de estructuras especializadas (encéfalo, médula espinal y nervios) que tienen como misión controlar y regular el funcionamiento de los diversos órganos y sistemas, coordinando su interrelación y la relación del organismo con el medio externo. El sistema nervioso está organizado para detectar cambios en el medio interno y externo, evaluar esta información y responder a través de ocasionar cambios en músculos o glándulas. El sistema nervioso se divide en dos grandes subsistemas:

1) sistema nervioso central (SNC) compuesto por el encéfalo y la médula espinal

2) sistema nervioso periférico (SNP), dentro del cual se incluyen todos los tejidos nerviosos situados fuera del sistema nervioso central.

El tejido nervioso consta de dos tipos de células: las neuronas y la neuroglia o glia. "Las neuronas son las células responsables de las funciones atribuidas al sistema nervioso: pensar, razonar, control de la actividad muscular, sentir, etc. Son células excitables que conducen los impulsos que hacen posibles todas las funciones del sistema nervioso. Representan la unidad básica funcional y estructural del sistema nervioso." (Tortora,2013). El encéfalo humano contiene alrededor de 100.000 millones de neuronas. Aunque pueden tener distintas formas y tamaños, todas las neuronas tienen una estructura básica y constan de 3 partes esenciales: cuerpo neuronal, dendritas y axones.

1. El cuerpo o soma neuronal contiene el núcleo y el citoplasma, con todos sus orgánulos intracelulares, rodeado por la membrana plasmática.

2. Las dendritas son prolongaciones cortas ramificadas, en general múltiples, a través de las cuales la neurona recibe estímulos procedentes de neuronas vecinas con las cuales establece una sinapsis o contacto entre células.

3. El axón es una prolongación, generalmente única y de longitud variable, a través de la cual el impulso nervioso se transmite desde el cuerpo celular a otras células nerviosas o a otros órganos del cuerpo. Cerca del final, el axón, se divide en terminaciones especializadas que contactarán con otras neuronas u órganos efectores. El lugar de contacto entre dos neuronas o entre una neurona y un órgano efector es una sinapsis. Para formar la sinápsis, el axón de la célula presináptica se ensancha formando los bulbos terminales o terminal presináptica los cuales contienen sacos membranosos diminutos, llamados vesículas sinápticas que almacenan un neurotransmisor químico. “La célula postsináptica posee una superficie receptora o terminal postsináptica. Entre las dos terminales existe un espacio que las separa llamado hendidura postsináptica.” (Moore, 2009). Las neuronas están sostenidas por un grupo de células no excitables que en conjunto se denominan neuroglia. Las células de la neuroglia son, en general, más pequeñas que las neuronas y las superan en 5 a 10 veces en número. Las principales células de la neuroglia son: astrocitos, oligodendrocitos, células ependimarias, células de Schwann, y células satélites.

Los astrocitos son pequeñas células de aspecto estrellado que se encuentran en todo el SNC. Desempeñan muchas funciones importantes dentro del SNC, ya que no son simples células de sostén pasivas. Así, forman un armazón estructural y de soporte para las neuronas y los capilares gracias a sus prolongaciones citoplasmáticas. Asimismo, mantienen la integridad de la barrera hemoencefálica, una barrera física que impide el paso de determinadas sustancias desde los capilares cerebrales al espacio intersticial. Además, tienen una función de apoyo mecánico y metabólico a las neuronas, de síntesis de algunos componentes utilizados por estas y de ayuda a la regulación de la composición iónica del espacio extracelular que rodea a las neuronas.

Los oligodendrocitos son células más pequeñas, con menos procesos celulares. Su principal función es la síntesis de mielina y la mielinización de los

axones de las neuronas en el SNC. Cada oligodendrocito puede rodear con mielina entre 3 y 50 axones. La mielina se dispone formando varias capas alrededor de los axones, de tal forma que los protege y aísla eléctricamente. “La mielinización, además, contribuye de forma muy importante a aumentar la velocidad de conducción de los impulsos nerviosos a través de los axones.” (Persaud, 2013). A intervalos en toda la longitud del axón hay interrupciones de la vaina de mielina, llamadas nódulos de Ranvier. Los axones rodeados de mielina se denominan axones mielínicos, mientras que los que carecen de ella se llaman amielínicos. La microglía son células pequeñas con función fagocitaria, importantes en la mediación de la respuesta inmune dentro del SNC. Tienen su origen en las células madre hematopoyéticas embrionarias.

Las células endoteliales son células ciliadas que tapizan la pared del sistema ventricular y del endotelio. Son células móviles que contribuyen al flujo del líquido cefalorraquídeo (LCR).

Las células de Schwann son células de la neuroglia situadas en el sistema nervioso periférico, las cuales sintetizan la mielina que recubre los axones a este nivel. Cada célula rodea a un solo axón.

Las células satélite son células de soporte de las neuronas de los ganglios del SNP. En un corte fresco del encéfalo o la médula espinal, algunas regiones son de color blanco y brillante, y otras grisáceas. La sustancia blanca corresponde a la sustancia del encéfalo y la médula espinal formada por fibras nerviosas mielínicas y por tejido neuroglial. Es el color blanco de la mielina lo que le confiere su nombre. La sustancia gris está integrada por neuronas y sus prolongaciones, fibras nerviosas mielínicas y amielínicas y células gliales. Su color grisáceo se debe a la escasez de mielina.

1. Funciones sensoriales: Gran parte de las actividades del sistema nervioso se inician por la experiencia sensorial que llega de los receptores sensoriales, como receptores visuales, auditivos, táctiles u otros. Esta experiencia sensorial ocasiona una reacción inmediata o bien la memoria la almacena en el cerebro durante minutos, horas o años; estas experiencias determinan las

reacciones corporales que se ejecutan tiempo después. Las neuronas que transmiten la información sensorial al encéfalo o a la médula espinal se denominan neuronas sensoriales o aferentes.

2. Funciones integradoras: Las funciones integradoras consisten en la capacidad del SNC de procesar la información sensorial, analizándola y almacenando parte de ella, lo cual va seguido de la toma de decisiones para que tenga lugar una respuesta apropiada. Muchas de las neuronas que participan en las funciones integradoras son interneuronas, cuyos axones contactan neuronas cercanas entre sí en el encéfalo, médula espinal o ganglios. Las interneuronas representan la inmensa mayoría de las neuronas de nuestro organismo.

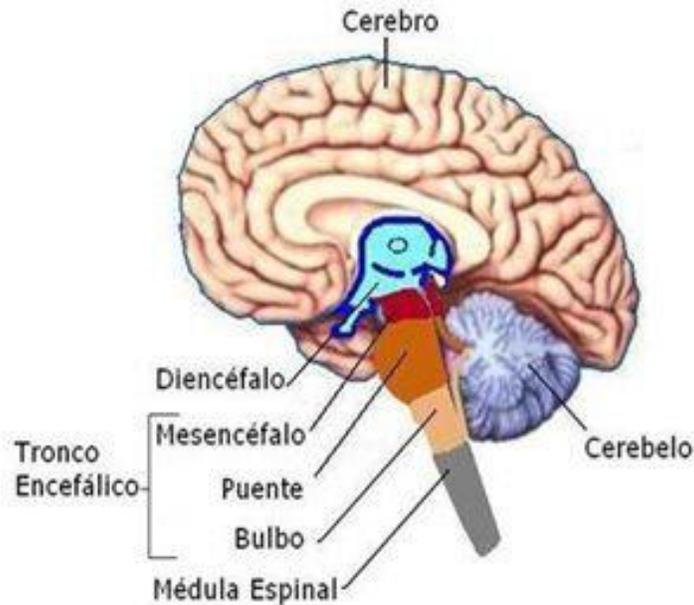
3. Funciones motoras: Las funciones motoras consisten en responder a las decisiones de la función integradora para regular diversas actividades corporales. Esto se realiza por regulación de:

- a) Contracción de los músculos esqueléticos de todo el cuerpo.
- b) Contracción de músculo liso en órganos internos.
- c) Secreción de glándulas exocrinas y endocrinas en algunas partes del cuerpo. Estas actividades se denominan colectivamente funciones motoras del sistema nervioso, y los músculos y glándulas se llaman efectores. Las neuronas encargadas de esta función son neuronas motoras o eferentes, que transmiten información del encéfalo y médula espinal a las diversas estructuras corporales.

3.8.1 Sistema Nervioso Central

El SNC está formado por el encéfalo y la médula espinal. El encéfalo es la parte del sistema nervioso central contenida en el cráneo y el cuál comprende el cerebro, el cerebelo y el tronco del encéfalo o encefálico. "La médula espinal es la parte del sistema nervioso central situado en el interior del canal vertebral y se conecta con el encéfalo a través del agujero occipital del cráneo." (Tortora, 2013). El SNC (encéfalo y médula espinal) recibe, integra y correlaciona distintos tipos de información sensorial. Además el SNC es también la fuente de nuestros

pensamientos, emociones y recuerdos. Tras integrar la información, a través de funciones motoras que viajan por nervios del SNP ejecuta una respuesta adecuada.



- **ENCÉFALO.**

Consta de cuatro partes principales: el tronco del encéfalo, el cerebelo, el diencéfalo y el cerebro. cerebro corteza cuerpo calloso diencéfalo tálamo epífnis hipotálamo tronco del encéfalo mesencéfalo protuberancia bulbo raquídeo cerebelo.

El **tronco del encéfalo** consta de tres partes: el bulbo raquídeo, la protuberancia y el mesencéfalo. Del tronco del encéfalo salen diez de los doce pares craneales, los cuales se ocupan de la inervación de estructuras situadas en la cabeza. Son el equivalente a los nervios raquídeos en la médula espinal. El bulbo raquídeo es la parte del encéfalo que se une a la médula espinal y constituye la parte inferior del tronco encefálico. En el bulbo se localizan fascículos ascendentes (sensoriales) y descendentes (motores) que comunican la médula espinal con el encéfalo, además de numerosos núcleos o centros (masas de sustancia gris) que regulan diversas funciones vitales, como la función respiratoria, los latidos cardíacos y el diámetro vascular. Otros centros regulan funciones no vitales como el vómito, la tos, el estornudo, el hipo y la deglución. La protuberancia está situada

inmediatamente por encima del bulbo y, al igual que el bulbo, está compuesta por núcleos y fascículos ascendentes (sensoriales) y descendentes (motores). Contiene núcleos que participan, junto al bulbo, en la regulación de la respiración.

El **cerebelo** ocupa la porción posteroinferior de la cavidad craneal detrás del bulbo raquídeo y protuberancia. Lo separan del cerebro la tienda del cerebelo o tentorio, una prolongación de la dura madre, la cual proporciona sostén a la parte posterior del cerebro. El cerebelo se une al tronco del encéfalo por medio de tres pares de haces de fibras o pedúnculos cerebelosos. En su visión superior o inferior, el cerebelo tiene forma de mariposa, siendo las “alas” los hemisferios cerebelosos y el “cuerpo” el vermis. Cada hemisferio cerebeloso consta de lóbulos, separados por cisuras. El cerebelo tiene una capa externa de sustancia gris, la corteza cerebelosa, y núcleos de sustancia gris situados en la profundidad de la sustancia blanca. “La función principal del cerebelo es la coordinación de los movimientos. El cerebelo evalúa cómo se ejecutan los movimientos que inician las áreas motoras del cerebro. En caso de que no se realicen de forma armónica y suave, el cerebelo lo detecta y envía impulsos de retroalimentación a las áreas motoras, para que corrijan el error y se modifiquen los movimientos. Además, el cerebelo participa en la regulación de la postura y el equilibrio.” (Moore, 2009).

El **diencéfalo** se sitúa entre el tronco del encéfalo y el cerebro, y consta de dos partes principales: el tálamo y el hipotálamo. El tálamo consiste en dos masas simétricas de sustancia gris organizadas en diversos núcleos, con fascículos de sustancia blanca entre los núcleos. Están situados a ambos lados del III ventrículo. El tálamo es la principal estación para los impulsos sensoriales que llegan a la corteza cerebral desde la médula espinal, el tronco del encéfalo, el cerebelo y otras partes del cerebro. Además, el tálamo desempeña una función esencial en la conciencia y la adquisición de conocimientos, lo que se denomina cognición, así como en el control de las emociones y la memoria. Asimismo, el tálamo participa en el control de acciones motoras voluntarias y el despertar.

El hipotálamo controla muchas actividades corporales y es uno de los principales reguladores de la homeostasis. Las principales funciones del hipotálamo son:

1. **Regulación del sistema nervioso autónomo:** el hipotálamo controla e integra las actividades de este sistema nervioso, que su vez regula la contracción del músculo liso, el cardíaco, así como las secreciones de muchas glándulas.

2. **Regulación de la hipófisis:** el hipotálamo regula la secreción de las hormonas de la hipófisis anterior a través de las hormonas reguladoras hipotalámicas. Además, axones de los núcleos supraóptico y paraventricular hipotalámicos, llegan a la hipófisis posterior. Estos núcleos sintetizan la oxitocina y la hormona antidiurética, las cuales a través de los axones se transportan al lóbulo posterior de la hipófisis, donde se almacenan y liberan.

3. **Regulación de las emociones y el comportamiento:** junto con el sistema límbico, el hipotálamo regula comportamientos relacionados con la ira, agresividad, dolor, placer y excitación sexual.

4. **Regulación de la ingestión de bebidas y alimentos:** forman parte del hipotálamo el centro de la alimentación, el cual controla la sensación de hambre y saciedad, y el centro de la sed, el cual se estimula ante cambios en la presión osmótica del espacio extracelular.

5. **Regulación de la temperatura corporal:** ante cambios en la temperatura corporal, el hipotálamo estimula mecanismos que favorecen la pérdida o retención de calor a través de estímulos que viajan por el sistema nervioso autónomo. Regulación de los ritmos circadianos y del estado de conciencia: el hipotálamo regula los hábitos de sueño y vigilia estableciendo un ritmo circadiano (diario).

El **cerebro** forma la mayor parte del encéfalo y se apoya en el diencéfalo y el tronco del encéfalo. Consta de la corteza cerebral (capa superficial de sustancia gris), la sustancia blanca (subyacente a la corteza cerebral) y los núcleos estriados (situados en la profundidad de la sustancia blanca). El cerebro es la “cuna de la inteligencia”, que permite a los seres humanos leer, escribir, hablar, realizar cálculos, componer música, recordar el pasado, planear el futuro e imaginar lo que no ha existido.

La superficie de la corteza cerebral está llena de pliegues que reciben el nombre de circunvoluciones. Las depresiones más profundas entre esos pliegues se denominan cisuras, y las menos profundas, surcos. La cisura más prominente,

hendidura interhemisférica, divide el cerebro en dos hemisferios cerebrales, derecho e izquierdo. Cada hemisferio cerebral se subdivide en cuatro lóbulos, que se denominan según los huesos que los envuelven: frontal, parietal, temporal y occipital. El lóbulo frontal está separado del lóbulo parietal por una cisura de dirección cráneo-caudal denominada cisura central o cisura de Rolando.

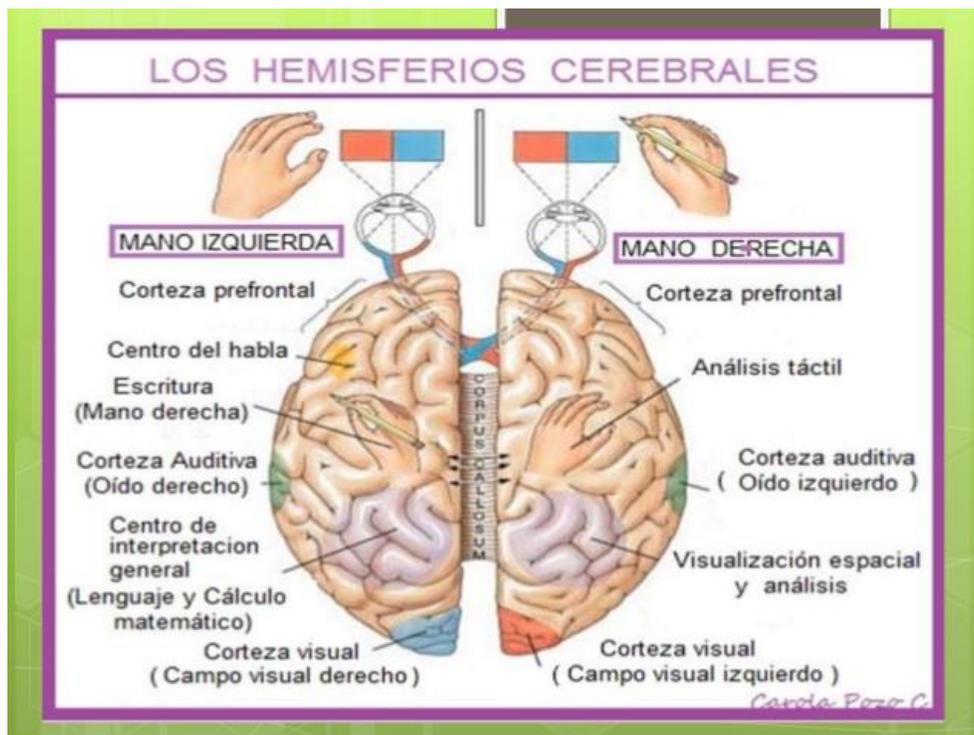
La **sustancia blanca** subyacente a la corteza cerebral consiste en axones mielínicos organizados en fascículos, los cuales transmiten impulsos entre circunvoluciones de un mismo hemisferio, entre los dos hemisferios (cuerpo calloso) y entre el cerebro y otras partes del encéfalo a la médula espinal o viceversa. Los núcleos estriados son un conjunto de varios pares de núcleos, situados cada miembro del par en un hemisferio diferente, formados por el caudado, el putamen y el pálido. Desde un punto de vista funcional participan en el control de la función motora. Los núcleos estriados y el tálamo configuran los ganglios basales. Reciben y envían impulsos a la corteza cerebral, hipotálamo y a algunos núcleos del tronco cerebral.

3.8.2 Sistema Nervioso Periférico

“El sistema nervioso periférico está formado por nervios que conectan el encéfalo y la médula espinal con otras partes del cuerpo. Los nervios que se originan en el encéfalo se denominan nervios craneales, y los que se originan en la médula espinal, nervios raquídeos o espinales. Los ganglios son pequeños acúmulos de tejido nervioso situados en el SNP, los cuales contienen cuerpos neuronales y están asociados a nervios craneales o a nervios espinales. Los nervios son haces de fibras nerviosas periféricas que forman vías de información centrípeta (desde los receptores sensoriales hasta el SNC) y vías centrifugas (desde el SNC a los órganos efectores).” (Torchia, 2017).

3.9 Sistema límbico

“El sistema límbico se compone de un anillo de estructuras que rodea la parte superior del tronco encefálico y el cuerpo caloso en el borde interno del cerebro y el suelo del diencéfalo. Su función primordial es el control de emociones como el dolor, placer, docilidad, afecto e ira. Por ello recibe el nombre de “encéfalo emocional”. Aunque los hemisferios derecho e izquierdo son razonablemente simétricos, existen diferencias funcionales entre ellos debido a que a pesar que comparten muchas funciones, también se especializan en otras.” (Tortora, 2013). Así, el existe una dominancia del hemisferio izquierdo en el lenguaje hablado y escrito, habilidades numéricas y científicas y el razonamiento. A la inversa, el hemisferio derecho es más importante en habilidades musicales, la percepción espacial o el reconocimiento del propio cuerpo.



4. Indicadores de calidad

Como en cualquier otro campo, la calidad de los servicios de enfermería tiene unos indicadores para su seguimiento, análisis y medición.

Tradicionalmente, esta labor se ha llevado a cabo a través de datos, cifras, estadísticas y otras variables cuantitativas. Sin embargo, el concepto de Calidad Total ha obligado a que los profesionales de la enfermería (y de la salud en general) empleen nuevas herramientas para complementar los procedimientos habituales de medición. No basta con un cierto número de atenciones; lo principal es la calidad de las mismas. “El objetivo es la prestación de un servicio oportuno, eficiente y seguro por parte del personal de enfermería durante los procesos de convalecencia o atención diaria de los pacientes.” (García,2000). Su eficacia debe estar ligada a los estándares definidos para una práctica profesional, competente y que vele por la satisfacción de las personas.

4.1 Programa de acción específico 2013-1018 de la DGCES

La promoción y protección en salud son esenciales para el bienestar humano y para el desarrollo socio-económico sostenido. “Se establece que la tercera causa de muerte en pacientes hospitalizados está directamente relacionada con la atención en salud, es decir, los eventos adversos de los cuales no se tiene un control o no se han establecido medidas de acción directas.” (Leiter, 2003). Estos eventos tienen un impacto negativo tanto en estrato económico como administrativo de los hospitales, al no proveer un ambiente seguro e inocuo para la recuperación del paciente. La calidad enfermero trabaja en los cuidados proporcionados diariamente, desde el punto de vista en la gestión, epidemiología, implementación y medición, identificando los factores que resulten en complicaciones al paciente y reduciendo la incidencia o eliminando dichas problemáticas, con el fin de cumplir tanto la misión-visión y objetivo implementados por cada nosocomio y programas de acción

elaboradas por secretaría de salud, cuyo fin último se reduce a la correcta atención sanitaria, protegiendo al paciente de cualquier causa externa a la enfermedad que provoque algún mal, e incluso la muerte.

La calidad ha estado inmersa en cada programa de salud desde 1950, haciéndose cada vez más explícita y estableciendo como compromiso y deber a la sociedad. Esta debe analizarse de manera integral, considerando siempre la dignidad del paciente y recordando el principio de no maleficencia por parte de enfermería, de igual forma considerar los ámbitos individuales y públicos en la atención sanitaria. “La promoción, prevención y rehabilitación comprenden actividades específicas en la implementación de la calidad, puesto que los cuidados no están únicamente sujetos al tratamiento o curación de la enfermedad.” (Tessier, 2015). Los indicadores de calidad involucran la participación integral del paciente, personal sanitario: médicos, enfermeras, químicos, radiólogos, nutriólogos entre otros, así como de los familiares. La función principal que establece el sistema de salud consiste en la provisión de servicios equitativos, oportunos, efectivos y seguros, lo que implica que el sistema responda a la demanda de salud de la población, reconociendo como elemento fundamental la calidad de la atención a la salud, de forma que se debe asegurar el acceso a servicios sanitarios, transmitiendo equidad tanto en el acceso como en la cobertura y funcionamiento de cada departamento, mediante la coordinación óptima de cada recurso para obtener el máximo rendimiento/beneficio.

4.2 Retos 2013-2018

En las últimas décadas, se ha logrado avances muy significativos en el país, en cuanto a la materia de salud responde, superando la esperanza de vida establecida por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), así como disminuyendo la tasa de mortalidad infantil, por otra parte es indispensable invertir más en los servicios de salud mejorando la protección económica del paciente. En México, la medicina preventiva no es parte de la cultura diaria de la población y el principal factor es el aporte económico. Los mexicanos no

cuentan con los recursos suficientes para satisfacer la propia demanda de salud, por lo que han preferido dar prioridad a gastos como el alimento, vestimenta, educación y vivienda, recurriendo a la atención médica cuando la patología ha avanzado mucho o ha comprometido algún órgano vital, de forma que la vida se pone en riesgo, perdiéndola en muchas ocasiones y generando un gasto aún mayor respecto a los tratamientos y visitas de control. Al invertir en los servicios públicos, abasteciéndolos del material y equipo necesarios, las personas podrán recurrir a las consultas de revisión sin realizar un gasto, promoviendo de tal forma la medicina preventiva y promoción de información respecto los cuidados personales, de manera que el usuario no tenga alguna pérdida económica, como se estableció anteriormente, la persona es un ente biopsicosocioespiritual, compuesto de diversos estratos y necesidades, las cuales deben ser satisfechas para llegar a un nivel de autorrealización. “La calidad en enfermería considera al paciente como un ser holístico y ver por su gasto económico es indispensable, puesto que esto será el margen definitivo en cuanto al seguir o no con el tratamiento repercutiendo de manera directa en el estado de salud.” (Dion, 2001).

4.3 Calidad y seguridad del paciente

- Reingeniería del actual sistema de evaluación, monitoreo y seguimiento de la calidad y seguridad.
- Fomentar la difusión, capacitación e implementación de las Guías de Práctica Clínica (GPC).
- Fortalecer la cultura de calidad y seguridad en los establecimientos y servicios de atención médica.
- Generar conocimiento sobre la calidad en los sistemas de salud.

4.4 Innovación y mejora continua

Incorporar el enfoque de innovación y mejora continua en los distintos procesos clínicos, administrativos y gerenciales relacionados con la gestión en los establecimientos y servicios de atención médica.

4.5 Gestión de riesgos en la atención médica

Evaluar los riesgos en la atención en los establecimientos y en los servicios de atención médica

4.6 Acreditación de los establecimientos de atención médica y servicios de salud

Consolidar la acreditación como instrumento para lograr la mejora de la calidad y lograr responder a las necesidades demográficas y epidemiológicas de la población.

4.7 Normatividad en materia de salud

Fortalecer el marco normativo para la regulación de los establecimientos y servicios de atención médica, asistencia social y educación en salud.

4.8 Educación en salud

Orientar los programas sectoriales para la formación, capacitación y educación continua de los recursos humanos en salud de acuerdo con las características demográficas y epidemiológicas de la población.

4.9 Indicadores de calidad en la atención sanitaria

Calidad. Atención oportuna, personalizada y humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo con los estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios.

Indicador. Medio para constatar, estimar y valorar, controlar y autorregular los resultados del proceso. Su aplicación requiere condiciones específicas y fijas para no alterar el resultado y deben ser evaluados de manera permanente.

Indicador de calidad. Instrumentos de medición de calidad que deben ir relacionados y dirigidos a la consecución de los objetivos y resultados que cada organización haya planificado para su proceso.

A través del uso de Indicadores de Calidad, es posible la valoración adecuada del uso de recursos proporcionados por parte de las diversas actividades desarrolladas. Los motivos más importantes por los que implementar un Sistema de Indicadores de Calidad se resume en:

- Mantener los procesos bajo control y asegurar los resultados esperados o conservar los niveles de calidad.
- Mejorar el servicio y atención ofrecidos.

- Incrementar la satisfacción del usuario.
- Mejorar los resultados y eficiencia del establecimiento de salud

4.9.1 Objetivo de los indicadores de calidad

Mejorar la calidad de los servicios de enfermería, definiendo criterios que se traduzcan en herramientas, que garanticen las condiciones indispensables para que los cuidados que proporciona el personal de enfermería se brinden de manera oportuna, en un ambiente seguro, eficiente y humano en todo el sistema de salud.

Los indicadores de calidad fueron definidos e implementados desde un inicio con el fin de medir de manera cuantitativa, así como cualitativa el tipo de cuidado a proporcionar y el nivel de atención al que estaba sujeto, es decir, desde la colocación de una sonda vesical, hasta la punción para colocar una venoclisis o algún procedimiento quirúrgico están sujetos a un indicador distinto, el cual ira en medida al procedimiento, al considerar al usuario de los servicios de atención sanitaria como un sujeto vulnerable por la patología que presenta, aunado a un ambiente desconocido y todas las preocupaciones que le atañen, el personal de enfermería junto con el personal médico, deben ser capaces de brindar confianza tanto en el personal, establecimiento y del sujeto mismo. "El indicador valorara que el personal médico tenga los conocimientos necesarios para la atención sanitaria, así como la habilidad para desempeñar determinada acción, de igual forma deberá evaluar el material y equipo con el que se trabajan, proporcionando un ambiente seguro que no perjudique al paciente." (Cavallo, 2002).

4.9.2 Ministración de medicamentos por vía oral

El personal de enfermería deberá cumplir con los 7 criterios establecidos en la ministración de medicamentos, así como en su preparación:

- Verificar que los datos de registro y nombre del paciente correspondan.
- Verifica el nombre y presentación de medicamento (medicamento correcto y vía de administración correcta)
- Verifica la caducidad del medicamento (caducado o contaminado)
- Verifica la dosis y hora de ministración del medicamento correcto y hora correcta
- Le habla al paciente por su nombre y se le explica sobre el procedimiento que se va a realizar (identificación verbal, identificación visual pulsera, brazalete, comunicación al paciente y familiar)
- Se cerciora que el paciente ingiera el medicamento (vía correcta, comunicación efectiva enfermera paciente)
- Registra el medicamento al término del procedimiento en el formato establecido.

La vía oral de administración de medicamentos es la vía de administración más cómoda, segura y económica, de elección siempre que sea posible. Sin embargo, para obtener la máxima seguridad y eficacia del uso de los medicamentos se debe tener en cuenta aspectos como la biodisponibilidad, la tolerancia gastrointestinal, las interacciones, tanto entre fármacos administrados simultáneamente o no, como entre fármaco y alimento, así como los efectos adversos más fácilmente reconocibles, otro aspecto muy importante que debe ser tomado en cuenta, es el ajuste de la administración oral al intervalo posológico establecido según la prescripción médica, ya que en algunos casos debe respetarse de forma estricta, independientemente de su relación con los alimentos, generalmente, en las prescripciones médicas no se especifica si un medicamento debe ser administrado con o sin alimento, o si hay que separarlo de la administración de otros medicamentos o productos medicinales, dejando al personal de enfermería la responsabilidad de la organización de la administración, por lo que es frecuente que hagan coincidir la administración con las comidas del

paciente, lo que, si bien mejora la deglución, la tolerancia gástrica y el cumplimiento, tiene como inconvenientes los intervalos de administración irregular.

Los 7 criterios tienen como objetivo reducir las iatrogenias, resultado de la mala praxis por la falta en la verificación del paciente, de igual forma considera las reacciones adversas que se puedan presentar al combinarse con alimentos u otros medicamentos, previniendo cualquier situación adversa y preparando al personal para actuar de manera inmediata en caso de que esta se presentará. Este indicador de salud mide los conocimientos teóricos-prácticos del personal de enfermería en relación a sus intervenciones dependientes e independientes de las indicaciones médicas, es decir, si se conoce al paciente como alérgico a determinada sustancia del medicamento, aunque allá sido indicada por el médico, el personal de enfermería deberá comunicarlo con su superiora y el resto del equipo sanitario para evitar la ministración de fármacos que perjudiquen al paciente. Se establece también, que aunque el personal de enfermería identifique al paciente por el tiempo que lleva hospitalizado, deberá confirmar los datos de manera verbal con el mismo o con algún familiar en caso de que el usuario no pueda responder, para llevar el control adecuado de la farmacocinética-farmacodinamia.

4.9.3 Vigilancia y control de venoclisis instalada

- Solución con menos de 24 hrs.
- Solución con membrete conforme a la normatividad
- Venoclisis y equipo con menos de 72 hrs instalada
- Venoclisis libre de residuos
- Sin signos de infección
- Catéter instalado firmemente y limpio
- Solución parenteral con circuito cerrado

El catéter venoso periférico es la introducción de un dispositivo extravascular corto, en una vena con fines de diagnóstico, profiláctico y terapéuticos. Cuyo objetivo radica en establecer una vía de acceso sanguínea para el suministro de líquidos, medicamentos, hemoderivados y otros.

El membrete de la solución deberá contener la información establecida de acuerdo a la normatividad, que consiste en el nombre del paciente, el número de cama, fórmula de la solución, fecha y hora de inicio, así como hora de término y nombre completo de quien la instalo. "El personal de enfermería deberá comprobar que el membrete del equipo contenga la fecha de instalación, para mantener un control de los días, realizando el cambio del equipo antes de las 72 hrs." (León, 2008). Los signos de infección como el calor, rubor, edema y dolor serán los indicadores de que la venoclisis deberá cambiarse inmediatamente, recanalizando al paciente y buscando otro acceso permeable.

4.9.3.1 Norma Oficial mexicana 022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos

La norma tiene como objetivo establecer los criterios para la instalación, mantenimiento, vigilancia y retiro de vías de acceso venoso periférico y central, así como, los requisitos que deberá cumplir el personal de salud que participa en la administración de la terapia de infusión intravenosa para disminuir las complicaciones y costos asociados a esta práctica. Su campo de aplicación es de disposición obligatoria para los establecimientos de atención médica y personal de salud del sistema nacional de salud que realice la terapia de infusión intravenosa.

La norma establece las condiciones del equipo, el cambio de las soluciones con una especificación de cada una, es decir, soluciones hipotónicas e isotónicas serán cambiadas antes de las 72 hrs, la solución dextrosa y nutrición parenteral

antes de las 24 hrs, los hemoderivados al terminar. En caso de contaminación deberá cambiarse inmediatamente. Las especificaciones establecerán las medidas de asepsia, el material y tiempos.

Los beneficios de la terapia de infusión son diversos, pero este procedimiento de igual forma representa un grave riesgo a la salud. Las complicaciones como infecciones, como la extravasación, infiltración y oclusión se encuentran asociadas a una morbilidad considerable, aumentando el riesgo de muerte del paciente. Se establece las condiciones necesarias y suficientes para favorecer una práctica homogénea, para lograr una atención segura y libre de riesgos.

4.9.4 Trato digno

“El trato digno corresponde a las percepciones que el paciente tiene respecto al personal de enfermería, su atención y desempeño.” (Bunge, 2011). Este debe seguir criterios importantes como la presentación personal, actitud frente al paciente, así como la información que se le brinda al paciente respecto su estado de salud, englobado en la esfera del respeto mutuo. En base a los parámetros, los hospitales deberán realizar una serie de preguntas de manera periódica midiendo el trato que se le brinda al paciente desde su perspectiva, por otro lado al reportarse una transgresión se deberá realizar un proceso de investigación tomando en cuenta la historia del personal de enfermería y del paciente, logrando una mediación entre ambos para mantener un ambiente y trato profesional y seguro.

- **La enfermera saluda de manera amable al paciente**

Logrando la correcta identificación del paciente de manera visual, proporcionando de igual forma un reconocimiento al paciente del personal que se quedará a cargo de su cuidado, colaborando en la confianza entre trato paciente-enfermero.

- **La enfermera se presenta con el paciente**

Esto proporciona un ambiente marcado por el respeto y comunicación entre paciente-enfermero.

- **Se dirige al paciente por su nombre**

La verificación correcta del paciente al realizar cualquier procedimiento como la aplicación de algún medicamento, de igual forma es importante para la autoestima del paciente, puesto que en diversas ocasiones, los términos referentes a los pacientes como al usar la enumeración del cuarto en el que se encuentra hospitalizado (*el paciente del cuarto 203*), la patología por la que está internado (*el de tuberculosis, el de EPOC, el de VIH*), estos términos se consideran despectivos, puesto que despersonalizan a los pacientes convirtiéndolos solamente en el sujeto enfermo, dejando a un lado su sentido holístico, así como su identidad biopsicosocioespiritual.

- **Le explica sobre los cuidados o actividades a realizar**

Se toma siempre en cuenta el nivel académico del paciente. Muchos de ellos no se encuentran familiarizados con los términos médicos-técnicos que forman el léxico diario del personal de atención sanitaria, por lo que se debe buscar palabras acordes al paciente de forma que este las comprenda y así, corroborando su consentimiento ante los procedimientos a realizar. Una de las incidencias dentro de los nosocomios radica en la falta de información que se le proporciona al paciente, por lo que él accede a determinado tratamiento desconociendo todo lo que implica ya sea porque el personal no le proporcionó la información completa y adecuada, o bien, no comprendió la explicación del médico, posteriormente estos se muestran inconformes y expresan que, al haber sabido de que trataba no hubiesen aceptado, explicando así la importancia de transmitir información de manera verídica, clara y oportuna, protegiendo tanto al paciente como al personal de enfermería.

- **Se interesa porque su estancia sea agradable**

Mejorando la comunicación entre el paciente y el personal, se otorgará un estado de confort y seguridad al percatarse que el personal de enfermería a cargo de su

atención, está al pendiente y muestra interés de sus sentimientos y como se sienta en la institución, considerando su opinión y lo que el paciente tenga que decir como importante.

- **Ofrece un ambiente de confort, intimidad y seguridad**

La comunicación asertiva permite manifestar a otros de manera simple, clara y oportuna como se siente y que piensa. Al cuidar todas las acciones y el ambiente donde el usuario es atendido, disminuyendo los riesgos de caída, infección y cualquier complicación sujeta a presentar por su internamiento hospitalario. “El paciente tendrá la confianza de que será bien atendido y está seguro, de igual forma de notificarle a la enfermera cualquier situación que le preocupe, y que en diversas ocasiones resultan ser factores que impidan la correcta evolución del mismo, así como un estancamiento en el tratamiento.” (Feist, 2006). Al lograr una comunicación asertiva, enfermería podrá realizar una intervención específica, y oportuna, repercutiendo de manera positiva en el estado de salud del paciente.

- **Le enseña sobre los cuidados a tener respecto a su padecimiento**

Una vez establecido el diagnóstico y tratamiento del paciente, los cuidados de enfermería radican en establecer y recuperar la salud a su nivel máximo durante la estancia hospitalaria, se debe recordar que dicha estancia no es permanente, por lo que al egreso del paciente, si este no realiza las medidas de cuidado como higiene de herida quirúrgica, dieta, ejercicio y determinadas acciones, el estado de salud se verá afectado nuevamente, trayendo consigo un reingreso al nosocomio o bien, la muerte. Por ende, enfermería deberá realizar la capacitación tanto al paciente como a los usuarios para su retorno útil fuera de la institución, manteniendo el nivel de salud y previniendo complicaciones, así como promocionando, realizando así una práctica del primer nivel de salud.

- **Continuidad en los cuidados de enfermería las 24 hrs**

Como bien se estableció posteriormente, el hombre se encuentra sujeto a una serie de necesidades que deben ser satisfechas, el sujeto enfermo se verá incapaz de realizarlas de manera independiente como solía hacerlo, desde ir al baño, comer,

bañarse y cepillarse los dientes entre otras actividades cotidianas de baja complejidad. La continuidad y vigilancia estrecha permiten evaluar el estado y progreso del paciente, identificando de manera oportuna cualquier factor agravante e interviniendo inmediatamente, evitando su progreso, así como colaborar en las necesidades básicas del paciente y su realización.

Los parámetros mencionados anteriormente, proporcionarán mayor confianza y colaboración por parte del paciente para su recuperación. Se debe tener en mente que los pacientes no son personas enfermas, son personas que sufren de una patología y requieren un cuidado determinado sin permitir que sean definidos o se reduzca su identidad a la enfermedad. "Diversos estudios han demostrado la capacidad de la autosugestión en la recuperación del paciente, si este se encuentra desanimado, el tratamiento tendrá menor efectividad, sin embargo si está animado, con una actitud positiva el tratamiento tendrá mayor efectividad, esto relacionado a la somatización." (McGraw, 2014). Las ideas positivas tienen un efecto orgánico en el organismo, la liberación de endorfinas, serotonina y otros neurotransmisores que colaboraran de manera indirecta en recupera la salud del paciente, sin embargo las ideas negativas generan una inhibición de los neurotransmisores anteriormente mencionados, al producirse un aumento del Ácido-gamma-amino-butírico (GABBA), estas secreciones involuntarias han sido comprobadas en efectividad, así como en funcionalidad, desconociendo el día de hoy el mecanismo de acción en la producción de las mismas; la teoría más aceptada establece por el momento el papel principal del sistema límbico donde se cree, está la identidad, lo que vuelve único a cada individuo.

4.9.5 Prevención de caídas en pacientes hospitalizados

Las acciones específicas consisten en valorar y registrar los factores de riesgo de caída en el paciente, mediante la escala de Downton, Morse, Heindrich II. Se establecen intervenciones de enfermería de acuerdo al riesgo de caída, la

seguridad del paciente, se le informa sobre el riesgo de caída, orienta sobre la seguridad del paciente, las intervenciones de enfermería de acuerdo al plan de cuidados y registrar incidentes y accidentes que presente el paciente.

- **Escala de Downton**

Utilizada para evaluar el riesgo que presenta una persona de sufrir una caída con el fin de, en caso necesario, poder implementar medidas preventivas encaminadas a evitar nuevas caídas. Esta escala tiene en cuenta si ha habido o no caídas previas, las causas que la han producido o los factores de riesgo que presenta en este sentido cada paciente y la edad, asignando a cada punto un valor de 0 ó 1. Cuando el resultado de la escala es de tres o más puntos se considera que el paciente tiene un alto riesgo de sufrir una caída.

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS		ALTO RIESGO > 2
CAÍDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes, sedantes, Diuréticos, antidepresivos, otros	1
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales, auditivas	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda, insegura	1

- **Escala de Morse**

La escala de caída de Morse es una herramienta rápida y simple para evaluar la probabilidad de que un paciente sufra una caída. El 83% de las enfermeras/os de los EE.UU consideran a esta escala como “rápida y fácil de usar” y el 54% estima que la calificación del riesgo lleva menos de 3 minutos. Se analizan seis variables y se ha demostrado que tiene valor predictivo. Se utiliza ampliamente tanto en los hospitales de agudos como en centros de internación de pacientes crónicos.

- Caídas recientes
- Diagnostico secundario
- Ayuda para deambular
- Vía venosa
- Deambulación
- Conciencia/estado mental

- **Escala de Heindrich II**

Se basa en la valoración del estado emocional-cognitivo junto con la incorporación y marcha. El puntaje mayor a 5 significara un alto riesgo de caída. La confusión, desorientación, impulsividad, mareos, vértigo, administración de medicamentos como antiepilépticos y benzodiazepinas. En el segundo apartado toma en consideración la capacidad para levantarse por sí mismo, empujarse de sí mismo, si requiere ayuda para levantarse de cama o sillón.

Escala de Hendrich II		
Factor de Riesgo	Riesgo	Puntos
Confusión/desorientación/impulsividad	4	
Depresión sintomática	2	
Alteraciones de la eliminación	1	
Mareos/vértigo	1	
Sexo masculino	1	
Medicación antiepiléptica	2	
Administración de benzodiazepinas	1	
Test "Levántese y Camine"		
Capacidad para levantarse en un movimiento sin pérdida de equilibrio	0	
Impulsándose hacia arriba, consiguiéndolo en un intento	1	
Múltiples intentos pero lo consigue	3	
Incapaz de levantarse sin ayuda	4	

4.9.6 Prevención de úlceras por presión a pacientes hospitalizados

Se realiza una valoración donde se identifiquen los factores de riesgo que predisponen al paciente a la aparición de úlceras por presión, en conjunto con la intervención de enfermería de acuerdo el riesgo y los elementos que las previenen, así como orientar al paciente y familiares sobre la prevención de úlceras por presión, revalorando la intervención de enfermería de acuerdo al estado del paciente.

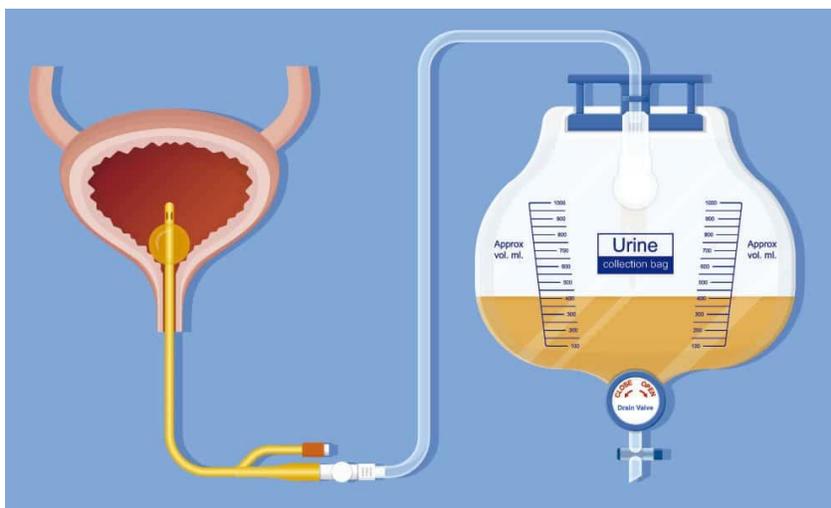
- **Úlceras por presión**

Las úlceras por presión son áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo. Comúnmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas. El riesgo es mayor si está recluido en una cama, utiliza una silla de ruedas o no puede cambiar de posición. Las úlceras por presión pueden causar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner la vida en peligro. Pueden constituir un problema para las personas en los centros de cuidados especializados. La prevención de úlceras por presión consiste en mantener la piel limpia y seca, cambió de posición cada 2 horas y utilizar almohadas y productos que alivien la presión.

4.9.7 Prevención de infecciones por sonda vesical instalada

El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción aséptica de una sonda desde el meato uretral hasta la vejiga urinaria. La colocación de una sonda vesical persigue varios fines diagnósticos y terapéuticos que consisten en:

- Facilitar la salida al exterior de la orina en casos de retención.
- Control de diuresis.
- Tratamiento intra y postoperatorio de algunas intervenciones quirúrgicas.
- Mantener una higiene adecuada en el caso de escaras genitales.
- Tratamiento crónico en aquellos pacientes que no vacían espontáneamente la vejiga.



Se deben sujetar a características principales para disminuir las infecciones a presentar, ya que al ser un proceso invasivo aumenta considerablemente el riesgo de infección, perjudicando el estado de salud del paciente.

- Mantener la bolsa por debajo del nivel de la vejiga
- Fijada de acuerdo al sexo del paciente
- Que la sonda se encuentre con el membrete de identificación

- Sistema de drenaje permanentemente conectado
- Registra los datos referentes al funcionamiento de la sonda y tubo de drenaje
- Registra los días de instalación de sonda y corrobora prescripción médica
- Reporta signos y síntomas de evidencias de infecciones de vías urinarias
- Medidas higiénicas del paciente
- Anota medidas de orientación al paciente y familiares

5. Bases teóricas del desgaste profesional

5.1 Clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10) se encuentra respaldada por la Cuadragésima Tercera Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1990. Se empezó a usar en los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de 1994. “La clasificación es la última en una serie que tiene sus orígenes en el año 1850. La primera edición, conocida como la Lista Internacional de las Causas de Muerte, fue adoptada por el Instituto Internacional de Estadística en 1893.” (Riviere, 2011), La OMS asumió la responsabilidad de la CIE a su creación en 1948 cuando se publicó la Sexta Revisión, cuya publicación incluía por primera vez las causas de morbilidad. La Asamblea Mundial de la Salud de OMS adoptó en 1967 el Reglamento de Nomenclaturas que estipula el uso de CIE en su revisión más actual por todos los Estados Miembros.

La CIE-10 constituye uno de los estándares internacionales más usados para elaborar estadísticas de morbilidad y mortalidad en el mundo. El propósito de la CIE es permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas, y en diferentes momentos. “La clasificación permite la conversión de los términos diagnósticos y de otros problemas de salud, de palabras a códigos alfanuméricos que facilitan su almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información. La CIE puede utilizarse para clasificar enfermedades y otros problemas de salud consignados en muchos tipos de registros vitales y de salud. Originalmente su uso se limitó a clasificar las causas de mortalidad tal como se mencionan en los registros de defunción.” (Rutland, 2009).

5.2 Estructura básica y principios en la clasificación con el CIE

La CIE es un sistema de clasificación de eje variable. Su estructura se ha desarrollado a partir de la propuesta por William Farr en la época en que comenzaron las discusiones internacionales sobre la estructura de una clasificación. Su esquema fue que, para todos los propósitos prácticos y epidemiológicos, los datos estadísticos relativos a las enfermedades debieran agruparse de la manera siguiente:

- enfermedades epidémicas
- enfermedades constitucionales o generales
- enfermedades localizadas ordenadas por sitios
- enfermedades del desarrollo
- traumatismos

El Síndrome de Desgaste Profesional se encuentra mencionado dentro de la presente clasificación internacional de enfermedades, en el apartado asociado a “problemas relacionados con el manejo de la vida. ”

5.3 Origen Conceptual del síndrome de desgaste profesional

Este síndrome fue descrito por primera vez en 1969 por H.B. Bradley como metáfora de un fenómeno psicosocial presente en oficiales de policía de libertad condicional, utilizando el término *staff burnout*. Posteriormente en el año de 1974 Freudenberg propone un concepto centrado en un estudio netamente organizacional, él propone que son sentimientos de agotamiento y frustración además de cansancio que se generan por una sobre carga e incluye en su explicación el término de adicción al trabajo, siendo también el primero en proponer este tipo de relación asociada a un desequilibrio productivo. Posteriormente, en el año de 1980, Freudenberg amplía su teoría y conceptualización agregando que

estos sentimientos se deben a cargas irracionales de trabajo que ellos mismos o quienes los rodean les imponen.

Para este mismo año aparece Cherniss quien lo conceptualiza como un proceso y propone 3 momentos:

- **El primero** se encuentra asociado a un desequilibrio entre la carga laboral y las posibilidades del sujeto de responder de forma óptima a esta.
- **El segundo** momento, consiste en que habla de la presencia de una respuesta emocional negativa fuerte.
- **El tercero** y último momento propone un cambio conductual y actitudinal en el que se sumerge el sujeto.

Contemporánea a esta propuesta surge la de Edelwich y Brodsky, quienes lo relacionan más a una pérdida progresiva de la energía, motivación e ideal asociada a las profesiones de ayuda a su cargo y proponen también fases progresivas, entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía.

En el año 1980 en tanto, Freudenberg publica su libro titulado "*Burn Out: The High Cost of High Achievement. What it is and how to survive it*" texto que se ha transformado en un referente primordial para el abordaje primigenio del síndrome de desgaste profesional. Posterior a ellos en el año 1981 las autoras Maslach y Jackson aportan el hasta ahora más aceptado concepto del síndrome, en el que proponen que este es tridimensional y que dentro de estas dimensiones se encuentran el agotamiento emocional, la despersonalización (en la que se generan actitudes de sarcasmo ante sus compañeros de trabajo) y la reducida realización personal.

"El concepto de Burnout ha sido causa de diversas discusiones, al considerarlo como igual respecto al desgaste profesional, estrés, fatiga, depresión, insatisfacción laboral entre otros, de acuerdo a la perspectiva propuesta por cada teórico, algunos establecen las similitudes, así como el referir que es lo mismo, sin embargo hay

quien especifica la diferencia entre cada término, marcando una diferencia aparentemente notable entre cada constructo.” (Brodsky, 2003). De acuerdo con la clasificación anteriormente mencionada, se considera el síndrome de burnout/desgaste profesional como un igual a la neurastenia en el momento de establecer un diagnóstico propio.

- **Estrés general.** Entre Estrés General y síndrome de Burnout se distingue de manera clara la psicopatología, el primero es un proceso psicológico que conlleva efectos positivos y negativos, mientras que el Burnout sólo hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno. El estrés general se puede experimentar en todos los ámbitos posibles de la vida y actividad del ser humano a diferencia del Burnout, que como la mayoría de los autores estiman, es un síndrome exclusivo del contexto laboral.
- **Fatiga física** Para diferenciar la Fatiga Física del síndrome de Burnout lo fundamental es observar el proceso de recuperación, ya que el Burnout se caracteriza por una recuperación lenta y va acompañada de sentimientos profundos de fracaso mientras que en la fatiga física la recuperación es más rápida y puede estar acompañada de sentimientos de realización personal y a veces de éxito.
- **Depresión.** La depresión tiene una correlación significativa con el cansancio emocional, pero no con las otras dos dimensiones del Burnout como son la baja realización personal y la despersonalización o cinismo. Uno de los síntomas más destacados de la depresión es el sentimiento de culpa, mientras que en el Burnout los sentimientos que predominan son la cólera o la rabia. Aunque por otro lado, encontramos que Freudenberg considera que la depresión es uno de los síntomas más característicos del Burnout, se sugiere que los síntomas de la depresión

pueden emerger en una etapa posterior al Burnout, es decir cuando las pérdidas ascienden, e consecuencia se establece que la depresión es una consecuencia del Burnout.

- **Tedio/aburrimiento.** Los términos Tedio o Aburrimiento han sido utilizados en diversas situaciones y se les ha dado diferentes significados, por lo que, para explicar las diferencias con el síndrome de Burnout, es conveniente realizar un análisis según cada autor. Citando a Hallberg, quien distingue la diferencia de los términos en el proceso de desarrollo, planteando que cuando aumenta el agotamiento emocional, disminuye el tedio, entonces, sería este proceso lo que lleva al trabajador a desarrollar el Burnout. Por el contrario, Faber y Pines limitan el Burnout a las profesiones asistenciales y aplican el término de tedio o aburrimiento a los otros tipos de trabajos que no tienen características humanitarias. Maslach & Jackson concuerdan en que el Burnout es generado por repetidas presiones emocionales, mientras que el tedio o aburrimiento puede resultar de cualquier tipo de presión o falta de motivación o innovación en el ámbito laboral del sujeto, pero apoyan que ambos términos son equivalentes cuando el fenómeno es consecuencia de la insatisfacción laboral.
- **Acontecimientos vitales y crisis de la edad media de la vida.** Respecto a las crisis, éstas se pueden desencadenar cuando el profesional hace un balance negativo de su posición y desarrollo laboral y, sin embargo, el Burnout se da con mayor frecuencia en los jóvenes que se han incorporado recientemente en su nuevo empleo, ya que no suelen estar preparados para afrontar los conflictos emocionales que se les presentan desde el, así pues, de los múltiples estudios empíricos realizados se pueden extraer, de forma global, dos posturas ante la conceptualización del Burnout. Por un lado, se plantea que la falta de acuerdo en la conceptualización del Burnout y las dificultades para

diferenciar nítidamente el síndrome siguen obstaculizando la investigación, pues el problema de la imprecisión y ambigüedad del concepto le hacen ocultarse bajo el más amplio del estrés. Según expone el hecho de que el constructo Burnout cumple los criterios de validez convergente y discriminante, se demuestra que la validez del constructo es susceptible de diversas críticas en cuanto a métodos y definiciones imprecisas. En este sentido se plantea que quizás se esté utilizando un nuevo término para definir antiguos problemas, ya que el Burnout tiene una gran semejanza con otros constructos. Así y todo, en la actualidad, hay coincidencia en considerar el Burnout como un síndrome con identidad propia.

En general, se establece que el Burnout es un proceso de respuesta a la experiencia cotidiana de ciertos acontecimientos y se desarrolla secuencialmente en cuanto a la aparición de rasgos y síntomas globales. El hecho de que la sintomatología varíe mucho de una a otra persona ha influido en ahondar las discrepancias entre algunos autores en el momento de definirlo, pues depende a qué se le dé más importancia: al síntoma que se presenta en primer lugar, a la secuencia completa del proceso, entre otras de las variables identificadas previamente, ocasionando una gran variedad de modelos procesuales que tratan de explicar el desarrollo del síndrome de Burnout, aunque ninguno de ellos ha sido absolutamente aceptable y satisfactorio en su totalidad.

5.4 Población de riesgo

En general los más vulnerables a padecer el síndrome son aquellos profesionales en los que se observa la existencia de interacciones humanas trabajador-cliente de carácter intenso o duradero, sin considerar por cierto a un cliente en particular sino, más bien, a uno o varios. "Dichos profesionales pueden

ser caracterizados como de desempeño satisfactorio, comprometidos con su trabajo y con altas expectativas respecto a las metas que se proponen, en las que el desgaste profesional se desarrolla como respuesta a estrés constante y sobrecarga laboral.” (Colvin, 2007).

El síndrome de desgaste profesional es muy frecuente en personal sanitario (médicos, enfermeras/os, farmacéuticos, odontólogos, nutricionistas, psicólogas/os, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, terapeutas familiares y consejeros matrimoniales, así como personal administrativo) y docente, no escapando por cierto otros profesionales como deportistas de élite, teleoperadores (operadores de Centros de llamadas), ingenieros, personal de las fuerzas armadas, y en general, en diversas profesiones de las que actualmente, se observa un creciente interés por analizar. Respecto al género, diversas investigaciones apuntan a que las mujeres presentan mayor prevalencia que los hombres.

5.5 Desarrollo del síndrome de Burnout

El concepto de Burnout fue empleado inicialmente para referirse al estado físico y mental de los jóvenes voluntarios que trabajaban en su "Free Clinic" de Nueva York. Estos se esforzaban en sus funciones, sacrificando su propia salud con el fin de alcanzar ideales superiores y recibiendo poco o nada de reforzamiento por su esfuerzo, por lo ende, después de uno a tres años de labor, presentaron conductas cargadas de irritación, agotamiento, aunado a actitudes de cinismo con los clientes y una tendencia a evitarlos. Al propio concepto de "*estar quemado*" se le añadió otro aspecto que no involucraba solamente el estrés laboral, considerando el significado para la persona del trabajo que realiza, su propia capacidad de generar estrategias de afrontamiento, la misión a realizar que a veces genera excesiva implicación en el trabajo y puede terminar en la deserción o la desatención a los usuarios, pero también a sí mismo.

5.5.1 Edelwich y Brodsky (1980)

El desarrollo del síndrome de Burnout tiene cuatro etapas en las profesiones de ayuda: la primera es el entusiasmo ante el nuevo puesto de trabajo acompañado de altas expectativas; luego aparece el estancamiento como consecuencia del incumplimiento de las expectativas; la tercera etapa es la de frustración; y por último la cuarta etapa es la apatía como consecuencias de la falta de recursos personales del sujeto para afrontar la frustración. “La apatía implica sentimientos de distanciamiento y desimplicación laboral, y conductas de evitación e inhibición de la actividad profesional.” (Edelwich, 2009).

5.5.2 Cherniss (1982)

El Burnout se da en un proceso de adaptación psicológica entre el sujeto estresado y un trabajo estresante, en el cual el principal precursor es la pérdida de compromiso. “El proceso lo describe en tres fases: fase de estrés, fase de agotamiento y fase de afrontamiento defensivo.” (Cherniss, 2007).

- La **fase de estrés** consiste en un desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos de los que dispone el individuo para hacer frente a esos acontecimientos.
- La **Fase de agotamiento** se produce con la respuesta emocional inmediata del sujeto ante dicho desequilibrio, es decir que el trabajador presentará sentimientos de preocupación, tensión, ansiedad, fatiga y agotamiento.
- La **Fase de afrontamiento** implica cambios en la conducta y en la actitud del trabajador, caracterizándose por un trato impersonal, frío y cínico a los clientes.

5.5.3 Farber (1991)

Este modelo describe seis estadios sucesivos:

1. Entusiasmo y dedicación.
2. Respuesta de ira y frustración del trabajador ante los estresores laborales.
3. No hay una correspondencia entre el esfuerzo y los resultados y recompensas.
4. Se abandona el compromiso e implicación en el trabajo.
5. Aumenta la vulnerabilidad del trabajador y aparecen síntomas físicos, cognitivos y emocionales.
6. Agotamiento y descuido.

5.5.4 Gil-Monte y Cols (1995) Manzano (1998)

Se postula que las cogniciones de los sujetos influyen en sus percepciones y conductas, y a su vez estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus conductas y por la acumulación de consecuencias observadas. Por lo tanto, el autoconcepto de las capacidades del sujeto determinará el esfuerzo y empeño para conseguir sus objetivos y sus reacciones emocionales. A partir de estos planteamientos, Gil-Monte y cols. apoyan la tridimensionalidad del Burnout, pero sugieren otra relación entre los mismos. Estos autores proponen que los profesionales experimentan una falta de "realización personal" y el incremento del "cansancio emocional". De ambos se deriva el manejo de estrategia denominada "despersonalización". Concluyendo, este síndrome sería una respuesta, como efecto de una valoración secundaria a la ineficacia del afrontamiento, al estrés laboral. Manzano también apoya la tridimensionalidad del Burnout, pero plantea otra

secuencia, donde primero aparece la baja realización personal para evolucionar acompañada del cansancio emocional. “Ante la cronicidad de estas dos dimensiones, el sujeto desarrolla actitudes de despersonalización. Es importante mencionar que en este modelo, siguiendo un continuo temporal, la segunda fase del proceso está muy cercana a la tercera y, por lo tanto, pueden presentarse juntas o alternativamente, tal y como han observado otros autores, se proponen, por el contrario, una secuenciación más rígida, en la que los sentimientos de baja eficacia profesional representan las tempranas fases del Burnout, mientras que el cansancio emocional y el cinismo representarían las fases más avanzadas.” (Cherniss, 2008).

5.6 Teoría de las necesidades Básicas de Maslow

El siglo 20 se caracterizó por el desarrollo de tres olas de pensamiento psicológico sobre la naturaleza humana: el psicodinámico, el conductual y el humanista/existencial; Abraham Maslow, es asociado tradicionalmente con la psicología humanista, por su trabajo pionero en el área de la motivación, la personalidad y el desarrollo humano. En 1943, Maslow propone su “Teoría de la Motivación Humana” la cual tiene sus raíces en las ciencias sociales y fue ampliamente utilizada en el campo de la psicología clínica, a su vez, se ha convertido en una de las principales teorías en el campo de la motivación, la gestión empresarial y el desarrollo y comportamiento organizacional (Reid 2008). Dicha teoría propone una jerarquía de necesidades y factores que motivan a las personas, esta jerarquía se modela identificando cinco categorías de necesidades y se construye considerando un orden jerárquico ascendente de acuerdo a su importancia para la supervivencia y la capacidad de motivación. De acuerdo a este modelo, a medida que el hombre satisface sus necesidades surgen otras que cambian o modifican el comportamiento del mismo; considerando que solo cuando una necesidad está “razonablemente” satisfecha, se disparará una nueva necesidad (Colvin y Rutland 2008).



Maslow distinguió estas necesidades en “deficitarias” (fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, de estima) y de “desarrollo del ser” (auto-realización). La diferencia distintiva entre una y otra se debe a que las “deficitarias” se refieren a una carencia, mientras que las de “desarrollo del ser” hacen referencia al quehacer del individuo (Koltko 2006). Sin ser exhaustivo, la caracterización de la jerarquía de necesidades propuesta por Maslow es la siguiente

• **Necesidades fisiológicas:** son de origen biológico y están orientadas hacia la supervivencia del hombre; se consideran las necesidades básicas e incluyen cosas como: necesidad de respirar, de beber agua, de dormir, de comer, de sexo, de refugio.

- **Necesidades de seguridad:** cuando las necesidades fisiológicas están en su gran parte satisfechas, surge un segundo escalón de necesidades orientadas hacia la seguridad personal, el orden, la estabilidad y la protección. Dentro de estas necesidades se encuentran cosas como: seguridad física, de empleo, de ingresos y recursos, familiar, de salud y contra el crimen de la propiedad personal.

- **Necesidades de afecto y pertenencia:** cuando las necesidades de seguridad y de bienestar fisiológico están medianamente satisfechas, la siguiente clase de necesidades contiene el amor, el afecto y la pertenencia o afiliación a un determinado grupo social, orientadas a superar los sentimientos de soledad y alienación. En la vida diaria, estas necesidades se presentan continuamente cuando el ser humano muestra deseos de casarse, de tener una familia, de ser parte de una comunidad, ser miembro de una iglesia o simplemente asistir a un club social.

- **Necesidades de estima:** cuando las tres primeras clases de necesidades están medianamente satisfechas, surgen las llamadas necesidades de estima orientadas hacia la autoestima, el reconocimiento hacia la persona, el logro particular y el respeto hacia los demás; al satisfacer estas necesidades, las personas se sienten seguras de sí misma y valiosas dentro de una sociedad; cuando estas necesidades no son satisfechas, las personas se sienten inferiores y sin valor. En este particular, Maslow señaló dos necesidades de estima: una inferior que incluye el respeto de los demás, la necesidad de estatus, fama, gloria, reconocimiento, atención, reputación, y dignidad; y otra superior, que determina la necesidad de respeto de sí mismo, incluyendo sentimientos como confianza, competencia, logro, maestría, independencia y libertad.

- **Necesidades de auto-realización:** son las más elevadas y se hallan en la cima de la jerarquía; Maslow describe la auto-realización como la necesidad de una persona para ser y hacer lo que la persona "nació para hacer", es decir, es el cumplimiento del potencial personal a través de una actividad específica, de esta forma una persona que está inspirada para la música debe hacer música, un artista debe pintar, y un poeta debe escribir (Chapman 2007).

Los conceptos formulados por Maslow dentro de su teoría han proporcionado un marco para la psicología positiva y se han utilizado para conceptualizar la política, la práctica y teoría en las ciencias sociales durante más de 60 años. Además de las cinco necesidades antes descritas, Maslow también identificó otras tres categorías de necesidades: las estéticas, las cognitivas y las de auto trascendencia (Feist y Feist 2006). Dando origen a una rectificación de la jerarquía de necesidades. La caracterización de estas tres nuevas necesidades consiste en:

- **Necesidades estéticas:** no son universales, pero al menos ciertos grupos de personas en todas las culturas parecen estar motivadas por la necesidad de belleza exterior y de experiencias estéticas gratificantes.

- **Necesidades cognitivas:** están asociadas al deseo de conocer que tiene la gran mayoría de las personas; cosas como resolver misterios, ser curioso e investigar actividades diversas fueron llamadas por Maslow como necesidades cognitivas, destacando que este tipo de necesidad es muy importante para adaptarse a las cinco necesidades antes descritas.

- **Necesidades de auto-trascendencia:** tienen como objetivo promover una causa más allá de sí mismo y experimentar una comunión fuera de los límites del yo; esto puede implicar el servicio hacia otras personas o grupos, la devoción a un ideal o a una causa, la fe religiosa, la búsqueda de la ciencia y la unión con lo divino.

Según Koltko (2006), la versión rectificada de la jerarquía de necesidades de Maslow tiene varias implicaciones importantes para la teoría y la investigación en la personalidad y la psicología social; estas consecuencias incluyen enfoques más amplios para las concepciones personales y culturales de la finalidad de la vida; las bases motivacionales de la conducta altruista, el progreso social, y la sabiduría; el terrorismo suicida y la violencia religiosa; la integración de la psicología con la religión y la espiritualidad en la personalidad y la psicología social.

5.7 Teoría del Psicoanálisis Sigmund Freud

Como puede inferirse, el interés de Freud por estudiar la mente humana se desarrolló al margen de la ciencia psicológica propuesta por Wilhelm Wundt, es decir, al margen de la psicología experimental. En el lenguaje de Wundt, se puede decir que los estudios de Freud sobre la mente humana pertenecían a una segunda psicología, nombre con que designó Wundt a la psicología que se hacía fuera del laboratorio; frente a la identidad de la mente y la consciencia implícita en el enfoque de Wundt al estudio de la mente, Freud optó por una visión alternativa de lo psíquico. Ya que consideraba que era una pretensión insostenible el exigir que todo lo que sucede en lo psíquico haya de ser conocido por la consciencia, por lo que tomo como un axioma la igualdad de lo psíquico y lo consciente. Esta práctica terapéutica y técnica de investigación fue fundada por el neurólogo austríaco Sigmund Freud alrededor de 1896. A partir del psicoanálisis se han desarrollado posteriormente diversas escuelas de psicología profunda o de orientación dinámica y analítica. Asimismo, la teoría ha influido sobre muchas otras escuelas psicológicas y de terapias no necesariamente psicoanalíticas. El psicoanálisis tiene como objetivo la investigación y el tratamiento de los problemas emocionales desde el punto de vista de la infancia de la persona, la interpretación de los sueños, los actos fallidos y la técnica de asociación libre, entre otras. Freud complementó la psicología de la consciencia de Wilhelm Wundt con su psicología del inconsciente. Contrariamente a los anteriores enfoques, centrados en la investigación de laboratorios, el psicoanálisis no intenta ser una ciencia pura. Su interés no recayó en la acumulación de conocimientos sobre la mente normal, si no en la aplicación inmediata de una nueva manera de tratar a individuos que manifestaban un comportamiento anormal. Extrajo abundante información de la observación clínica, técnica que reivindica frente a la experimentación controlada en el laboratorio de los psicólogos experimentales. Freud creía que poderosos impulsos biológicos, principalmente de naturaleza sexual, influían en el comportamiento humano. Opinaba que estas tendencias eran inconscientes y que creaban conflictos entre el individuo y las normas sociales (Shedler, 2010).

5.7.1 Psicoanálisis como teoría explicativa

El psicoanálisis es una teoría sobre los procesos psíquicos inconscientes, que presenta una concepción ampliada de la sexualidad, de sus relaciones con el acontecer psíquico y su reflejo en lo sociocultural. El supuesto de que existen los procesos, fenómenos y mecanismos psíquicos inconscientes junto al papel de la sexualidad y del llamado complejo de Edipo, que resulta en una diferenciación entre instinto y pulsión; así como la aceptación de la teoría de la represión y el papel de la resistencia en el análisis constituyen para Freud los pilares fundamentales de su edificio teórico. Esta definición de Freud ha tenido amplia aceptación entre los psicoanalistas, así como también la necesidad de la transmisión del saber a través del análisis didáctico y los análisis de control o supervisados. Esta aceptación o identificación con los pilares centrales de la teoría y el método, se dio en medio de controversias.

Según el psicoanálisis, los síntomas histéricos y neuróticos tienen un origen ligado a conflictos inconscientes, aspectos de los cuales, pese a ser ajenos por completo al consciente del analizado, pugnan por emerger a la conciencia. El retorno de lo reprimido, resultado de una represión fallida ante la fuerza emergente del material reprimido, es una formación de compromiso, ejemplo de lo cual constituye el síntoma histérico y, en general, el neurótico. El objetivo de la terapia es vencer las resistencias para que el analizado acceda a las determinaciones inconscientes de sus sentimientos, actitud o conducta. Freud describe la operación que lleva a cabo la terapia analítica, lo hace en estos términos: "la rectificación con posterioridad del proceso represivo originario" por lo que la "regla fundamental" de la técnica psicoanalítica es la asociación libre (León, 2016). El analista introduce al paciente en la técnica solicitándole que le comunique todos los pensamientos, ocurrencias, ideas o imágenes que se le pasen por la mente, independientemente de que estos le parezcan absurdos, irrelevantes o comprometedores. Al comunicar estos contenidos, el analizado no debe tener en cuenta cuán insignificante, trivial o desagradable le resulten, ya que esto solo expresaría la acción de las resistencias.

5.8 Primera tónica: Consciente-preconsciente-inconsciente

La conciencia es la cualidad momentánea que caracteriza las percepciones externas e internas dentro del conjunto de los fenómenos psíquicos. El término inconsciente se utiliza para connotar el conjunto de los contenidos no presentes en el campo actual de la conciencia. Está constituido por contenidos reprimidos que buscan regresar a la conciencia o bien que nunca fueron conscientes y su cualidad es incompatible con la conciencia. El preconsciente designa una cualidad de la psique que califica los contenidos que no están presentes en el campo de la conciencia pero pueden devenir en conscientes. Los estados reprimidos son aquellos que no se les puede acceder sin una hipnosis, generalmente son revelaciones a través de imágenes retenidas durante el tiempo de vida de cada individuo (De la torre, 2008).

5.9 Segunda tónica: Ello-Yo-Superyó

- **El Ello** es la instancia más antigua y original de la personalidad y la base de las otras dos. Comprende todo lo que se hereda o está presente al nacer, se presenta de forma pura en nuestro inconsciente. Representa nuestros impulsos o pulsiones más primitivos. Constituye, según Freud, el motor del pensamiento y el comportamiento humano. Opera de acuerdo con el principio del placer y desconoce las demandas de la realidad.
- **El Superyó** es la parte que contrarresta al ello, representa los pensamientos morales y éticos recibidos de la cultura. Consta de dos subsistemas: la "conciencia moral" y el ideal del yo. La "conciencia moral" se refiere a la

capacidad para la autoevaluación, la crítica y el reproche. El ideal del yo es una autoimagen ideal que consta de conductas aprobadas y recompensadas.

- **El Yo** es una parte del ello modificada por su proximidad con la realidad y surge a fin de cumplir de manera realista los deseos y demandas del ello de acuerdo con el mundo exterior, a la vez que trata de conciliarse con las exigencias del superyó. El yo evoluciona a partir del ello y actúa como un intermediario entre este y el mundo externo. El yo sigue al principio de realidad, satisfaciendo los impulsos del ello de una manera apropiada en el mundo externo. Utiliza el pensamiento realista característico de los procesos secundarios. Como ejecutor de la personalidad, el yo tiene que medir entre las tres fuerzas que le exigen: las del mundo de la realidad, las del ello y las del superyó, el yo tiene que conservar su propia autonomía por el mantenimiento de su organización integrada (Bunge, 2011).

Los papeles específicos desempeñados de las entidades ello, yo y superyó no siempre son claros, se mezclan en demasiados niveles. La personalidad consta según este modelo de muchas fuerzas diversas en conflicto inevitable.

5.9.1 Conceptualizaciones del psicoanálisis

Freud define la represión como una operación cuya esencia consiste en rechazar y mantener alejados de la consciencia determinados elementos que resultarían dolorosos o inaceptables para el yo. La pulsión, cuya satisfacción por sí misma produciría placer, conlleva el peligro de producir displacer por los problemas que acarrearía el no satisfacer otras exigencias, igualmente internas, pero que constituyen las instancias psíquicas representantes de las exigencias morales. Estos pensamientos o ideas tienen para Freud un contenido sexual. La represión se origina en el conflicto psíquico que se produce por el enfrentamiento de

exigencias internas contrarias entre un deseo que reclama imperativamente su satisfacción y las prohibiciones morales (Riviere, 2001). En un sentido más general y menos estricto, la palabra represión fue utilizada también por Freud como sinónimo de defensa, en tanto se refiere a ella como prototipo de otras operaciones y mecanismos defensivos, mediante los cuales el yo se protege del dolor o displacer que causa este conflicto, reprimiendo el deseo inconsciente.

En los sueños opera la condensación. Varios elementos presentes en el sueño latente se conjugan, se unen en un mismo elemento; pueden ser fragmentos de imágenes, frases o trozos de ideas. Estos fragmentos de vivencias siempre estarán unidos de alguna forma por elementos comunes, que los relacionan y aparecen durante el análisis por medio de la asociación libre. Un ejemplo de condensación se da cuando se sueña con una persona que reúne rasgos de diferentes personas, a veces se presenta como una persona determinada y de pronto se convierte o desempeña el papel de alguna otra más.

El desplazamiento, que también se presenta en los sueños, pero que corresponde a una de las operaciones que el psicoanálisis describe para la formación de síntomas neuróticos, consiste en la separación o desprendimiento del afecto (la intensidad, la importancia y la cantidad de afecto) que está ligado a una idea o representación y que se desplaza hacia otras representaciones. De esta manera puede parecer como importante algún elemento que en realidad es superfluo y, por el contrario, recordar de forma imprecisa y sin importancia elementos que originalmente la tenían, pero que por esta vía han quedado desprovistos de su monto de afecto original (Fonagy y Moran, 1990). El desplazamiento es el proceso que más influye en ocultar el sentido latente del sueño. Cuanto más confuso y oscuro es un sueño, más ha sido influido por el desplazamiento.

5.9.2 Desarrollo sexual infantil

La teoría plantea que conforme crecen los niños su deseo se enfoca en diferentes áreas del cuerpo, en los que se busca la satisfacción libidinal. Siguiendo una secuencia de etapas psicosexuales en las que son importantes diferentes zonas erógenas, los niños pasan del autoerotismo a la sexualidad reproductora y desarrollan sus personalidades adultas, por lo que repercutirá de manera directa a su desarrollo respecto al psique previamente mencionado.

- **Fase oral** (desde el nacimiento hasta los 12 o 18 meses): la boca es la zona erógena preeminente y procura al bebé no solo la satisfacción de alimentarse, sino, sobre todo, el placer de chupar. Es decir, de poner en movimiento los labios, la lengua y el paladar en una alternancia rítmica.
- **Fase anal** (12-18 meses hasta 3 años): en esta época la fuente principal de placer y conflicto potencial son las actividades en las que interviene el ano. Con frecuencia representa el primer intento del niño por convertir una actividad involuntaria en voluntaria. Los niños pueden experimentar dolor o placer ya sea al retener o al expulsar sus desechos fisiológicos. Debemos separar aquí el placer orgánico de defecar, aliviando una necesidad corporal, del placer sexual consistente en retener las heces y los gases para después expulsarlos bruscamente.
- **Fase fálica** (3 a 6 años): el órgano sexual masculino desempeña un papel dominante. En esta fase, las caricias masturbatorias y los tocamientos ritmados de las partes genitales proveen al niño un placer autoerótico. Freud considera que el clítoris es considerado por la niña como una forma de falo inferior. Al comienzo de la fase fálica, los niños/as creen que todas las personas poseen falo y la diferencia entre tener o no falo se percibe como una oposición por castración. Cada uno toma rumbo diferente al entrar en lo

que Freud denomina Edipo, o complejo de Edipo, en el cual primero se da una identificación con la madre en ambos casos. El niño siente deseos sexuales hacia su madre, y al percibir a las niñas como castradas abandona sus deseos por temor a que le ocurra lo mismo, creándose en el varón la angustia de castración que lo lleva a renunciar a sus deseos incestuosos e identificarse con su padre (Tubert, 2000). La niña abandona a la madre porque la cree culpable de su castración y surge la envidia del pene. Sin embargo, se da cuenta de que si es como su madre puede acceder a un pene, a lo cual reacciona identificándose con ella y aparece el deseo de engendrar un hijo de su padre.

- **Período de latencia** (desde los seis años hasta la pubertad): en este período se desarrollan fuerzas psíquicas que inhiben el impulso sexual y reducen su dirección. Los impulsos sexuales inaceptables son canalizados a niveles de actividad más aceptados por la cultura. Freud lo llamaba período de calma sexual. No lo consideraba una etapa, ya que no surgía nada dramáticamente nuevo.
- **Fase genital** (desde la pubertad hasta la adultez): surge en la adolescencia cuando maduran los órganos genitales. Hay un surgimiento de los deseos sexuales y agresivos. El impulso sexual, el cual antes era autoerótico, se busca satisfacer a partir de una interacción genuina con los demás. Freud creía que los individuos maduros buscan satisfacer sus impulsos sexuales sobre todo por la actividad genital reproductora con miembros del sexo opuesto (Santamaría, 2002).

6. Síndrome de Burnout bajo la perspectiva de Maslach

6.1 Teorías explicativas del síndrome de Burnout

Este síndrome fue descrito por primera vez en 1969 por H.B. Bradley como metáfora de un fenómeno psicosocial presente en oficiales de policía de libertad condicional, utilizando el término *staff burnout*, posteriormente en el año de 1974 Freudemberger propone un concepto centrado en un estudio estrictamente organizacional, donde propone que son sentimientos de agotamiento y frustración aunados al cansancio que se genera por una sobre carga, incluyendo en su explicación el término de adicción al trabajo, siendo también el primero en proponer este tipo de relación asociada a un desequilibrio productivo. “En el año de 1980, Freudemberger amplía su teoría y conceptualización agregando que estos sentimientos se deben a cargas irracionales de trabajo que ellos mismos o quienes los rodean les imponen, en este mismo año aparece Cherniss quien lo conceptualiza como un proceso y propone 3 momentos anteriormente descritos.” (Fonagy y Moran, 1990). La perspectiva clínica comprende al Burnout como el estado en el cual, la persona sufre un nivel elevado de estrés profesional, desencadenando una serie de sintomatología que conlleva a un riesgo inminente de afecciones respecto la salud mental, la perspectiva psicosocial lo considera un proceso, desarrollado por la interacción que se produce entre las características del entorno laboral, en el que la persona se desempeña, junto con sus características personales. La diferencia respecto a ambos enfoques radica en relación al análisis, puesto la primera considera al estado personal, y la segunda analiza en proceso dinámico, producto de la interacción de varios factores que influyen uno con el otro.

Considerando los marcos teóricos en los que parte el síndrome para su análisis, se toma en cuenta la psicología social y clínica, junto con la psicología organizacional. En tanto la psicología clínica considera el Burnout como un estado,

la social, que se basa en la teoría socio-cognoscitiva del yo, por último, la psicología organizacional que se encuentra basada en las teorías de estrés laboral y considera los estresores dentro del contexto de la organización y estrategias de afrontamiento empleadas en otorgar respuestas.

6.2 Agotamiento emocional

“El agotamiento emocional constituye el elemento central del síndrome, caracterizado por la sensación creciente de agotamiento laboral, de la incapacidad para dar más de sí mismo, respecto al punto de vista profesional, agotando los recursos emocionales.” (Freud, 2000). Considera síntomas de pérdida, agotamiento físico y psíquico, fatiga, desgaste y sentimiento de límite, los cuales hacen vulnerable al sujeto a presentar actitudes defensivas o explosivas, las cuales generalmente tienden a la violencia física o verbal, suponiendo un riesgo para los compañeros de trabajo como para el sujeto mismo.

6.3 Cinismo/despersonalización

El cinismo corresponde a una serie de actitudes de aspecto pesimista-negativo, que surgen para protegerse del agotamiento emocional. La propensión al distanciamiento de los compañeros, clientes-pacientes, motivando la deshumanización de las relaciones, aunado a un desprecio cínico del entorno, y tendencia de culpar a los demás de las propias acciones y frustraciones laborales. El cinismo es manifestado como un cambio negativo en actitudes y respuestas hacia otros, especialmente beneficiarios del propio trabajo, con distanciamiento emocional, irritabilidad, y rechazo a la propia persona y entorno. De igual forma es expresado con actitud fría a los compañeros, usuarios, mostrándose como sujeto cínico, distanciado, atribuyendo su bajo rendimiento al carácter crónico de los beneficiarios, con el uso de etiquetas despectivas y generalizadas, incrementando aun la irritabilidad y manifestando una considerable pérdida de motivación por su

trabajo. Estos recursos suponen una forma de aliviar la tensión experimentada, como carácter evasivo.

6.4 Realización personal

El profesional puede experimentar las demandas laborales, como demandas fuera de su capacidad personal, dando lugar a sentimiento de inadecuación con tendencia a la propia autoevaluación negativa y estar insatisfecho de sus logros, de igual forma, el sujeto será vulnerable a la comparación con otros miembros del equipo laboral, generando rencor y sentimientos de envidia o desprecio hacia la otra persona, de forma que el equipo presentará problemas para la comunicación asertiva, aumentando el riesgo de iatrogenias laborales, donde el perjudicado mayor será el paciente, en el caso de los equipos sanitarios.

“La realización personal se refiere a un sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo, surge de una constante comprobación entre las demandas excesivas que se le hacen, y su capacidad resolutive.” (Maslach, 2002). Se considera una relación relativamente independiente de las previamente mencionadas, implicando sentimientos de incapacidad, baja autoestima, ineffectividad, ideas de fracaso entre otras, el sujeto tendera a ideas negativas que exteriorizara por medio de la conducta y repercutirán en su autoestima, ocasionando una deficiencia laboral y menor productividad.

6.5 Taxonomía de modelos explicativos de Burnout

Existen diversos modelos explicativos de este síndrome, los primeros provinieron desde la teoría psicoanalítica, sustentando la bases conductuales que establecen que el origen de cada trastorno o alteración mental tienen origen intimo con la infancia y el desarrollo psicosexual. Se establece que los principales modelos explicativos del burnout se encuentran en la psicología social.

- **Modelo Ecológico de Desarrollo Humano**

Desarrollado por Carroll y White (1982), se basa en el conjunto de interrelaciones que debe llevar a cabo el sujeto en los distintos ambientes donde participa, y en los que debe asumir diversas normas y exigencias muchas veces contradictorias, transformándose en fuentes de estrés, considerando la capacidad adaptativa del sujeto a diversos estilos de ambiente laboral, en los cuales su desempeño no debe verse alterado o afectado.

- **Modelo de descompensación valoración-tarea-demanda**

En este modelo, el burnout se conceptualiza como un elemento que detona el estrés docente, denominándolo como sentimientos de efecto negativo. Fue desarrollado por Kyriacou y Sutcliffe (1978) como un modelo de burnout aplicado al mundo del profesorado que posteriormente fue ampliado por Rudow (1999) y levemente modificado por Worrall y May (1989). Este modelo considera la preparación pedagógica y la libre cátedra que se le otorga al docente para el desempeño de sus funciones laborales, en el cual, al no contar con los recursos o tener diversas limitantes, el docente se verá incapaz de impartir clases y mucho menos podrá lidiar con situaciones conflictivas que se presenten dentro del aula, ya sea entre compañeros o estudiante-profesor.

- **Modelo sociológico**

Este modelo considera que el burnout se presenta como consecuencia de las nuevas políticas macroeconómicas, sugerido por Farber (1991) y finalmente desarrollado por Woods (1999). Para este modelo la globalización explica principalmente la epidemia de burnout. Dentro de la psicología social, se considera que el estrato y las demandas económicas son fuentes principales de

estrés en la población general, pues el capitalismo comprende y establece que el valor de la persona está sujeto directamente a la cantidad monetaria que genere e invierta en el gasto diario. Las personas de bajo estrato socioeconómico son las más afectadas dentro de la jerarquización, la mano de obra barata y la paga deficiente por horas laborales exhaustivas y demandantes, de igual forma el aumento en la demanda a nivel de competencias y las limitantes en las oportunidades escolares y laborales para el crecimiento profesional, respecto a los horarios, las mensualidades y becas sujetas a un carácter provisional.

- **Modelo opresión-demografía**

Propuesto por Maslach y Jackson (1981), ve al ser humano como una máquina que se desgasta por determinadas características que la vuelven vulnerable (los años, pertenecer al género femenino, estar soltero o divorciado, etc.), combinado con la presión laboral y la valoración negativa de sí mismo y de los demás. Se ha criticado por ser un modelo mecanicista. Este modelo se encuentra sustentado en la conducta humana y la respuesta a los grados de estrés a los que se sujeta al individuo, la inseguridad y baja autoestima son factores principales para la determinación del nivel de desgaste en el que se puede encontrar el individuo. La respuesta al estrés se encuentra directamente sujeta al tipo de clasificación, es decir, el eustrés que es considerado estrés bueno, es aquel que permitirá al sujeto avanzar y realizar acciones a su beneficio propio, mediante actitudes resolutivas, mostrando un alto grado de resiliencia. Sin embargo, el distres, que se entiende como estrés malo, conllevará una serie de acciones y actitudes que detonarán la conducta limitante del sujeto, llevándolo por la sintomatología inicial del síndrome de Burnout.

- **Modelo de Competencia Social**

Es uno de los modelos más representativos construidos en el marco de la teoría socio-cognitiva del yo, y fue propuesto por Harrison (1983). Basándose inicialmente en los trabajos de Sigmund Freud respecto al primer y segundo tópico de la organización cerebral dividida entre consciente, subconsciente e inconsciente, aunado a los tres estratos de la personalidad de yo-ello-superyó.

- **Modelo demografía-personalidad-desilusión**

Propuesto por Luis Felipe El Sahili (2010), este modelo considera que el burnout requiere de dos elementos fundamentales para su formación, a saber: un estrés que presiona al organismo durante mucho tiempo y que se combina con varias fallas en la personalidad y diversos factores de riesgo, y la desilusión creciente que se tiene sobre la profesión ejercida, proveniente principalmente de la falta de compromiso, poca satisfacción laboral y pérdida vocacional. En este contexto, el estrés crónico no sería una variable explicativa significativa per se del burnout, sino que necesitaría ser combinada con el desencanto que sufre el sujeto sobre las tareas realizadas. Dentro de las necesidades básicas de Maslow, se observa la incapacidad de satisfacer tanto el estrato de seguridad como el de reconocimiento, al verse afectados el sujeto se encontrara estancado y por ende se generara una conducta encaminada a acciones que colisionaran, por lo que el individuo se verá incapaz de llegar al estrato más alto de autorrealización, entendiéndose así la pérdida de interés por la realización del trabajo, considerando, entre otros aspectos la vocación laboral que se encuentra deficiente en el siglo actual.

6.6 Burnout propuesto por Olga Sebastian: Bases de Maslach

Se describe el síndrome como paulatino, los síntomas no se presentarán juntos ni de manera repentina y fugaz, cada uno contará con un periodo de exacerbación y remisión. Dentro de estas limitantes, Cristina Maslach propone y elabora la escala de Maslach, el cual es la principal herramienta de clasificación e identificación del nivel de desgaste laboral del sujeto en estudio.

6.6.1 Fase de entusiasmo

Surge entre los primeros años del ejercicio de la profesión, periodo en donde las expectativas laborales están idealizadas, provocando un sobre identificación con las actividades a realizar. En esta fase ocurre la ruptura entre expectativas individuales y la realidad.

6.6.2 Fase de estancamiento

El sujeto se hace más consciente de la excesiva implicación que conlleva en trabajo, dando lugar a un abandono de las necesidades personales. El trabajador no se sentirá recompensado o apreciado por sus compañeros o jefe inmediato, intensificando la conciencia de que la excesiva involucración en el trabajo puede dar lugar a un descenso de actividades placenteras e interesantes en el estrato personal.

6.6.3 Fase de frustración

Constituye el núcleo central del síndrome de desgaste profesional, caracterizado por el cuestionamiento del valor del trabajo en sí mismo, provocando una sensación general de frustración intensificada con el contagio que suponen los compañeros de trabajo en situación similar, con un descenso en la motivación hacia los usuarios de los servicios de salud, e incluso llegando a presentar actitudes abiertamente negativas con los mismos.

6.6.4 Fase de apatía

En esta etapa actúa el mecanismo de defensa en el que surge una gradual indiferencia y falta de interés frente al daño emocional causado por la sensación constante de frustración profesional. Se establece un sentimiento de vacío que se expresa con distanciamiento emocional, desprecio y cinismo.

6.7 Comprendiendo el Burnout

El burnout nació en EE.UU. a mediados de los años setenta como una forma de describir las reacciones adversas que se producían en el trabajo de los servicios sociales, siendo la psicóloga social Maslach (1976) quien, sustancialmente, comenzó a reflexionar sobre este fenómeno, utilizando el término “burnout” para describir un nuevo síndrome clínico caracterizado por el agotamiento que se observaba entre los profesionales de la salud mental. De forma que Maslach dio cuenta en sus estudios de la relevancia en considerar en cuanto a los aspectos emocionales que operaban en el burnout, aduciendo que la tensión laboral es una variable interviniente significativa en el proceso de estrés y agotamiento psíquico, y que adecuadas estrategias de afrontamiento tenían implicaciones importantes para los individuos en cuanto a su identidad profesional y conductas laborales (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). La definición más reconocida fue elaborada por Maslach y Jackson donde establecen como un síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo, el cual puede ocurrir entre individuos cuyas tareas diarias se circunscriben al servicio de personas.

El burnout se considera una respuesta a los estresores interpersonales en el ambiente laboral, donde el exceso de contacto con los individuos receptores de servicios, produce cambios negativos en las actitudes y en las conductas hacia estas personas (Leiter y Maslach, 1988).

En la actualidad, Maslach define al burnout como una respuesta prolongada al estrés en el trabajo, un síndrome psicológico que nace de la tensión crónica producto de la interacción conflictiva entre el trabajador y su empleo.

La profesora Maslach considera el burnout como una enfermedad laboral emergente, que generalmente es exclusiva de profesionales de ayuda o de servicios de salud, quienes tienen contacto directo con otras personas y cuyos servicios demandan un alto grado de conocimiento, preparación e inversión del tiempo; Así, al avanzar la década de los años noventa el concepto del burnout se fue ampliando, incluyéndose dentro de sus límites de acción ocupaciones distintas a la de los servicios humanos (Maslach, 2004), delimitando su alcance a todo profesional que trabaja con clientes de trato directo, y no sólo en personal de ayuda o del sector servicios. Esta generalidad del espectro de acción del burnout es para algunos autores aún más amplio, ya que entienden que el síndrome se puede presentar en aquellos grupos ocupacionales que trabajan con “cosas” o datos.

Dentro de este postulado, se plantea que la denominación “estar quemado” sugiere una comprensión errónea del síndrome, ya que pudiese ser entendido como el término de un proceso o su consecuencia final, configurándose una concepción estática, que no obedece a la real naturaleza del fenómeno. Según los planteamientos de Maslach, el burnout es una respuesta progresiva e insidiosa, que evoluciona como parte de un proceso mayor de estrés laboral, preferentemente en profesionales de servicios, pero no exclusivamente.

Por ello, desde sus inicios el burnout ha sido un concepto difícil de interpretar, no existiendo hasta nuestros días una definición estándar de él que estructure una delimitación conceptual clara y precisa. Hoy en día se ha empleado para significar ideas muy distintas y, por lo tanto, no existe una buena base para una comunicación constructiva que dimensione la problemática real, de luces a un diagnóstico unánimemente acertado y establezca posibles soluciones e intervenciones

certeras, que sean consensuadas por la comunidad científica internacional. Cuestión que nos habla y pone en valor el sostenido trabajo realizado por la profesora Maslach a lo largo de estos años, ya que abrió una nueva forma de comprender estos complejos fenómenos desde una perspectiva transcultural y global.

En síntesis, los postulados de la doctora Maslach han abierto un nuevo espectro en el estudio de los complejos fenómenos psicosociales en el mundo, los cuales tienen la poderosa capacidad de deteriorar a las personas en sus diversos contextos de desenvolvimiento, especialmente en el ámbito laboral. Hablar de la obra científica de la profesora Maslach, sin lugar a duda nos remite al surgimiento del burnout, peligrosa afección que condiciona de forma fundamental la calidad de vida de las personas, que gracias a los sustanciales aportes científicos de la doctora Maslach, sabemos de sus alcances transculturales y globales. En este sentido no podemos dejar de mencionar su emblemático instrumento de medición, el Maslach Burnout Inventory (MBI), herramienta psicométrica más aceptada en la disciplina psicológica y campos asociados, obteniendo un sostenido apoyo empírico en amplias muestras de diversas naturalezas ocupacionales del orbe. Desde esta perspectiva el MBI es el instrumento que más ha aportado a la conceptualización del síndrome, obteniendo valores óptimos de validez y fiabilidad, lo cual ha ayudado, junto a diagnosticar el síndrome, a teorizar su desarrollo e intervenir en los diversos contextos organizacionales, mejorando de esta forma las condiciones de calidad de vida laboral de miles de personas en todo el mundo.

6.8 Escala de Maslach: Instrumento de medición

El inventario MBI (Maslach Burnout Inventory) de Maslach y Jackson (1981) ha sido el instrumento más utilizado por la comunidad investigativa para la evaluación de síndrome del burnout en contextos asistenciales y ha sido validado

en diferentes contextos culturales y laborales. También conocido como MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), inicialmente fue utilizado en el ámbito de la salud y evalúa, mediante 22 ítems, las tres variables centrales que caracterizan al burnout en los profesionales de la salud: agotamiento, despersonalización y baja eficacia profesional. El agotamiento hace referencia a la sensación de no poder dar más de sí mismo; la despersonalización, por su parte, hace alusión a una actitud fría y a un trato distante hacia los pacientes y, por último, la baja eficacia profesional, se refiere a la sensación de no hacer adecuadamente las tareas y ser incompetente en la solución de las dificultades del trabajo (Pérez et al., 2012). El desarrollo de la investigación que amplió el carácter de burnout a otras profesiones, transformó el MBI-HSS en el MBI-General Survey (MBI-GS) (Schaufeli, Leiter, Maslach, & Jackson, 1996). Este instrumento es una versión abreviada del MBI-HSS y agrupa 16 ítems que podrían ser aplicados a cualquier grupo profesional. Evalúa dos de las dimensiones de la versión original: agotamiento y baja eficacia profesional, pero no hace referencia al contexto de las emociones negativas relacionadas con el sufrimiento y la demanda de los pacientes sino a las relaciones con el trabajo. Así, la escala de despersonalización, contenida en la versión original, cambió su nombre por la de “cinismo”, e incluye las actitudes negativas, de indiferencia o de distancia hacia el trabajo en general (Martínez, 2010).

Tabla III. Instrumento de Medición de Síndrome de Burnout

1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado
2. Al final de la jornada me siento agotado
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis compañeros de trabajo (a quienes va dirigido mi trabajo)
5. Creo que trato a algunos de mis compañeros de trabajo como si fueran objetos
6. Ejecutar mis labores todos los días con mis compañeros de trabajo, es una tensión para mí
7. Me enfrento muy bien con los problemas que presentan mis compañeros de trabajo (a quienes va dirigido mi trabajo)
8. Me siento "quemado" (desgastado) por el trabajo
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente
12. Me encuentro con mucha vitalidad
13. Me siento frustrado por mi trabajo
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los compañeros con los que debo trabajar
16. Trabajar en contacto directo con mis compañeros me produce bastante estrés
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis compañeros de trabajo
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con mis compañeros
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades
21. Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo
22. Siento que los compañeros de trabajo me culpan de algunos de sus problemas
23. Mi supervisor me apoya en las decisiones que tomo
24. Mi trabajo actual carece de interés
25. Mi interés por el desarrollo profesional es actualmente muy escaso
26. Considera usted que el trabajo que realiza repercute en su salud personal
27. Mi trabajo es repetitivo
28. Me gusta el ambiente y el clima de mi trabajo
29. Mi trabajo está afectando a mis relaciones familiares y personales

7. Influencia de los factores de estrés al brindar la atención sanitaria

7.1 Población de riesgo

En general los más vulnerables a padecer el síndrome son aquellos profesionales en los que se observa la existencia de interacciones humanas trabajador-cliente de carácter intenso o duradero, sin considerar por cierto a un cliente en particular sino, más bien, a uno o varios. Dichos profesionales pueden ser caracterizados como de desempeño satisfactorio, comprometidos con su trabajo y con altas expectativas respecto a las metas que se proponen, en las que el desgaste profesional se desarrolla como respuesta a estrés constante y sobrecarga laboral. El síndrome de desgaste profesional es muy frecuente en personal sanitario (médicos, enfermeras/os, farmacéuticos, odontólogos, nutricionistas, psicólogas/os, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, terapeutas familiares y consejeros matrimoniales, así como personal administrativo) y docente no escapando por cierto otros profesionales como deportistas de élite, tele operadores (operadores de Centros de llamadas), ingenieros, personal de las fuerzas armadas y en general, en diversas profesiones de las que actualmente, se observa un creciente interés por analizar. Respecto al género, diversas investigaciones apuntan a que las mujeres presentan mayor prevalencia que los hombres.

7.2 Dimensiones y prevalencia del desgaste profesional

7.2.1 Dimensiones del síndrome de desgaste profesional

En el año de 1981 Maslach y Jackson proponen las siguientes dimensiones del síndrome de desgaste profesional.

- Cansancio emocional: valora el agotamiento emocional debido a las exigencias del trabajo.
- Despersonalización: valora el grado de indiferencia y apatía frente a la sociedad.
- Baja realización personal: valora sentimientos de éxito y de realización personal.

7.3 Prevalencia del desgaste profesional dentro de las áreas laborales

Uno de los instrumentos más utilizados para medir el desgaste profesional es el denominado Maslach Burnout Inventory (MBI) creado por Christina Maslach y Susan Jackson, que utiliza un enfoque tridimensional para su evaluación utilizando los siguientes componentes: realización personal en el trabajo, cansancio emocional y despersonalización. En función de este instrumento, dichas autoras estimaron un conjunto de puntajes comparativos del MBI para diversos campos de trabajo, pudiéndose indicar que el grado de desgaste profesional en cada uno de ellos. Respecto a la prevalencia de este síndrome, la información disponible es fragmentada, no habiendo aún algún estudio epidemiológico que permita visualizar el porcentaje de población real que la padece, aunque existen investigaciones que se han abocado a realizar esfuerzos en torno a determinar la prevalencia en diversos campos. "En este contexto, en una investigación realizada a una muestra de 11 530 profesionales de la salud residentes en España y América Latina, se pudo constatar que la prevalencia de burnout en este tipo de profesionales fue: 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." (Koltko, 2006). Por otro lado, respecto a la prevalencia existente en docentes latinoamericanos, se aprecian diversas investigaciones tendientes a determinarla, pudiéndose indicar que para el caso de México alcanzaría al 35,5 % (en una muestra de 698 docentes de 51 escuelas), para Chile un 27,4 % y con proclividad un 47,2 % (en una muestra de 479 profesores de educación pre-escolar,

básica o primaria y media o secundaria) y para Perú un 40 % (en una muestra de 616 docentes de educación primaria y secundaria).

Industria	Realización personal en el trabajo	Cansancio emocional	Despersonalización
Promedio general de seis industrias	Moderado	Moderado	Moderado
Hospitalario	Moderado	Moderado	Moderado
Educación	Alto	Moderado	Alto
Otros educación	Moderado	Bajo	Bajo
Servicios sociales	Alto	Moderado	Moderado
Medicina	Moderado	Moderado	Moderado
Salud mental	Alto	Bajo	Bajo
Otros	Moderado	Moderado	Moderado

7.4 Teoría del Sol naciente

Leininger se basó en la disciplina de la antropología y de la enfermería definió la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de

cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura. “La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables. Leininger declara que con el tiempo habrá un nuevo tipo de práctica enfermera que reflejara los distintos tipos de enfermería, los cuales se definirán y basaran en la cultura y serán específicos para guiar los cuidados enfermeros dirigidos a individuos, familia, grupo e instituciones.” (Leininger, 2009). Afirma que la cultura y el cuidado son los medios más amplios para conceptualizar y entender a las personas este saber es imprescindible para la formación y práctica de enfermeras. Leininger define que, así como la enfermería es significativa para los pacientes y para las enfermeras de todo el mundo, el saber de la enfermería transcultural y sus competencias serán imprescindibles para orientar las decisiones y las acciones de las enfermeras y así obtener resultados buenos y eficaces.

- Enfermería transcultural: Se refiere a las enfermeras que están formadas en enfermería transcultural y que tienen como labor desarrollar el saber y la práctica de la enfermería transcultural.
- Enfermería Intercultural: Se refiere a las enfermeras que usan conceptos antropológicos médicos o aplicados, la mayor parte de ellas no están autorizadas a desarrollar la teoría de la enfermería transcultural ni llevar a cabo prácticas basadas en la investigación.

Según Leininger la enfermera transcultural es una enfermera diplomada, que es capaz de aplicar conceptos generales, principios y prácticas de la enfermería. Por otro lado, Leininger defiende y promueve una teoría nueva y diferente, y no la teoría tradicional de la enfermería, que normalmente se define como un conjunto de conceptos relacionados entre sí de forma lógica y proposiciones hipotéticas que se puede probar al fin de explicar o predecir un hecho, fenómeno o situación.

7.5 Conceptos según la teoría de transculturación de la salud

Se considera como un estado de bienestar, es culturalmente definida, valorada y practicada. Refleja la capacidad de los individuos para llevar a cabo sus roles cotidianos. Incluye sistemas de salud, prácticas de cuidados de salud, patrones de salud y promoción y mantenimiento de la salud. Es universal a través de todas las culturas, aunque se define de forma distinta en cada cultura para reflejar sus valores y creencias específicas, los cuidados se entenderán como acciones dirigidas a la asistencia, al apoyo o la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida; capacitan a otras personas o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o a afrontar la enfermedad, discapacidad o la muerte. Respecto la persona, Leininger se refiere a ella como a un ser humano que se cuida y es capaz de interesarse por otros, aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas.

7.6 Aplicación de la teoría en relación con la enfermera-paciente-familia

Resulta esencial que el profesional de enfermería sepa responder de manera integral a las necesidades de los pacientes. "Es fundamental para llevar a cabo un proceso de relación de ayuda eficaz que el profesional de enfermería tenga la capacidad de identificar y dar respuestas a las necesidades espirituales y emocionales de las personas a las que se les presta el cuidado." (Santamaría, 2002). El profesional de enfermería tiene que descubrir y adquirir los conocimientos acerca del mundo del paciente y así haga uso de sus puntos de vista internos, sus conocimientos y prácticas todo con la ética adecuada.

7.7 Teoría de las 14 necesidades

Consiste en una serie de necesidades básicas y fundamentales que componen todos los seres humanos, que pueden no satisfacer por causa de una enfermedad o en determinadas etapas de ciclo vital. Se considera que el proceso se debe orientar fundamentalmente a la satisfacción de las necesidades de la persona tratando de conseguir el máximo nivel de independencia para el paciente.

- **Respirar adecuadamente:** Se relaciona con el modo en que entra el oxígeno, intercambio gaseoso, la circulación, producción de residuos y su eliminación.
- **Comer y beber adecuadamente:** Proceso de modificación de la composición química y el estado físico de los nutrientes para que las células del cuerpo puedan absorberlas y utilizarlas.
- **Eliminación:** Relacionado con mantener el equilibrio del plasma sanguíneo de forma que la homeostasis (constante e interna) se mantenga en rangos normales.
- **Movimiento/mantener una postura adecuada:** Relacionada con las acciones conjuntas de los sistemas como el muscular, esquelético y nervioso, que nos permite movernos de forma controlada y coordinada
- **Dormir y descansar:** Relacionada también con la interrupción de la actividad que le permite a sujeto la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas en el proceso de reposo corporal.
- **Vestimenta:** Capacidad para elegir la prenda que desea ponerse, contando con la posibilidad de vestirse y desvestirse de manera completamente independiente.
- **Mantener la temperatura corporal adecuada:** Se refiere a la capacidad que tiene el organismo de regular la temperatura corporal con la generación de calor interno con respecto al exterior.

- **Mantener la higiene corporal e integridad de a piel:** Contar con la capacidad independiente de mantener una constante higiene del cuerpo y un buen estado cutáneo, la primera barrera inmunológica.
- **Evitar peligros del entorno:** Relacionada con la seguridad del ambiente en el que la persona se establece y se desarrolla todos los días, evitando afecciones del mismo.
- **Comunicarse con los demás:** Capacidad de que el individuo pueda comunicarse con su entorno, pudiendo de esta manera, transmitir sentimientos y deseos con los demás.
- **Ejercer culto a Dios:** Respecto a la capacidad de los seres humanos para tener creencias religiosas mono o politeístas, incluyendo todo tipo de religión, etnia o fe.
- **Trabajar de forma que te sientas realizado:** Capacidad física y psicológica del ser humano para poder llevar a cabo una labor que deje una sensación de lóbulos o bienestar socio-económico.
- **Participar en actividades recreativas:** Relacionada con la capacidad física y psíquica del individuo para poder integrarse en actividades que lo diviertan y le den sensación de comodidad.
- **Aprender a descubrir/educación:** Capacidad del individuo para retener información, aprender y descubrir cosas nuevas que le interesen y puedan fomentar a un desarrollo mental.

Según Henderson, en un inicio una enfermera debe actuar por el paciente solo cuando este no tenga conocimientos, fuerza física, voluntad o capacidad para hacer las cosas por sí solo o para llevar correctamente el tratamiento. La idea es asistir o contribuir a la mejoría del paciente hasta que él mismo pueda atenderse por sí solo. También incluye la asistencia a una persona enferma ayudando a llevarlo a una muerte tranquila y pacífica.

7.8 Norma Oficial Mexicana 035 STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-identificación, análisis y prevención

Las Normas Oficiales Mexicanas que emite la Secretaría del Trabajo y Previsión Social determinan las condiciones mínimas necesarias en materia de seguridad, salud y medio ambiente de trabajo, a efecto de prevenir accidentes y enfermedades laborales.

7.9 Objetivo y campo de aplicación

La NOM 035 tiene como objetivo establecer los elementos para identificar, analizar y prevenir los factores de riesgo psicosocial, así como para promover un entorno organizacional favorable en los centros de trabajo; De acuerdo con el campo de aplicación, la NOM 035 rige en todo el territorio nacional y aplica en todos los centros de trabajo. Sin embargo, las disposiciones de esta norma aplican de acuerdo con el número de trabajadores que laboran en el centro de trabajo. Derivado de lo anterior, existen tres niveles:

- Centros de trabajo donde laboran hasta 15 trabajadores
- Centros de trabajo donde laboran entre 16 y 50 trabajadores
- Centros de trabajo donde laboran más de 50 trabajadores

Por lo que el centro de trabajo debe determinar en qué nivel se encuentra, para que cumpla con las disposiciones que le corresponden de acuerdo con el número de trabajadores que emplea. La NOM 035 entra en vigor en dos etapas, las cuales delimitan los requisitos con los que los centros de trabajo tendrán que dar cumplimiento:

1ª. Etapa – 23 de octubre de 2019

La política; las medidas de prevención; la identificación de los trabajadores expuestos a acontecimientos traumáticos severos, y la difusión de la información.

2ª. Etapa – 23 de octubre de 2020

La identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial; la evaluación del entorno organizacional; las medidas y acciones de control; la práctica de exámenes médicos, y los registros.

Recientemente, en el marco del Día Mundial de la Seguridad y Salud en el Trabajo de 2016, la OIT señaló que la atención de los factores de riesgo psicosocial es un problema global que afecta a todos los países, todas las profesiones y todos los trabajadores, tanto en los países desarrollados como en desarrollo. En este contexto, el centro de trabajo es una fuente importante de riesgos psicosociales y al mismo tiempo el lugar idóneo para tratarlos y proteger la salud y el bienestar de los trabajadores. “Los factores de riesgo psicosocial que tienen lugar en el mundo, y en particular en nuestro país, exigen un compromiso gubernamental para fortalecer la seguridad y la salud en el trabajo que permitan lograr un trabajo digno o decente, a través de políticas, líneas estratégicas de acción y proyectos con un enfoque preventivo, para que prevalezcan centros de trabajo con condiciones seguras y saludables.” (De la torre, 2008). Dicho enfoque requiere del compromiso de patrones y trabajadores para cumplir con sus responsabilidades en la materia y fomentar el desarrollo de una cultura de prevención de riesgos de trabajo en la sociedad mexicana. En este sentido, considerando que uno de los principales objetivos de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, es la prevención de riesgos de trabajo, y en consecuencia la promoción de la seguridad y salud de todos los trabajadores, es imprescindible atender la problemática derivada de la presencia de los factores de riesgo psicosocial en los centros de trabajo, y en razón de que el

primer paso en la solución de este tipo de problemas es la prevención, la STPS desarrolló la NOM-035-STPS-2018. La norma es un instrumento que permite a los centros de trabajo identificar y analizar de forma general, los factores de riesgo psicosocial en los centros de trabajo, así como evaluar el entorno organizacional en el que los trabajadores desarrollan sus actividades, de forma que puedan adoptar acciones que permitan prevenir condiciones de riesgo. De la Norma se destaca que:

- Está alineada con las obligaciones del Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo, es decir no crea obligaciones nuevas o diferentes
- Tiene obligaciones diferenciadas para los centros de trabajo de acuerdo con la cantidad de trabajadores
- La participación de especialistas sólo es requerida para los casos graves: la exposición a acontecimientos traumáticos severos, se compruebe exposición a los factores de riesgo psicosocial
- Los centros de trabajo de hasta quince trabajadores están exentos de aplicar evaluaciones
- Da énfasis a la prevención
- Prevé una entrada gradual de la vigencia de las obligaciones patronales
- Proporciona un método para identificar y analizar los factores de riesgo psicosocial y evaluar el entorno organizacional, pero permite el uso de otros métodos.

8. Aplicación de la escala de Maslach en el personal de enfermería

8.1 Principios fundamentales de enfermería

Los 4 principios fundamentales de enfermería son aquellos preceptos sobre los que debe basarse la actividad del personal de enfermería. El apego a estos preceptos garantiza cuidados de enfermería de calidad, con profesionalismo y sensibilidad humana.

8.1.1 Respetar la individualidad del paciente

Cada paciente es un ser individual, con sus propios miedos, percepciones y actitudes ante la vida. Las diferencias individuales son de tal magnitud que diferentes personas reaccionan de maneras muy diversas ante la misma enfermedad, situación o padecimiento. "Es por eso que en todo momento se debe tener respeto por lo que manifiestan los enfermos, sus sugerencias y sobre todo sus sentimientos y su pudor." (Feist, 2006). Como anteriormente se hizo mención, es frecuente encontrar en las instalaciones de salud, al persona referirse hacia los pacientes como el *"el paciente de la hernia"* *"el del 201"* despojándolos de su identidad. De igual forma, este principio resguarda la interculturalidad que se encontrará en los hospitales, e

Es decir, respetar ante todo ideas, religiones, creencias, sin distinción, ya que el personal de enfermería no podrá fungir como juez, estableciendo a quien proporcionar un trato digno de calidad y a quien no, de igual forma, desde la perspectiva en la que está envuelto México, se deberá resguardar el pudor del paciente: si se realizara una exploración de la región abdominal, no se deberá

descubrir alguna otra área corporal, buscando siempre la comodidad y seguridad del paciente.

8.1.2 Satisfacer las necesidades fisiológicas

Garantizar que los enfermos puedan cumplir con sus necesidades fisiológicas durante todo el tiempo que dure la estancia hospitalaria, se entiende por "necesidad fisiológica" todo aquel proceso indispensable para que el individuo siga con vida, los cuales en algunos casos no pueden ser controlados directamente por el enfermo, bien sea por gravedad de la enfermedad o por limitación de la movilidad. De esta manera, es responsabilidad ineludible que el personal de enfermería garantice que el paciente pueda: respirar adecuadamente, hidratarse conforme a sus necesidades, recibir alimentación adecuada a su condición, realizar una evacuación adecuada de sus desechos en las mejores condiciones de higiene, tener acceso a higiene corporal y bucal, moverse solo o con asistencia dentro de los límites que imponga su condición, recibir soporte emocional, sentirse protegido, garantizar que cada paciente satisfaga sus necesidades vitales puede llegar a ser una tarea muy exigente y demandante, en especial en áreas críticas como quirófano y cuidados intensivos.

8.1.3 Proteger al paciente de cualquier causa externa a la enfermedad

El no considerar el entorno circundante haría que cualquier cuidado directo al enfermo fuera inútil, por lo que el personal de enfermería deberá estar siempre alerta para controlar el entorno físico, químico y biológico del enfermo, de manera que este se mantenga libre de todo riesgo para su integridad física y su salud. Las medidas de protección contra agentes externos son tan amplias y variadas que resultaría casi imposible enumerarlas todas, especialmente porque cambian radicalmente de enfermo a enfermo y de situación a situación, sin embargo se pueden agrupar en categorías, cada una orientada a proteger al paciente de una

forma determinada. El cuidado de la higiene incluye también el ámbito directo del enfermo, por tanto se debe cuidar que la ropa, toallas, almohadas e indumentaria en general estén limpio. Lo mismo ocurre con la cama misma, mesa de noche, mesa de comer y butaca de descanso. Todo debe estar lo más limpio posible. Las áreas deben desinfectarse regularmente y en todo momento se deben tener en cuenta las medidas necesarias para limitar la propagación de infecciones. “La administración de medicamentos, transfusiones de sangre, vacunas y cualquier otro tipo de tratamiento orientado a restablecer la homeostasis del paciente deberá realizarse bajo las medidas de higiene y bioseguridad establecidas.” (Koltko, 2005). Resulta particularmente importante el empleo de los antibióticos y vacunas indicados por los médicos, ya que constituyen las principales líneas de defensa contra infinidad de infecciones. Es importante destacar que la administración de todos los medicamentos, en especial los de uso parenteral, debe realizarse de acuerdo a los protocolos de higiene más estrictos, de esta manera se evita la contaminación del material y la propagación de infecciones intrahospitalarias. Todo paciente está expuesto a diversos riesgos dentro del ambiente hospitalario, y es responsabilidad del personal de enfermería minimizarlos. Se debe tener especial cuidado en la manipulación de agujas, escalpelos y toda clase de material punzo-cortante. La idea es desecharlo de manera segura una vez que concluye su uso a fin de evitar accidentes, por otra parte, se debe controlar la temperatura de mantas térmicas, baños de inmersión, curas frías y cualquier otro tipo de medio físico; de otra manera los pacientes podrían sufrir de quemaduras o lesiones por contacto. Incluso la movilización en cama es crítica. Una persona que yace sobre su espalda sin moverse por mucho tiempo (más de 2 horas) comienza a generar lesiones conocidas como úlceras de presión. “Una parte fundamental de los cuidados de enfermería es movilizar a los pacientes que no pueden hacerlo de manera regular, modificando los puntos de apoyo y empleando tanto colchones como almohadillas anti-escaras a fin de prevenir tales lesiones.” (Rutland, 2005).

8.1.4 Ayudar al paciente al retorno de su vida útil fuera del hospital

La independencia del paciente consistirá principalmente en la capacitación que realice el personal de enfermería tanto al mismo usurario como a sus familiares, de forma que se cumpla con las funciones del gremio, en cuanto al papel de docencia, que tendrá lugar con los miembros que conformarán en núcleo principal de desarrollo y evolución del paciente.

8.2 Funciones de enfermería

8.2.1 Función asistencial.

Encaminada a apoyar al individuo en la conservación de su salud y le ayuda a incrementar esa salud y se encarga de apoyarle en la recuperación de los procesos patológicos. Las actividades asistenciales se realizan en dos medios, uno de ellos es el medio hospitalario, en el que consiste en concretar actividades que van a mantener y recuperar las necesidades del individuo deterioradas por un proceso patológico. Para ello la función asistencial se desarrolla tomando los tres niveles de atención de salud y sus actividades se podrían resumir en atender necesidades básicas y aplicar cuidados para la reducción de daños. El otro medio es el extra-hospitalario donde el personal de enfermería desarrollara una función asistencial en este medio desde una interpretación como miembro de un equipo de salud comunitaria compartiendo actividades y objetivos.

8.2.2 Docencia.

La enfermería como ciencia tiene un cuerpo de conocimientos que le es propia y específica y que le crea la necesidad de trasmitirla. Por una parte la formación de los futuros profesionales en los niveles de planificación, dirección, ejecución y control de la docencia. Por otra parte, como profesional sanitario que es y como parte de sus actividades deseará intervenir en el proceso de educación para la salud, dentro de las actividades necesarias para cumplir la función docente se

encontrará la educación sanitaria a personas, familiar, núcleos sociales y comunidad. Educación del equipo sanitario capacitado como todos los integrantes para cumplir las actividades de su competencia. Formación continuada, favoreciendo un alto nivel de conocimientos de todo el personal sanitario mediante cursos, charlas, conferencias entre otros. Educación permanente, es la obligación que tienen todos los profesionales para seguir auto-educándose siguiendo el avance de la ciencia.

8.2.3 Administrativa.

La administración comienza siempre que una actividad se haga con más de una persona, y en el medio sanitario esto es muy frecuente. Por definición administrar es actuar conscientemente sobre un sistema social y cada uno de los subsistemas que lo integran, con la finalidad de alcanzar determinados resultados. Es una actividad vinculadora que permite aprovechar la capacidad y esfuerzos de todos los integrantes de una organización dirigiéndolos racionalmente hacia el logro de unos objetivos comunes. El propósito de la labor administrativa es lograr que el trabajo requerido sea efectuado con el menor gasto posible de tiempo, energía y dinero pero siempre compatible con una calidad de trabajo previamente acordada.

8.2.4 Investigación.

En enfermería se realiza función investigadora mediante todas aquellas actividades que van a fomentar el que la enfermería avance mediante investigaciones, estableciendo los campos en que se considera que enfermería desee trabajar permitiendo aprender nuevos aspectos de la profesión, así como mejorar la práctica. Algunos campos de investigación son la comunidad sobre la cual se actúa, el alumno al que se enseña, la materia docente en sí misma, procedimientos de enfermería y su efectividad en base a pruebas de nuevas técnicas.

8.3 Principales causas del Burnout en Enfermería

8.3.1. Características laborales

En prácticamente todos los estudios disponibles sobre el tema, el factor desencadenante es una carga excesiva de trabajo en un tiempo insuficiente para ser realizado. Sobrecarga laboral y presión del tiempo para realizarla son los factores comunes y consistentemente relacionados con la aparición del síndrome de burnout, particularmente con la aparición del agotamiento emocional (exhaustion). Otros factores relacionados con el trabajo y que han sido asociados como factores crónicos desencadenantes son: falta de información o incapacidad de desarrollar satisfactoriamente el trabajo encomendado; carencia de apoyo de los supervisores encargados del área; ausencia de realimentación positiva y reconocimiento en el trabajo; percepción de inequidad; incompatibilidad de los valores éticos personales con aquellos de la institución, y falta de autonomía y autodeterminación en la resolución de problemas que puedan ser eventualmente resueltos en forma satisfactoria por el trabajador.

Desde el enfoque de enfermería, el ámbito hospitalario está compuesto de cargas generalmente enfocadas a lados exhaustivos emocionalmente hablando. Lidar diariamente con la muerte e incluso con patologías cuya evolución no hay tratamiento por diagnóstico tardío, mala praxis o que aun en el siglo no hay cura, todos estos factores cargan un peso enorme al personal de enfermería, aunado al poco reconocimiento, las extensas jornadas laborales, las exigencias o demandas de su función que deben ser cumplidas y un salario mínimo que, en diversas ocasiones se encuentra al nivel del salario que el personal de intendencia. "Dentro de estos factores cabe señalar la falta de motivación que se les proporciona al personal para continuar con sus jornadas, como bien se estableció con anterioridad, siguiendo la escala de Maslow que permite llegar a la autorrealización una vez satisfechas las necesidades de cada estrato que la componen." (Colvin, 2006).

8.3.2 Causas individuales

El síndrome se presenta más frecuentemente en gente joven (entre los 30 y 40 años o menores) probablemente debido a impericia laboral. Los rasgos de personalidad más frecuentemente asociados son: baja autoestima, personalidades pasivas y rígidas con dificultades de adaptación al entorno; e individuos con altas expectativas de desarrollo.

8.3.3 El entorno desencadenante

No es casual que el síndrome de burnout haya sido inicialmente descrito en trabajadores de la salud y que existan numerosas publicaciones de su presencia entre enfermeras, médicos residentes y médicos tratantes. El entorno de un hospital y, particularmente, en lo referente a las actividades de médicos internos, residentes y enfermeras novicias, cumple con todos los prerequisites para que el síndrome de burnout se desencadene. El interno y el residente son elementos jóvenes que aún no han adquirido las destrezas necesarias para enfrentar los problemas de salud que en forma cotidiana se les presentan. "Dependiendo del entorno en que se encuentren, pueden enfrentarse a estos problemas complejos con grados variables de responsabilidad y con una autonomía restringida a las distintas escalas de decisión." (Fonagy, 2000). Con frecuencia ha idealizado el ejercicio de la medicina y las expectativas de desarrollo profesional de los médicos jóvenes y estudiantes, son en la mayoría de los casos, muy altas. En este entorno, súbitamente se enfrentan a cargas laborales excesivas que con frecuencia van más allá de los límites personales de capacidad para superarlas y que exigen demasiada concentración y dedicación.

Dos factores agregados que actúan como factores gatillo han sido ampliamente reconocidos: el estrés y la privación del sueño. El estrés se deriva de una responsabilidad que va, con frecuencia, más allá de sus capacidades para enfrentarla a la que se suman factores de incertidumbre en el futuro; dificultades económicas, relaciones familiares con poca tolerancia a los horarios de la residencia y el internado; incertidumbre de haber escogido la carrera correcta y competitividad

profesional. A este estado de estrés con sobrecargas laborales e importantes responsabilidades se suma la frecuente privación del sueño por las horas de guardia a las que se ven frecuentemente sujetos. La privación del sueño en medicina, en esta etapa formativa de los enfermeros, es una de las características inherentes a la medicina y probablemente sea más notable comparada con las diferentes profesiones, pues excede con mucho a lo autorizado para otros trabajadores tales como los de la aviación, el transporte y los trabajadores de la industria nuclear.

El efecto de la privación del sueño en el desempeño laboral y académico y en la seguridad de la atención médica, ha sido ampliamente estudiado y recientemente sujeto a regulaciones normativas, pues está demostrado que la privación crónica del sueño altera la concentración y capacidad de decisión pudiendo elevar la frecuencia de errores médicos con consecuencias fatales. La fatiga crónica entre los enfermeros con períodos de trabajo que van de las 80 a las 120 horas por semana es una práctica frecuente. Esta privación del sueño y sus consecuencias en la atención y capacidad de desarrollar destrezas, después de 24 horas de permanecer alerta, sin descanso, es equivalente a tener concentraciones de alcohol en sangre del 0.10% lo que conduce a errores médicos y a alteraciones del estilo de vida en las relaciones sociales y familiares.

Afectaciones en el aprendizaje y conocimiento	Afectaciones en el trabajo		Afectaciones en la vida personal	
Alteraciones en la habilidad para aprender y pensar	Profesionalismo	Trabajo de atención médica	Sensación de pérdida del bienestar personal	Alteraciones en las relaciones personales
Disminución de la motivación para aprender	Dificultad para la comunicación con pacientes y familiares	Errores en la aplicación de destrezas clínicas	Percepción de disminución de la salud personal	Dificultades en la relación con el compañero(a)
Incapacidad para el pensamiento complejo	Disminución en el deseo de interacción con los médicos adscritos	Ineficiencia	Alteraciones en el sentido del humor	Dificultades en la relación con familiares y amistades
Insuficiencia para la aplicación del conocimiento	Pérdida de empatía hacia los pacientes. Despreocupación por sus problemas	Sueño no controlable durante el desempeño en el trabajo	Sensación de necesidad para el esparcimiento personal	Dificultades en la relación con los hijos
		Disminución de destrezas manuales	Disminución de habilidades para manejar	Alteraciones de las actividades personales

En la organización del trabajo en enfermería	Personal de Enfermería
<ul style="list-style-type: none"> • La reducción de horarios excesivos • Los días libres de toda actividad enfermera u hospitalaria • La distribución equitativa de cargas de atención respecto al personal de salud y todos los miembros • Permitir una autonomía controlada a las capacidades y destrezas del personal de enfermería • Una supervisión adecuada durante el proceso formativo • Reducción de cargas administrativas innecesarias 	<ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente social fuera de las horas de trabajo • Permitir tiempo con la familia y con los compromisos familiares. Propiciar el apoyo de esposas y compañeros sentimentales • Estimular en los enfermeros la nutrición y el deporte • Sesiones periódicas y específicamente dirigidas a ellos de cómo manejar el estrés

- **Los días libres.**

Está bien demostrado que un factor de burnout es el no tener al menos un día libre a la semana carente de compromisos hospitalarios o relacionado con actividades de estudio o trabajo de los enfermeros. El contar con un día libre a la semana de esparcimiento, permite un mejor desarrollo profesional y evita el desgaste emocional de los enfermeros.

- **La distribución equitativa de cargas de atención y cuidados.**

A pesar de que esto se antoja necesario y razonable, no siempre sucede así, y no es raro que ante un comportamiento que se ha considerado como inadecuado, la sanción para el residente infractor sea una sobrecarga de trabajo o un mayor número de guardias a las previamente establecidas. Sanciones de esta naturaleza van en detrimento de la formación, de la calidad de atención, propician el síndrome de burnout y acentúan la ineficiencia en el trabajo y desarrollo profesional.

- **Permitir una autonomía controlada a las capacidades y llevar a cabo supervisión adecuada.**

Uno de los factores ya señalados como propiciatorios al desgaste emocional y a la despersonalización, es el llevar a cabo tareas para las cuales no se tiene la capacidad suficiente para efectuar correctamente. Lo anterior, genera angustia en quienes las realizan y sensaciones de culpa cuando existe alguna complicación. De igual manera, el no permitir la autonomía de decisión cuando existen esas capacidades, genera una frustración en las expectativas de desarrollo profesional y de reconocimiento social. La formación de los enfermeros y el proceso de adquisición de destrezas se llevan siempre a cabo entre estas dos aparentemente antagónicas posiciones, y sin duda, la respuesta a ello es una correcta y estrecha supervisión. Es el tutor quien ayuda a desarrollar gradualmente en el residente, el juicio clínico necesario para la

adquisición de la autonomía y quien conoce el grado de desarrollo en competencias y destrezas de los enfermeros a su encargo.

- **La reducción de cargas administrativas innecesarias.**

Las instituciones de salud generan una gran cantidad de documentos a ser llenados en forma de memorándums, requerimientos, solicitudes, etc., que aparentemente son necesarios para la correcta administración de la unidad hospitalaria, recayendo en los enfermeros la obligación de llenarlas correctamente propiciando una carga adicional de trabajo que perciben como innecesaria y frustrante en su desarrollo profesional. Corresponde a los administradores de las unidades la evaluación periódica de estas necesidades administrativas, que con frecuencia, obedecen a prácticas inveteradas y en algunas ocasiones innecesarias. De tener que persistir alguna o todas ellas, es conveniente hacer entender a los enfermeros e internos de su importancia y realimentarse de ellos para su simplificación

- **Crear un ambiente social fuera de las horas de trabajo.**

La relación fuera de las horas de trabajo en ambientes sociales con los médicos adscritos y otros residentes, permite la socialización y alivia los factores estresantes. Los programas de tutoría personal donde a cada residente le es asignado un médico adscrito para la resolución de dudas y apoyo profesional y social, han demostrado tener un efecto positivo en el alivio de factores estresantes.

- **Propiciar el apoyo de esposas y compañeros. Propiciar ambientes familiares. Estimular en los enfermeros la nutrición y el deporte.**

El comprometer a la familia con lo que se espera del desarrollo profesional del residente, tiene una implicación directa en el bienestar social de ellos. Por el contrario, el desligar a la familia del ambiente laboral del residente, conlleva a la incomprensión de su actividad por parte de personas significativas para él o ella

y genera un ambiente hostil en los componentes familiares. En los estudios sobre el tema se ha demostrado que los enfermeros (tanto mujeres como hombres) que tienen buenas relaciones familiares e hijos, tienen menores índices de depresión, de despersonalización y exhiben mayores valores humanísticos que aquellos que permanecen solteros.

- **Sesiones de cómo manejar el estrés.**

Existen evidencias en la literatura sobre talleres de 4 horas de duración, encaminados a identificar factores estresantes en el trabajo cotidiano y cómo superarlos. De acuerdo a estos reportes, los enfermeros que se sujetaron a estos talleres mejoraron sus índices del desarrollo profesional particularmente en lo relacionado al agotamiento emocional.

8.4. Sintomatología y detección oportuna del síndrome de Burnout en el personal de enfermería

Las principales manifestaciones de este síndrome son:

- Sentimiento de agotamiento, fracaso e impotencia.
- Baja autoestima.
- Poca realización personal.
- Estado permanente de nerviosismo.
- Dificultad para concentrarse.
- Comportamientos agresivos.
- Dolor de cabeza.
- Taquicardia.
- Insomnio.
- Bajo rendimiento.
- Absentismo laboral.
- Aburrimiento.

- Impaciencia e irritabilidad.
- Comunicación deficiente.

Gráfico 2. Cansancio emocional.

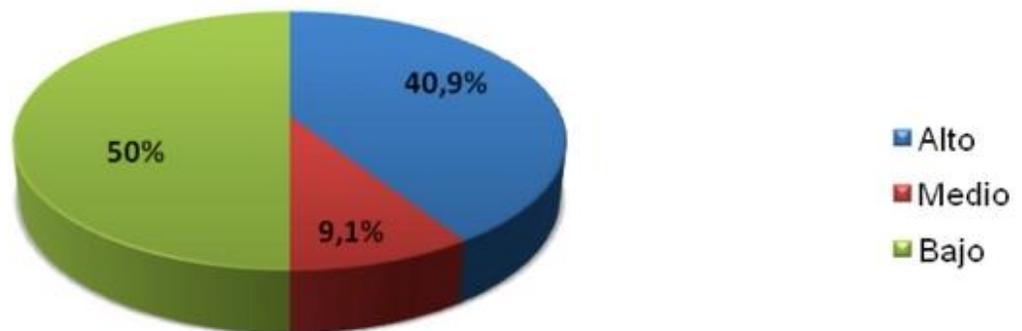


Gráfico 3. Despersonalización.

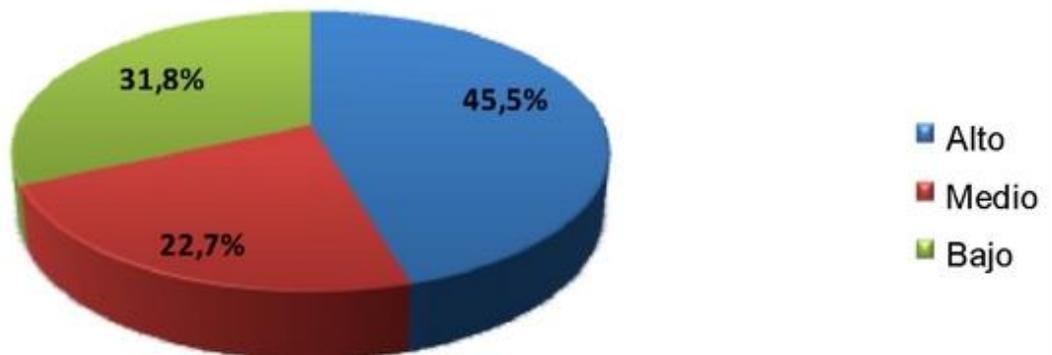
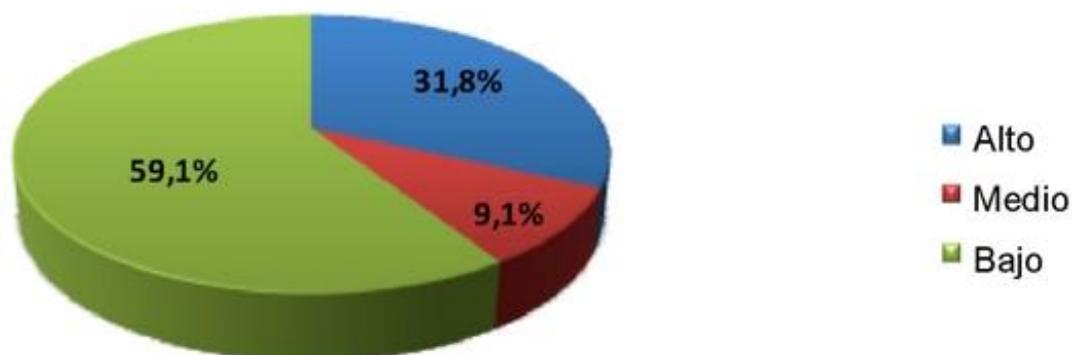


Gráfico 4. Realización personal.



Estos gráficos corresponden al síntoma más frecuente dentro del personal de enfermería por previa evaluación rápida mediante la aplicación de la escala de Maslach en una muestra de 45 profesionales de la salud que laboran en los turnos correspondientes.

8.4.1 Prevención

La prevención del síndrome del trabajador quemado debe comenzar en la empresa del empleado. “La primera medida que deben tomar es evaluar las situaciones que generan el estrés y la ansiedad en el trabajador y tomar las decisiones y las medidas adecuadas para intentar reducirlo.” (Reid, 2002). Para ello deben mejorar la organización y proveer de herramientas necesarias para que el trabajador pueda realizar sus tareas de forma adecuada y no tenga tanta sobrecarga laboral. Además, el trabajador puede adquirir una actitud asertiva, estableciendo una relación comunicacional, sin discutir, ni someterse a la voluntad del resto de compañeros y defendiendo sus convicciones.

Por otro lado, es recomendable que los trabajadores modifiquen las expectativas que tienen en el trabajo. No se trata de que el empleado renuncie a sus ambiciones y

aspiraciones. Simplemente debe buscar un punto intermedio que se ajuste más a la realidad y ver la situación como una oportunidad para aprender y crecer en otros ámbitos diferentes a los que se había propuesto inicialmente.

1. Disminución o reducción del estrés y por lo tanto del burnout.
2. Acortar o limitar las horas de trabajo.
3. Permitir más oportunidades para el descanso y aumentar su frecuencia.
4. Disminuir de la mejor manera el trabajo con los pacientes.
5. Reuniones del personal podrían reorientarse en torno a los objetivos diferentes dando cabida a la discusión de los problemas que cada trabajador experimenta como resultado de su labor en la salud.
6. Realizar talleres cuyos objetivos serían preparar a los participantes para identificar sus problemas y enseñarles a lidiar con ellos, problemas: organizacionales, personales, ambientales, por lo tanto se deben buscar acciones específicas para la solución de los mismos.
7. Los profesionales deben mantener sus tensiones separadas de su vida personal y familiar, e incluir actividades recreativas, relajantes u gratificantes, no relacionadas con el trabajo.
8. Crear programas educativos, de información, consulta y consejo.
9. Crear comités capacitados para recibir, evaluar y atender referencias, así como promover tratamientos.
10. Aprovechar toda actividad interdisciplinaria (social o profesional) para enriquecerse en contacto con otras profesiones, para su beneficio personal/social.
11. Revisar su accionar propio tratando de ser congruente entre lo que se enseña y la conducta propia. En este sentido, los profesionales de la salud deben trabajar de

manera más inteligente, planeando y estableciendo prioridades; fijarse metas realistas; aprender a hacer las cosas y estar conscientes de que "no todo lo tengo que hacer yo"; los demás deben ser tan importantes como yo; convertir el ambiente de trabajo en algo agradable, de confianza y fraternidad; no interpretar las experiencias y vivencias a nivel personal; aprender a conocerse a uno mismo y reconocer en uno las necesidades físicas, espirituales y sociológicas.

8.4.1.1. Retiros espirituales-laborales

Los retiros espirituales brindan al personal de salud la oportunidad de participar en actividades que involucran trabajo en equipo. Estas actividades los alientan a ver a sus compañeros como personas en las que pueden confiar en el trabajo. También les enseñan cómo lograr objetivos trabajando juntos. Cuando los empleados tienen la oportunidad de comunicarse e intercambiar ideas, surge la posibilidad de mejorar el rendimiento. La colaboración fortalece las instituciones porque, de hecho, dos son mejor que uno.

Los empleados pueden escuchar ideas que no habían considerado y contribuir con otras. Usa los retiros espirituales como una oportunidad para construir trabajo en equipo y promover la colaboración. Esto crea un momento único para conectarse con colegas, lo cual no se podría hacer de otra manera.

- **Más cercanía entre directivos, gerentes y empleados:**

Los retiros espirituales de personal permiten que los empleados, jefes y dueños de hospitales vinculados entre ellos se reúnan en un solo lugar. Este tiempo de vinculación puede aumentar su conocimiento y apoyo mutuo.

Un retiro puede servir para que los empleadores ayuden a sus empleados a comprender su visión y objetivos a lograr respecto a las actividades a realizar para el bien del paciente. Los empleados pueden determinar juntos cómo alcanzar esos objetivos y pueden invertir más energía e ideas creativas en el cuidado de calidad,

identificando de manera general los errores más frecuentes y ofreciendo soluciones que se adaptan a los recursos con los que cuentan.

Se ofrece una perspectiva por parte del cuidador, quien es quien lleva a cabo las acciones y conoce las desventajas-debilidades a las que se enfrenta diariamente, con ello, al escucharlos se otorga una visión centrada y más realista de las necesidades que se deben resolver para que, la persona que presta el servicio lo realice de manera eficaz.

Si están abiertos a la experiencia, aprenderán cosas sobre los demás que no sabían antes. Podrán encontrar un terreno común mientras trabajan juntos en una tarea; así como hacer preguntas y compartir información personal. Es posible que adquieran una nueva apreciación de sus compañeros y hasta hagan amistades significativas que duren mucho tiempo.

- **Oportunidad de unificar esfuerzos en objetivos de prestación en servicios de calidad**

La primera y central función de los retiros espirituales tiende a ser el aspecto de planificación. En muchos casos, esta es la única situación en la que puedes reunir a todo tu personal. Esto con el fin de diseñar los planes y objetivos de los cuidados a grandes rasgos. Para maximizar la productividad del hospital, la alineación entre estrategia y ejecución es clave absoluta.

Un retiro es una oportunidad para que la administración de alto nivel comunique su próxima estrategia. Además, que la desarrolle a través de los comentarios de todos los niveles de la fuerza laboral. Este tipo de toma de decisiones participativa tiende a aumentar significativamente la comprensión y la aceptación de todos los empleados.

- **Retiros espirituales para incentivar creatividad**

Salir de una situación y alejarse del estrés ayuda a los empleados a ver las cosas de una manera nueva. Un ambiente fresco brinda espacio para encontrar soluciones

inesperadas e ideas innovadoras porque han abandonado las paredes del nosocomio.

Si los enfermeros tienen un solo servicio asignado, es posible que sus empleadores aún no sepan qué más pueden hacer. En los retiros espirituales de personal hay oportunidades para aprender más unos de otros. También se puede obtener información valiosa sobre los empleados que puede ser beneficiosa para el hospital y desarrollo de sus actividades. En efecto, a veces descubrirás una habilidad que es directamente útil para el mismo.

Asimismo, compañeros de equipo, que rara vez se involucran, encontrarán que tienen características en común. Después del retiro, tendrán una nueva forma de conectarse entre ellos y tu equipo será más fuerte.

8.5 Tipos

El síndrome del trabajador quemado puede dividirse en dos tipos:

- **Burnout activo**

El empleado mantiene una conducta asertiva. Se relaciona con elementos externos a la profesión, al igual que una comunicación activa con los miembros del equipo laboral, se busca motivar tanto de manera intrínseca como extrínseca.

- **Burnout pasivo**

Suele tener sentimientos de apatía y se relaciona con factores internos psicosociales.

8.6 Detección diagnóstica

Para poder diagnosticar el síndrome, los especialistas tienen que conocer los síntomas de la patología y realizar una entrevista clínica con el empleado que les permita averiguar si existe la sospecha de padecer la enfermedad. Además, conviene que el

profesional conozca cómo es su situación dentro de la empresa y cómo está organizado el trabajo. De esta manera la aplicación de la encuesta adecuada al área de enfermería, mediante o en base a la escala de Maslach establecida, otorgara una visión más completa de lo que supone este síndrome.

Preguntas correspondientes a cada escala:

- Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.
- Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.
- Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

Tabla 1. Datos normativos para la corrección de las puntuaciones de las escalas de burnout (N= 1.963)

		Agotamiento	Cinismo	Eficacia profesional
Muy bajo	> 5%	< 0.4	< 0.2	< 2.83
Bajo	5 - 25%	0.5 - 1.2	0.3 - 0.5	2.83 - 3.83
Medio (Bajo)	25 - 50%	1.3 - 2.0	0.6 - 1.24	3.84 - 4.5
Medio (Alto)	50 - 75%	2.1 - 2.8	1.25 - 2.25	4.51 - 5.16
Alto	75 - 95%	2.9 - 4.5	2.26-4	5.17 - 5.83
Muy Alto	> 95%	> 4.5	> 4.0	> 5.83
Media Aritmética		2.12	1.50	4.45
Desviación Típica		1.23	1.30	0.90

Tomado de: España, Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales

8.7 Tratamiento

“El tratamiento del burnout va dirigido al aumento de la percepción de control, el incremento de la autoeficacia personal y a la mejora de la autoestima. Para lograr estos objetivos las técnicas más eficaces son las de orientación cognitivo-conductual.” (Santamaría, 2003). Desde este tipo de intervención se trabajan

técnicas de afrontamiento del estrés, reestructuración cognitiva (mejora en el estilo de pensamiento) y ensayo conductual ante las circunstancias negativas. Estas técnicas permiten al paciente aumentar su nivel de resiliencia y mejorar la gestión emocional ante sus problemas de trabajo.

8.7.1 Terapia cognitivo conductual

La terapia cognitiva conductual es un tipo frecuente de terapia del habla (psicoterapia). Trabajas con un asesor de salud mental (psicoterapeuta o terapeuta) de forma estructurada, asistiendo a una cantidad limitada de sesiones. La terapia cognitiva conductual te ayuda a tomar conciencia de pensamientos imprecisos o negativos para que puedas visualizar situaciones exigentes con mayor claridad y responder a ellas de forma más efectiva. La TCC puede ser una herramienta muy útil, ya sea sola o en combinación con otras terapias, para tratar los trastornos de salud mental, como la depresión, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) o un trastorno de la alimentación. Sin embargo, no todas las personas que se benefician de la terapia cognitiva conductual tienen una enfermedad mental. La TCC puede ser una herramienta eficaz para ayudar a cualquier persona a aprender cómo manejar mejor las situaciones estresantes de la vida. La terapia cognitiva conductual se utiliza para tratar una amplia gama de problemas. Con frecuencia es el tipo preferido de psicoterapia porque puede ayudarte rápidamente a identificar y afrontar desafíos específicos. Generalmente requiere menos sesiones que los otros tipos de terapia y se realiza de forma estructurada.

La terapia cognitiva conductual es una herramienta útil para abordar desafíos emocionales. Por ejemplo, puede ayudarte a lo siguiente:

- Controlar los síntomas de enfermedad mental
- Prevenir recaídas de síntomas de enfermedad mental
- Tratar una enfermedad mental cuando los medicamentos no son una buena opción

- Aprender técnicas para lidiar con situaciones estresantes de la vida
- Identificar formas de controlar las emociones
- Solucionar conflictos en las relaciones y aprender mejores formas para comunicarse
- Afrontar el dolor o las pérdidas
- Superar traumas emocionales relacionados con el maltrato o la violencia
- Afrontar una enfermedad médica
- Controlar los síntomas físicos crónicos

La terapia cognitiva conductual suele centrarse en problemas específicos, utilizando un enfoque con objetivos determinados. A medida que avances en el proceso terapéutico, el terapeuta puede pedirte que hagas tareas en el hogar (actividades, lecturas o prácticas para desarrollar más lo que aprendes durante tus sesiones de terapia habituales) y estimularte para que apliques lo aprendido en tu vida cotidiana. El enfoque del terapeuta dependerá de tus preferencias y de tu situación particular. El terapeuta podrá combinar terapia cognitiva conductual con algún otro enfoque terapéutico (por ejemplo, terapia interpersonal, que se centra en las relaciones con otras personas).

La terapia cognitiva conductual comúnmente incluye estos pasos:

- **Identificar situaciones problemáticas o trastornos de tu vida.**

Estos pueden incluir problemas tales como una afección médica, divorcio, pena, enojo o síntomas de un trastorno de salud mental. Es posible que junto con el terapeuta dediquen un tiempo a decidir en qué problemas y objetivos te quieres concentrar.

- **Prestar atención a tus pensamientos, emociones y opiniones en relación con estos problemas.**

Una vez que hayas identificado en qué problemas trabajar, el terapeuta te alentará a contarle lo que piensas. Para ello, es posible que debas observar qué

te dices a ti mismo sobre una experiencia (diálogo interno), tu interpretación del significado de una situación y tu opinión sobre ti mismo, otras personas y eventos. Es posible que el terapeuta sugiera que escribas un diario con tus pensamientos.

- **Identificar pensamientos negativos o inexactos.**

Para ayudarte a reconocer patrones de pensamiento y conducta que podrían estar contribuyendo a tus problemas, el terapeuta puede pedirte que prestes atención a tus respuestas físicas, emocionales y conductuales en diversas situaciones.

- **Reformar pensamientos negativos o inexactos.**

Es muy probable que el terapeuta te aliente a que te preguntes si tu opinión sobre una situación se basa en hechos o en una percepción inexacta de lo que sucede. Este paso puede ser complicado. Puede ser que tengas maneras de pensar sobre tu vida y sobre ti mismo de larga data. Con práctica, los patrones de pensamiento y conductas útiles serán un hábito y no deberás hacer tantos esfuerzos para lograrlos.

8.7.2 Terapia psicoanalítica

El psicoanálisis es una forma de tratamiento intensivo que se basa en la observación de que las personas desconocen los factores que determinan sus emociones y comportamientos ya que son esencialmente inconscientes. El tratamiento psicoanalítico explora cómo estos factores inconscientes afectan las relaciones actuales y patrones de pensamiento, emoción y de comportamiento. Para el psicoanálisis el origen del trastorno que sufrimos procede de las ansiedades infantiles reprimidas y de la secuencia progresiva de mecanismos defensivos y síntomas que surgieron para proteger a la persona contra la reaparición y repetición de estos sentimientos. En este sentido, la función del síntoma es mantener el equilibrio intrapsíquico. La tarea del psicoanálisis es traer a la conciencia estos restos del pasado para que puedan volver a ser valorados y ser asimilados

adecuadamente. La terapia psicoanalítica tiene como meta descubrir aspectos inconscientes que subyacen a los problemas de modo que podamos vivir con mayor bienestar.

La existencia de aspectos inconscientes en el malestar psicológico significa que los consejos de los otros o libros de autoayuda, aunque sean lógicos y racionales, fallan en proveer alivio. Esto no se debe a que no entienda el consejo sino a que hay algo más que escapa y trabaja que te mantiene repitiendo viejos patrones.

Como resultado de la exploración, el psicoanálisis permite darle sentido a tu situación existente así como a los sentimientos, pensamiento, creencias, comportamientos y memorias que son traídas por esta situación. Algunos de estos pensamientos, sentimientos y conductas pueden estar afectando tu vida negativamente y te hacen sentir “fuera de control”, confundido, desesperanzado, fatigado, ansioso, triste, frustrado o triste.

“El psicoanálisis o terapia psicoanalítica ofrece principios muy útiles que ayudan a echar luz en esos factores inconscientes que están presentes y actúan en nosotros.” (Freud, 2009). El psicoanálisis se propone que seas capaz de explorar y analizar sentimientos, pensamientos y conductas irracionales de modo que ganes un entendimiento más profundo de cómo te relacionas contigo mismo y con los otros. El trabajo psicoanalítico puede ayudarte a libertarte gradualmente de patrones repetitivos a través de enseñarte cómo los factores inconscientes afectan tu manera de vivir actual y cómo puede lidiar mejor con las demandas de la vida adulta.

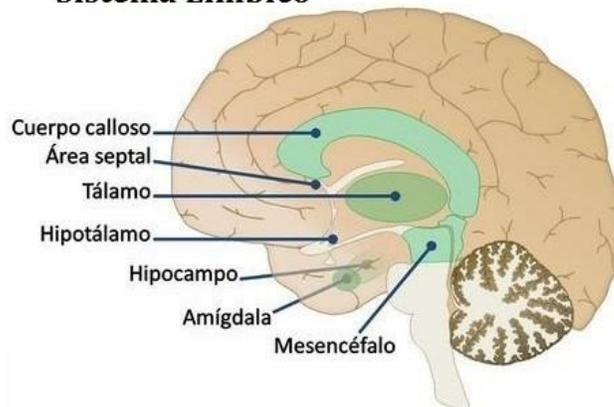
8.7.3 Terapia humanista

La psicología humanista se considera la *tercera ola de la psicología*, contemplando las perspectivas cognitivo-conductual y psicoanalítica como las dos fuerzas predominantes anteriores a la humanista. Ésta surgió a mediados del siglo XX, a través de las propuestas y el trabajo de Abraham Maslow y Carl Rogers, principalmente. Está fuertemente influenciada por la fenomenología y el existencialismo. Desde la primera se remarca el hecho de que nunca somos

capaces de experimentar "la realidad en sí" de manera directa, mientras que ocurre lo contrario con aquellos aspectos subjetivos de los que somos conscientes. Las fuentes legítimas de conocimiento son la experiencia intelectual y emocional. Del existencialismo, esta forma de terapia recoge la reflexión sobre la propia existencia humana.

Por tanto, desde esta perspectiva humanista el individuo es un ser consciente, intencional, en constante desarrollo, cuyas representaciones mentales y estados subjetivos son una fuente válida de conocimiento sobre sí mismo. El paciente es visto como el principal actor principal en su búsqueda existencial. Esta búsqueda le obliga a pasar por una serie de etapas o estados subjetivos en los que se pregunta el "por qué" de lo que le ocurre, el significado de lo que está viviendo, y qué puede hacer para mejorar su situación. "El terapeuta humanista tiene un papel secundario como facilitador del proceso, permitiendo que el sujeto encuentre las respuestas que busca por sí solo." (Maslach, 2010). Uno de los conceptos clave de este tipo de terapia es la autorrealización del ser humano.

Sistema Límbico



8.7.4 Terapia Gestalt

La Terapia Gestalt fue desarrollada por Fritz Perls, Laura Perls y Paul Goodman en los años 40, y es un tipo de terapia humanista, pues concibe al ser humano, sus metas y su abanico de necesidades y potencialidades. Por tanto, desde esta postura se entiende que la mente es una unidad autorreguladora y holística, y se basa en el principio básico de la Psicología de la Gestalt de que "el

todo es más que la suma de las partes". Los terapeutas gestálticos utilizan técnicas experienciales y creativas para mejorar la autoconciencia, la libertad y la autodirección del paciente. Éste es un modelo terapéutico que no solamente tiene sus raíces en la Psicología Gestalt, sino que, además, está influenciado por el psicoanálisis, el análisis del carácter de Reich, la filosofía existencial, la religión oriental, la fenomenología y el psicodrama de Moreno.

Para muchos, la terapia Gestalt es más que un modelo terapéutico, es una auténtica filosofía de vida, que contribuye positivamente en la manera de percibir las relaciones con el mundo por parte del individuo. Tiene gran importancia el momento presente y la autoconciencia de la experiencia emocional y corporal, y el individuo es visto desde una perspectiva holística y unificadora, integrando a la vez, sus dimensiones sensoriales, afectivas, intelectuales, sociales y espirituales. Es decir, que entiende a éste en su experiencia global.

Las sesiones de terapia giran en torno al "insight" respecto a las experiencias del paciente, y alientan a éste a que explore de manera creativa la forma de encontrar su propia satisfacción en las distintas áreas de su vida, y de esta manera, el paciente puede vivir y experimentar las soluciones nuevas. Este es un enfoque más educacional que médico. El terapeuta no es directivo, es decir, no le dice al paciente lo que debe hacer, sino que utiliza la capacidad educativa del diálogo y está más preocupado por el vínculo de confianza con éste, con el objetivo de aumentar la autenticidad de la relación para permitir que el paciente explore la experiencia en su totalidad.

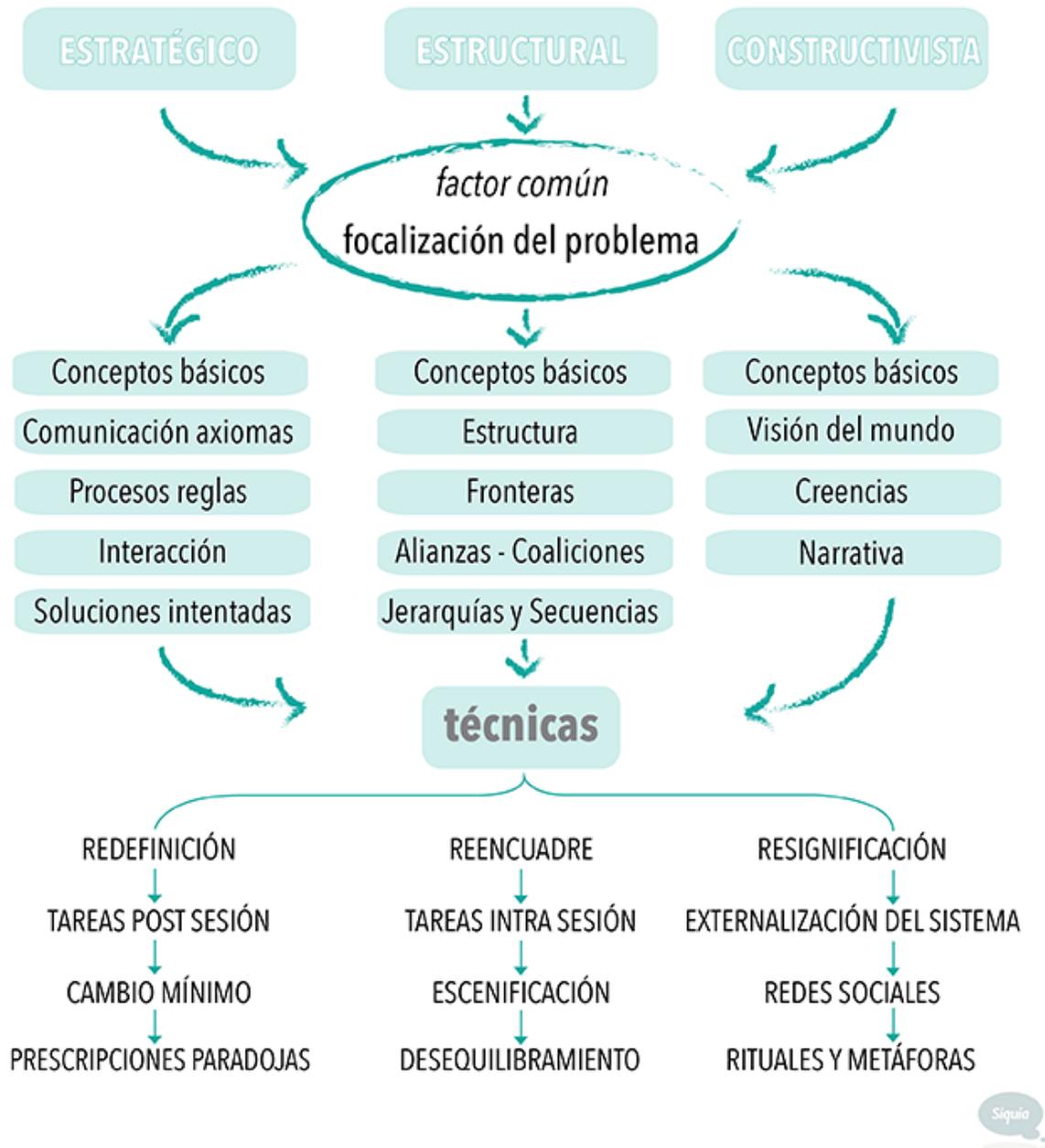
8.7.5 Terapia sistémica

La terapia sistémica tiene en cuenta la representación de la realidad vista desde una perspectiva holística e integradora, donde lo importante son las relaciones y los componentes que a partir de ellas surgen. En las sesiones terapéuticas, tiene mucha importancia relación y comunicación en cualquier grupo que interaccione y que afecte al paciente (o pacientes), entendido como un sistema.

Se aplica en el tratamiento de trastornos conceptualizados como la expresión de las alteraciones en las interacciones, estilos relacionales y patrones comunicacionales de un grupo, como pueden ser parejas o familias, aunque también a personas individuales, teniendo en cuenta los distintos sistemas que componen su contexto. Tiene un enfoque en la solución de problemas más práctico que analítico. No es tan importante quién tiene el problema (por ejemplo, quien presenta agresividad), sino que se centra en identificar los patrones disfuncionales dentro del comportamiento del grupo de personas, para así redirigir esos patrones directamente. Es decir, se trata de que los sistemas encuentren el equilibrio.

“La terapia breve se desarrolla a partir de la terapia sistémica. ya que a principios de años 70 se planteó que el modelo sistémico podría aplicarse a un solo individuo aunque no asistiera toda la familia. Esto supuso el nacimiento de la terapia breve del MRI de Palo Alto, que es un conjunto de procedimientos y técnicas de intervención que pretenden ayudar a los individuos, parejas, familias o grupos a movilizar sus recursos para alcanzar sus objetivos en el menor tiempo posible.” (Tessier, 2007). La terapia breve ha generado un cambio radical en la psicoterapia, al desarrollar un modelo breve, simple, efectivo y eficaz para ayudar a la gente a producir un cambio.

modelos de Terapia Sistémica



8.8 Patologías secundarias Síndrome de Burnout

El síndrome de burnout se traduce en agotamiento mental, estrés crónico, cansancio físico, falta de energía y motivación. Genera estrés en los ambientes laborales, en las extensas jornadas y la vida personal de los empleados que prácticamente se vuelve nula. Esto se ve reflejado en una baja productividad, ya que la persona se siente fatigada, pierde interés y en algunos casos manifiesta una sensación de vacío. Dejan de preocuparse por sus familias y amigos, las actividades fuera del trabajo disminuyen. Aumenta el absentismo porque las enfermedades se hacen más frecuentes. Es algo que no se puede tomar a la ligera, pues es detonante de otros problemas de salud más graves, en casos más extremos las personas llegan al suicidio.

Las consecuencias afectan todos los estratos del individuo:

Salud

- Depresión
- Ansiedad
- Frecuentes cambios de humor
- Estrés crónico
- Fatiga
- Problemas de sueño, insomnio
- Deterioro cardiovascular
- Úlceras y otros desórdenes gastrointestinales
- Pérdida o incremento de peso
- Dolores musculares
- Migrañas
- Alergias

- Asma
- Problemas con los ciclos menstruales o incluso

Social

- Poca interacción con sus compañeros de trabajo
- Aislamiento, la gente lo evita porque siempre está de mal humor
- Nula vida personal
- Problemas con sus compañeros, amigos y pareja

Trabajo

- Poca productividad
- Ya no trabaja como antes
- No tiene objetivos
- Toma de decisiones erróneas
- Actitud negativa con sus compañeros, el ambiente laboral se torna tóxico
- Aumento de absentismo
- Falta de motivación y compromiso
- Renuncia

8.8.1 Estrés

El estrés es un sentimiento de tensión física o emocional. Puede provenir de cualquier situación o pensamiento que lo haga sentir a uno frustrado, furioso o nervioso. "El estrés es la reacción de su cuerpo a un desafío o demanda. En

pequeños episodios el estrés puede ser positivo, como cuando le ayuda a evitar el peligro o cumplir con una fecha límite.” (Leiter, 2009). Pero cuando el estrés dura mucho tiempo, puede dañar su salud.

El estrés es un sentimiento normal. Hay dos tipos principales de estrés:

- **Estrés agudo.** Este es estrés a corto plazo que desaparece rápidamente. Puede sentirlo cuando presiona los frenos, pelea con su pareja o esquía en una pendiente. Esto le ayuda a controlar las situaciones peligrosas. También ocurre cuando hace algo nuevo o emocionante. Todas las personas sienten estrés agudo en algún momento u otro.
- **Estrés crónico.** Este es el estrés que dura por un período de tiempo prolongado. Usted puede tener estrés crónico si tiene problemas de dinero, un matrimonio infeliz o problemas en el trabajo. Cualquier tipo de estrés que continúa por semanas o meses es estrés crónico. Puede acostumbrarse tanto al estrés crónico que no se de cuenta que es un problema. Si no encuentra maneras de controlar el estrés, este podría causar problemas de salud.

Cuando tiene estrés crónico, su cuerpo se mantiene alerta incluso cuando no hay peligro. Con el tiempo, esto le pone en riesgo de problemas de salud, incluyendo:

- Presión arterial alta
- Insuficiencia cardíaca
- Diabetes
- Obesidad
- Depresión o ansiedad
- Problemas de la piel, como acné o eczema
- Problemas menstruales

Signos de estrés:

El estrés puede causar muchos tipos de síntomas físicos y emocionales, algunas veces posiblemente no se dará cuenta de que estos síntomas son ocasionados por el estrés. Aquí hay algunos signos de que el estrés le puede estar afectando:

- Diarrea o estreñimiento
- Mala memoria
- Dolores y achaques frecuentes
- Dolores de cabeza
- Falta de energía o concentración
- Problemas sexuales
- Cuello o mandíbula rígidos
- Cansancio
- Problemas para dormir o dormir demasiado
- Malestar de estómago
- Uso de alcohol o drogas para relajarse
- Pérdida o aumento de peso

Diagnóstico

La forma más generalizada para diagnosticar el estrés es mediante una exploración por parte de algún experto. Estos realizarán uno o varios cuestionarios que permitirán identificar los casos de pacientes que padecen estrés. Uno de los cuestionarios más empleados es la “escala de estrés percibido”, (diseñada para medir

el grado de estrés en determinadas situaciones de la vida). También hay otros que valoran los sucesos vitales estresantes o las consecuencias emocionales que pueden presentar las personas que son sometidas a mucho estrés.

8.8.2 Ansiedad

El término ansiedad puede referirse a un síntoma, a un rasgo de personalidad o a un trastorno. “La ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante sucesos comprometidos. En realidad, un cierto grado de ansiedad proporciona un componente adecuado de precaución en situaciones especialmente peligrosas.” (Freud, 2003). Una ansiedad moderada puede ayudarnos a mantenernos concentrados y afrontar los retos que tenemos por delante. En ocasiones, sin embargo, el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente. Más concretamente, la ansiedad es desproporcionada con la situación e incluso, a veces, se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible. El sujeto se siente paralizado con un sentimiento de indefensión y, en general, se produce un deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico. Cuando la ansiedad se presenta en momentos inadecuados o es tan intensa y duradera que interfiere con las actividades normales de la persona se considera un trastorno.

Los trastornos de ansiedad son un grupo variado de afecciones que tienen en común la sensación de ansiedad.

Incidencia y prevalencia

Los trastornos de ansiedad “afectan al 15-20% de la población en algún momento de la vida”, según expone Joan Seguí, psiquiatra responsable de la Unidad de Ansiedad de ITA Urgell. Representan, en conjunto, la enfermedad psiquiátrica más frecuente. Entre ellos destaca el trastorno fóbico: alrededor de un 7% por de mujeres y un 4,3% de hombres padecen fobias específicas (a algún animal, a un objeto, a la oscuridad, etc.), mientras que las llamadas fobias sociales (la aptitud de una persona para relacionarse de un modo afable con los demás) se hallan en un 13% de la población.

La ansiedad generalizada se da en un porcentaje del 3 al 5% de los adultos (en algún momento durante el año). Las mujeres tienen el doble de probabilidades de presentarla.

- **Trastorno de pánico:** es menos frecuente y se diagnostica a algo menos de un 1% de la población. Las mujeres son de dos a tres veces más propensas.
- **Trastorno obsesivo-compulsivo:** afecta a cerca del 2,3% de los adultos y sucede con aproximadamente igual frecuencia en mujeres que en hombres.
- **Estrés post-traumático:** afecta, por lo menos, al 1% de la población alguna vez durante su vida, aunque en las personas con mayor riesgo, como los veteranos de guerra, tiene una mayor incidencia.

Causas

Las causas de los trastornos de ansiedad no están del todo claras y en buena parte de los pacientes no llegan a conocerse. En otros casos sí que es posible trazar un origen o, al menos, determinar los elementos que precipitan las crisis de ansiedad. Estos son algunos de los factores que pueden influir:

- **Causas genéticas:** la ansiedad puede heredarse de padres a hijos. En concreto, lo que se transmite a través de los genes es la predisposición. No obstante, cabe señalar que todavía queda mucho por investigar para poder sentar las bases de los mecanismos genéticos de los trastornos de ansiedad.
- **Causas circunstanciales:** hechos traumáticos como un accidente de tráfico, un atentado o un incendio pueden provocar ansiedad; en estos casos, el sentimiento de ansiedad puede desaparecer cuando concluye el problema o bien permanecer durante meses o años. Es lo que se conoce como trastorno de estrés postraumático.
- **Experiencias vitales significativas:** sin llegar a ser traumáticos, cambios vitales en el presente como un embarazo, o incluso alteraciones en el ámbito laboral (un despido, un ascenso, etcétera) pueden producir ansiedad.

Síntomas

La ansiedad se manifiesta a nivel emocional y físico. Es importante reconocer ambos tipos de manifestaciones y acudir al médico en cuanto se detectan, ya que una persona con ansiedad que experimente estos síntomas puede considerarlos como signos de una enfermedad grave y, en consecuencia, empeorar en la enfermedad.

- **Síntomas mentales:** preocupación constante, cansancio, irritabilidad, agitación y problemas para concentrarse y conciliar el sueño.
- **Síntomas físicos:** taquicardia, dificultad para respirar, sudoración excesiva, tensión muscular, temblores, mareos, desmayos, indigestión, diarrea y dolor de cabeza

Tipos

- **Trastorno de ansiedad generalizada:** Se trata de una tensión crónica aún cuando nada parece provocarla. Esta preocupación o nerviosismo excesivo es casi diario y se diagnostica como tal cuando tiene una duración mínima de seis meses.
- **Trastorno de pánico (o ataque de angustia):** El paciente experimenta crisis recurrentes de angustia que surgen espontáneamente. Se trata de una ansiedad aguda y extrema en la que es frecuente que la persona que la padece crea que va a morir. Estos ataques repentinos de miedo intenso no tienen una causa directa. En ocasiones, los pacientes que sufren este trastorno desarrollan angustia a experimentar el próximo ataque, cuya ocurrencia no pueden prever, es la llamada ansiedad anticipatoria.
- **Trastorno fóbico:** Trastorno que tiene como rasgo esencial la presencia de un temor irracional y persistente ante un objeto específico, actividad o situación con la consecuente evitación del objeto temido. Por ejemplo, el miedo a volar, a los pájaros o a los espacios abiertos.

- **Trastorno obsesivo-compulsivo:** Se trata de pensamientos o acciones no voluntarios que el paciente no puede dejar de pensar o hacer para no generar ansiedad. En todo caso, el sujeto reconoce el carácter absurdo de sus pensamientos o acciones. Por ejemplo: lavarse las manos cada poco rato.
- **Trastorno por estrés post-traumático:** Se da en aquellos casos en los que se presentan secuelas psicológicas desagradables tras el impacto de un trauma emocional, una guerra, una violación, etc. Se caracteriza por los recuerdos persistentes del suceso traumático, un estado emocional con exaltada vigilancia y la reducción general de interés por los sucesos cotidianos.

El libro de referencia para el diagnóstico de las enfermedades psiquiátricas, DSM-5, ya no clasifica dentro de los trastornos de ansiedad algunas de estas dolencias, como por ejemplo el trastorno obsesivo compulsivo. No obstante, se siguen citando cuando se habla de ansiedad porque están muy estrechamente relacionados con ella.

8.8.3 Insomnio

“El insomnio es un trastorno del sueño frecuente que puede causar dificultad para conciliar el sueño (quedarse dormido) o mantenerlo, o puede hacer que te despiertes demasiado temprano y no puedas volver a dormirte. Es posible que sigas sintiéndote cansado cuando te despiertes.” (Jung, 2011). El insomnio no solo puede minar tu energía y estado de ánimo, sino que también puede afectar tu salud, desempeño laboral y calidad de vida. Cuántas horas de sueño son suficientes es algo que varía según la persona, pero la mayoría de los adultos necesitan entre 7 y 8 horas por noche. En algún punto, muchos adultos experimentan insomnio a corto plazo (agudo), que dura unos días o algunas semanas. Por lo general, se debe a estrés o a un acontecimiento traumático. Pero algunas personas sufren insomnio a largo plazo (crónico) que dura un mes o más. El insomnio puede ser el problema principal o puede estar asociado a otras afecciones o a medicamentos.

El sueño es tan importante para tu salud como una dieta saludable y la actividad física regular. Cualquiera sea tu razón para no dormir, el insomnio puede afectarte tanto mental como físicamente. Las personas que padecen insomnio informan tener una calidad de vida peor en comparación con aquellas que duermen bien.

Las complicaciones del insomnio pueden incluir lo siguiente:

- Peor desempeño en el trabajo o en la escuela
- Disminución del tiempo de reacción al conducir y un mayor riesgo de accidentes
- Trastornos de salud mental, como depresión, un trastorno de ansiedad o abuso de sustancias
- Aumento del riesgo y la gravedad de enfermedades o afecciones a largo plazo, como presión arterial alta y enfermedades cardíacas.

Causas frecuentes del insomnio

- **Trastornos de salud mental.** Los trastornos de ansiedad, como el trastorno por estrés postraumático, pueden alterar el sueño. Levantarse muy temprano puede ser un signo de depresión. Con frecuencia, el insomnio ocurre también junto con otros trastornos de salud mental.
- **Medicamentos.** Muchos fármacos recetados pueden afectar el sueño, por ejemplo, ciertos antidepresivos y medicamentos para el asma o la presión arterial. Muchos medicamentos de venta libre, como algunos analgésicos, medicamentos para la alergia y el resfriado, y los productos para adelgazar, contienen cafeína y otros estimulantes que pueden alterar el sueño.
- **Afecciones.** Los ejemplos de afecciones relacionadas con el insomnio incluyen el dolor crónico, el cáncer, la diabetes, las enfermedades cardíacas,

el asma, la enfermedad del reflujo gastroesofágico, el hipertiroidismo, la enfermedad de Parkinson y la enfermedad de Alzheimer.

- **Trastornos relacionados con el sueño.** La apnea del sueño produce pausas respiratorias periódicas durante la noche, lo que interrumpe el sueño. El síndrome de las piernas inquietas produce sensaciones poco agradables en las piernas y un deseo casi irresistible de moverlas, lo que puede impedir conciliar el sueño.
- **Cafeína, nicotina y alcohol.** El café, el té, las bebidas cola y otras bebidas con cafeína son estimulantes. Beberlas a última hora de la tarde o de la noche puede impedirte que concilies el sueño nocturno. La nicotina de los productos de tabaco es otro estimulante que puede afectar el sueño. El alcohol puede ayudarte a conciliar el sueño, pero impide que se alcancen las fases del sueño más profundas y, a menudo, hace que te despiertes en medio de la noche.

8.8.4. Depresión

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. La depresión se puede iniciar a cualquier edad, aunque su mayor prevalencia se produce entre los 15 y 45 años. La sintomatología del trastorno puede ser distinta con la edad: los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente comportamentales, mientras que los adultos mayores tienen con mayor frecuencia síntomas somáticos.

Causas

Las causas de la depresión son variadas, pero la bioquímica puede ayudar a explicar algunos casos. Las personas deprimidas muestran niveles muy altos de cortisol (una hormona) y de varios agentes químicos que actúan en el cerebro, como los neurotransmisores serotonina, dopamina y noradrenalina. Estos niveles pueden estar elevados por motivos hereditarios. Explicaciones dadas al origen familiar de la depresión son que los niños reciban una visión triste del mundo por el comportamiento de sus padres, o crecer en un ambiente que no es totalmente enriquecedor.

Síntomas

Típicamente, “la depresión se caracteriza por períodos prolongados, superiores a dos semanas de ánimo bajo y apatía, pero presenta una amplia variedad de síntomas que Sánchez-Cabezudo describe:

- **Afectivos:** tristeza, ansiedad, irritabilidad, incapacidad para disfrutar, pensamientos suicidas, desesperanza o culpa, puede estar acompañado de insomnio.
- **Cognitivos:** indecisión, olvidos o pérdida de concentración, dificultad para memorizar información, bajas calificaciones o rendimiento laboral, cefalea, cansancio.
- **Somáticos:** fatiga, cambios en el apetito o peso, insomnio, hipersomnia, disfunción sexual, cefalea, problemas de estómago, dolor torácico, agitación.

8.8.5 Trastorno límite de la personalidad

El trastorno límite de la personalidad es un trastorno de la salud mental que impacta la forma en que piensas y sientes acerca de ti mismo y de los demás, causando problemas para insertarte normalmente en la vida cotidiana. Incluye problemas de autoimagen, dificultad para manejar las emociones y el comportamiento, y un patrón de relaciones inestables. Con el trastorno límite de la personalidad, se tiene un temor profundo al abandono o a la inestabilidad, y se puede tener dificultad en tolerar estar solo. Sin embargo, la ira desmesurada, la impulsividad y los frecuentes cambios de ánimo pueden alejar a los demás, pese a que quieras tener relaciones afectuosas y duraderas. "El trastorno límite de la personalidad por lo general comienza en la edad adulta temprana. La afección parece ser peor en la adultez temprana y puede ir mejorando con la edad." (Freud, 2001).

Síntomas

El trastorno límite de la personalidad afecta la manera en la que te sientes sobre ti mismo, en la que te relacionas con los demás y en la que te comportas.

Entre los signos y síntomas pueden encontrarse los siguientes:

- Un miedo intenso de abandono, incluso llegar a medidas extremas para evitar una separación o un rechazo real o imaginario
- Un patrón de relaciones intensas inestables, como idealizar a una persona por un momento y luego creer que esa persona no muestra interés o es cruel
- Cambios rápidos de identidad e imagen propias que incluyen el cambio de metas y valores, y verse a sí mismo como malo y como si no existieras
- Períodos de paranoia relacionada con el estrés y pérdida de contacto con la realidad, que puede durar desde algunos minutos hasta algunas horas

- Comportamiento impulsivo y riesgoso, como apuestas, conducción imprudente, sexo inseguro, ola de gastos, atracones o abuso de drogas, o sabotaje del éxito al dejar de repente un buen trabajo o terminar una relación positiva
- Amenazas o conductas suicidas o autolesiones, a menudo en respuesta al miedo de separación o rechazo
- Grandes cambios de humor que pueden durar desde algunas horas hasta algunos días, que pueden incluir felicidad intensa, irritabilidad, vergüenza o ansiedad
- Sentimientos continuos de vacío
- Enojo intenso, inadecuado, como perder el temperamento con frecuencia, ser sarcástico o amargado o tener peleas físicas

Causas

Tal como sucede con otros trastornos mentales, las causas del trastorno límite de la personalidad no se comprenden del todo. Además de los factores ambientales (como los antecedentes de abuso o negligencia durante la infancia), el trastorno límite de la personalidad se puede asociar con lo siguiente:

- **Genética.** Algunos estudios llevados a cabo con gemelos y familias indican que los trastornos de la personalidad pueden ser hereditarios o se pueden asociar estrechamente con otros trastornos de la salud mental que ocurren entre los miembros de la familia.
- **Anomalías cerebrales.** En algunas investigaciones se ha demostrado la presencia de cambios en ciertas áreas del cerebro relacionadas con la regulación de las emociones, la impulsividad y la agresión. Además, algunos

químicos cerebrales que ayudan a regular el humor (como la serotonina) quizás no funcionen de manera adecuada.

Factores de riesgo

Ciertos factores relacionados con el desarrollo de la personalidad pueden aumentar el riesgo de sufrir trastorno límite de la personalidad. Algunos de ellos son los siguientes:

- **Predisposición genética.** Es posible que tengas un riesgo más elevado si un familiar cercano (tu madre, padre, hermano o hermana) tiene el mismo trastorno o uno similar.
- **Una infancia con episodios de estrés.** Muchas personas con este trastorno informan que han sido maltratadas sexual o físicamente, o desatendidas durante la infancia. Algunas personas perdieron a sus padres o fueron separadas de ellos o de una persona responsable de su cuidado muy allegada cuando eran pequeñas, o sus padres o las personas responsables consumieron sustancias en forma indebida o tuvieron problemas de salud mental. Otras estuvieron expuestas a conflictos hostiles y relaciones familiares inestables.

Complicaciones

El trastorno límite de la personalidad puede dañar muchos aspectos de tu vida. Puede afectar negativamente las relaciones íntimas, el trabajo, el estudio, las actividades sociales y la imagen que tienes de ti mismo y dar como resultado lo siguiente:

- Cambios o pérdidas del puesto de trabajo frecuentes

- No finalizar tu formación educativa
- Múltiples problemas legales, por ejemplo, ser condenado a prisión
- Relaciones conflictivas, problemas en tu matrimonio o divorcio
- Causarte daño a ti mismo, como cortes o quemaduras, y hospitalizaciones frecuentes
- Involucrarte en relaciones abusivas
- Embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual, accidentes automovilísticos y peleas debido a una conducta impulsiva y riesgosa
- Intento de suicidio o suicidio logrado

Se pueden presentar alteraciones mentales como:

- Depresión
- Consumo inadecuado de alcohol u otras sustancias
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos de la alimentación
- Trastorno bipolar
- Trastorno de estrés postraumático (TEPT)
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)
- Otros trastornos de la personalidad

8.8.6 Suicidio

El suicidio (del latín: *suicidium*) es el acto por el que una persona se provoca la muerte de forma intencional. Por lo general es consecuencia de un sufrimiento psíquico y desesperación derivado o atribuible a circunstancias vitales como las dificultades financieras, los problemas en las relaciones interpersonales, soledad o el acoso psicológico. “Estas pueden llegar a dar forma a una patología psiquiátrica y ser catalogadas de trastornos mentales como la depresión, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el trastorno límite de la personalidad, el alcoholismo o el abuso de sustancias. El indicador conocido más “importante” y factor de riesgo individual es el antecedente de un intento de suicidio no consumado.” (Maslow, 2002).

Los métodos de suicidio varían por país y están parcialmente relacionados con su disponibilidad. Los más comunes son el ahorcamiento, el envenenamiento con plaguicidas y la manipulación de armas de fuego. Esta fue la causa de muerte de 817 000 personas globalmente en 2016, un aumento en comparación con las 712 000 muertes por esta razón en 1990. Por lo anterior, el suicidio es la novena causa de muerte a nivel mundial, elevándose a la segunda entre jóvenes de 15 a 29 años. Es más común en hombres que en mujeres; los primeros tienen entre tres y cuatro veces más probabilidades de suicidarse que las últimas. Se estima que cada año hay de diez a veinte millones de intentos de suicidio, que cuando no son mortales pueden aun acarrear lesiones e incapacidades a largo plazo. Por su parte, los intentos no consumados son más comunes en hombres jóvenes y féminas en general.

Síntomas

Los signos que advierten sobre el suicidio o los pensamientos suicidas incluyen lo siguiente:

- Hablar acerca del suicidio, por ejemplo, con dichos como “me voy a suicidar”, “desearía estar muerto” o “desearía no haber nacido”
- Obtener los medios para quitarse la vida, por ejemplo, al comprar un arma o almacenar pastillas
- Aislarse de la sociedad y querer estar solo
- Tener cambios de humor, como euforia un día y desazón profunda el siguiente
- Preocuparse por la muerte, por morir o por la violencia
- Sentirse atrapado o sin esperanzas a causa de alguna situación
- Aumentar el consumo de drogas o bebidas alcohólicas
- Cambiar la rutina normal, incluidos los patrones de alimentación y sueño
- Hacer actividades arriesgadas o autodestructivas, como consumir drogas o manejar de manera negligente
- Regalar las pertenencias o poner los asuntos personales en orden cuando no hay otra explicación lógica para hacerlo
- Despedirse de las personas como si no se las fuera a ver de nuevo
- Manifestar cambios de personalidad o sentirse extremadamente ansioso o agitado, en especial cuando se tienen algunos de los signos de advertencia que se mencionaron con anterioridad

Los signos de advertencia no siempre son obvios y pueden cambiar de persona a persona. Algunos dejan en claro sus intenciones mientras que otros guardan en secreto sus pensamientos y sentimientos suicidas.

Causas

Los pensamientos suicidas pueden tener distintas causas. Con mayor frecuencia, los pensamientos suicidas pueden ser el resultado de sentimientos que no puedes afrontar cuando se presenta una situación abrumadora en tu vida. Si crees que no hay esperanzas en el futuro, puede que pienses, equivocadamente, que el suicidio es una solución. Es posible que experimentes una especie de estrechez de criterio donde, en medio de una crisis, sientas que el suicidio es la única salida.

También puede existir una propensión genética al suicidio. Las personas que cometen suicidio o que tienen pensamientos o conductas suicidas suelen tener antecedentes familiares de suicidio.

Factores de riesgo

Aunque los intentos de suicidio son más frecuentes entre las mujeres, los hombres son más propensos a completar el suicidio ya que tienden a usar métodos más letales, como las armas de fuego.

- Si ya ha intentado suicidarse antes
- Si se siente desesperanzado, inútil, agitado, aislado de la sociedad o solo
- Si sucede una situación estresante, como la pérdida de un ser querido, el servicio militar, una separación o problemas financieros o legales
- Si tiene un problema de consumo de sustancias; el abuso del alcohol y las drogas puede empeorar los pensamientos suicidas y hacer sentir lo suficientemente temerario o impulsivo como para actuar en función de tus pensamientos

- Si tiene pensamientos suicidas y tienes acceso a armas de fuego en tu hogar
- Si tiene un trastorno psiquiátrico no diagnosticado, como depresión grave, trastorno de estrés postraumático o trastorno bipolar
- Si tiene antecedentes familiares de trastornos mentales, abuso de sustancias, suicidio o violencia (que incluye abuso sexual o físico)
- Si tiene una enfermedad que se puede asociar con la depresión y los pensamientos suicidas, como una enfermedad crónica, dolor crónico o una enfermedad terminal
- Si es lesbiana, gay, bisexual o transgénero y no encuentra apoyo en la familia o estás expuesto a un entorno hostil

9 Conclusión

En conclusión se puede afirmar que el Síndrome del Burnout está presente en el 31,81% de esta población y como tal podría ser una amenaza en la calidad de servicios prestados y el bienestar del personal enfermero. No obstante sería conveniente considerar como posibles líneas futuras de investigación ampliar el presente estudio en otras unidades del Hospital.

Por otro lado, es importante considerar el resto de resultados de las subescalas puesto que existen porcentajes altos de personas que se encuentran con niveles que se corresponden con tendencias al padecimiento del síndrome. Aunque en este estudio no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto al padecimiento del síndrome y las diferentes variables a estudio, es necesario seguir investigando sobre factores sociodemográficos que pudieran influir en su aparición, para desarrollar acciones preventivas o de tratamiento acordes con dichos factores.

Se debería seguir estudiando el fenómeno Síndrome del Burnout en esta población y otras, a la vez que se trabaje en estrategias y tratamiento del estrés laboral crónico adaptados a las características de cada servicio, a fin de prevenir y tratar la aparición del síndrome en el personal de enfermería mediante programas de formación relacionados con adquisición de habilidades sociales, habilidades de comunicación, manejo de la autoestima, técnicas de relajación, técnicas de afrontamiento, entre otros. Esta labor, sin duda, mejoraría la calidad de vida laboral del personal y en consecuencia aumentaría el compromiso profesional y la mejora de los cuidados prestados a los pacientes.

Como se puede observar en los resultados, el personal de enfermería se encuentra sujeto a una gran presión laboral por condicionantes como el ambiente, infraestructura, el liderazgo y la manera en la que se desempeña, así como la carga laboral y la falta de apoyo por parte de compañeros y del personal directivo, estos

factores brindan una desmotivación respecto a la forma en desempeñarse y realizar los cuidados con calidad.

Las intervenciones de enfermería están caracterizadas por la calidad y dignidad que se le brinda a la persona sana y enferma, así como familia y comunidad, esto permite que los planes de enfermería se encuentren individualizados o estandarizados para brindar una atención integral, general e individualizada a las necesidades de cada individuo como ser independiente de la patología que padece, cuando los cuidados no se proporcionan de manera completa o con la calidad ni el trato digno establecidos, el paciente puede percibir hostilidad, violencia y rechazo, influyendo y afectando principalmente el estrato mental a nivel emocional, se han mostrado mejores resultados y un periodo de tiempo de recuperación corto en pacientes con un autoestima estable, animados que resienten el apoyo tanto de sus familiares como del personal que lo tienen a cargo.

El desempeño del personal de enfermería es indispensable para el correcto funcionamiento de un hospital, ya que son las encargadas de ejecutar y brindar las intervenciones correspondientes, procurar el bienestar del personal debe encontrarse dentro de uno de los principales objetivos a cumplir por parte de hospital correspondiente, los mejores resultados y las relaciones sanas, así como el ver por mantener un ambiente profesional sin dejar a un lado que cada individuo está compuesto por un conjunto de aspectos que los hacen seres holísticos, comprender y brindar seguridad al personal laboral debe considerarse indispensable.

Las reuniones laborales han mostrado resultados efectivos respecto a mejorar el desempeño en trabajo de equipo, así como el logro de objetivos que se establecen por turno.

La enfermería es una ciencia humanista, tanto las personas que brindan el servicio, como quien lo recibe debe encontrarse en un ambiente cómodo y seguro para su correcta evolución y desenvolvimiento.

10 Bibliografía

10.1 Básica

- Chapman A. (2017). Maslow's Hierarchy of Needs. Documento en línea recuperado el 15 abril de 2015: www.businessballs.com/maslow.htm
- Colvin, M. & Rutland, F. (2015). Is Maslow's Hierarchy of Needs a Valid Model of Motivation. Louisiana Tech University. Documento en línea recuperado 15 abril de 2016 de <http://www.business.latech.edu/>
- Feist, J. & Feist, G. (2018) *Theories of Personality* (sexta edición). New York: McGraw Hill.
- Heylighen, F. (2018). A Cognitive-Systemic Reconstruction of Maslow's Theory of Self-Actualization. *Behavioral Science*, Vol. 37, 39-56.
- Shedler, Jonathan (2017) *The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy*. University of Colorado Denver School of Medicine.
- León, Sebastián. «El lugar del psicoanálisis en la universidad». *Documentación del Centro de Atención Psicológica (CAPS) de la Universidad de Chile* (Santiago de Chile).
- Rivière, Ángel (2018). *Autismo*. Editorial Trotta. pp. 21
- Cavallo, Tomasso (2015). «Bronislaw Malinowski». Remo Bodei, ed. *La cultura del novecientos, Volumen 3*. México: Siglo XXI. p. 202-203.
- Bunge, Mario (2017). 100 ideas. El libro para pensar y discutir en el café (Edición en formato digital edición). Buenos Aires: Sudamericana.
- Freud, Sigmund, *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico* en *Obras Completas*, Vol. XII, Amorrotu, B.Aires 9.^a. Edición 2015, p. 112, (Título original: *Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung*, 2017).
- Santamaría Ambriz, Rocío (2017). «Acerca del método psicoanalítico de investigación».
- Tubert, Silvia (2016). *Sigmund Freud: Fundamentos del psicoanálisis*. Argentina: EDAF. pp. 26-27
- Fonagy y Moran (2017). *Studies on the efficacy of child psychoanalysis*. Anna Freud Centre, London, England.

- Freudenberger HJ. 2016. The staff burnout syndrome in alternative institutions. *Psychother Theory Res Pract.* 12, 72-83.
- Maslach C. 2016. Burned-out. *Hum Behav.* 5, 16-22.
- Maslach C, Jackson SE. 2015. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav.* 2, 99-113.
- Maslach C. 2015. *Burnout: The Cost of Caring.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Leiter MP, Maslach C. 2017. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *J Organ Behav.* 297-308.
- Büssing A, Ferrar KM. 2017. Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D) (The measurement of burnout: investigation on the German version of the MBI). *Diagnostica* 328-53.
- Dion G, Tessier R. 2016. Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson (Validation and translation of the burnout inventory of Maslach and Jackson). *Can J Behav* 210-27.
- García, M., Llor, B. Y Sáez, C. 2018. Estudio comparativo de dos medidas de burnout en personal sanitario. *Anales de Psiquiatría.* 10(5), 180-184.
- Schaufeli WB, van Dierendonck D. 2017. *Utrechtse Burnout Schaal-UBOS: Handleiding (Utrecht Burnout Scale-UBOS: Testmanual).* Lisse, Neth: Swets & Zeitlinger.
- Maslach C. Schaufeli WB. 2015. Historical and conceptual development of burnout. En Schaufeli et al. Eds. *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research.* Washington, DC: Taylor & Francis. 2015, pp. 1-16
- Glass DC, Mcknight JD. 2016. Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: a review of the evidence. *Psychol Health* 11:23-48.
- Bakker AB, Schaufeli WB, Demerouti E, Janssen PMP, Van der Hulst R, Brouwer J. 2018. Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety Stress Coping* 247-68.
- Maslach C, Schaufeli W. B., Leiter M P. Job Burnout. *Annu Rev Psychol.* 2016. 397-422

- Rosalind C. Barnett, Robert T. Brennan, Karen C. Gareis. A Closer Look at the Measurement of Burnout. *J Appl Behavioral Res.* 1999, 4, 2, pp. 65.
- Lee RT, Ashforth BE. 2017. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *J Appl Psychol.* 123-33.

10.2 Bibliografía complementaria

- Ballenger-Browning, Kara; Schmitz, Kimberly; Rothacker, John; Hammer, Paul; Webb-Murphy, Jennifer; Johnson, Douglas (2016). «Predictors of Burnout Among Military Mental Health Providers». *Military Medicine* **176**
- Leiter, Michael; Clark, David; Durup, Josette (2018). «Distinct Models of Burnout and Commitment among Men and Women in the Military». *Journal of Applied Behavioral Science* **30** (1) 63-82.
- Maslach, Christina; Jackson, Susan (2015). *Maslach burnout inventory manual* (en inglés). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press,
- Grau, Armand; Flichtentrei, Daniel; Suñer, Rosa; Prats, María; Braga, Florencia (2017). «Influencia de factores personales, profesionales, y transnacionales en el Síndrome de Burnout en personal sanitario Hispanoamericano y Español (2017)». 215-230.
- Unda Rojas, Sara; Sandoval Ocaña, Jorge I.; Gil-MonteGrau, Pedro (2018). «Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) (burnout) en maestros mexicanos». *Información Psicológica* (91-92).
- Valdivia Cabrera, Gonzalo; Avendaño Bravo,, Cecilia; Bastías Silva,, Gabriel; Milicic Muller,, Neva; Morales Freire,, Alejandro; Scharager Goldenberg,, Judith (2017). «Estudio de la salud laboral de los profesores en Chile: Informe final de proyecto» (PDF). Santiago de Chile: Facultad de Medicina y Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Católica de Chile. p. 109.
- Fernández Arata, Manuel (2018). «Burnout, Autoeficacia y Estrés en Maestros Peruanos: Tres Estudios Fácticos». 120-125.
- Napione Berge, María Elena (2018). *¿Cuándo se quema el profesorado de secundaria?*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos. p. 436.

- El Sahili González, Luis Felipe Ali (2015). *Docencia: Riesgos y desafíos*. México, D. F.: Editorial Trillas. p. 224.
- El Sahili González, Luis Felipe Ali (2017). *Psicología para el docente: consideraciones sobre los riesgos y desafíos de la práctica magisterial*. Guanajuato: Universidad de Guanajuato. p. 337.
- Merodio, C. (2016). «Eficacia crítica de los modelos de trabajo en grupo con personas con discapacidad». Miangolarra Page, Juan Carlos, ed. *Rehabilitación clínica integral: funcionamiento y discapacidad*. Barcelona: Elsevier España. p. 496.
- Harrison, W.D. (2015). «A social competence model of burnout». Farber, Barry Alan, ed. *Stress and burnout in the human services professions*. Nueva York: Pergamon Press. pp. 256.
- Gil-Monte, Pedro (2015). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) : una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Ediciones Pirámide.

10.3 Electronica

- <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v15n29/3316.pdf>
- <https://www.salud.mapfre.es/cuerpo-y-mente/psicologia/estoy-quemado-el-sindrome-de-burnout/#:~:text=S%C3%ADndrome%20Burnout%20o%20trabajador%20quemado,en%20un%20difícil%20clima%20laboral>.
- <http://www.index-f.com/edocente/104pdf/10439.pdf>
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000400008
- <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/los-enfermeros-encabezan-el-ranking-de-afectados-por-el-burnout-DDIMPORT-019622/>
- <https://prevencionar.com/2017/11/22/80-los-profesionales-enfermeria-sufren-estres-mas-del-50-padecen-sindrome-del-burn-out/>
- <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/7454/DiezLasoL.pdf?sequence=1>
- <https://asistenciasanitaria.com.ar/2018/08/22/causas-del-sindrome-de-burnout-en-enfermeria-estoy-quemado/>

11 Glosario

A

- **Abducción.** Movimiento de separación de la línea media del cuerpo.
- **Adaptación.** Proceso fisiológico, rasgo morfológico o modo de comportamiento de un organismo que ha evolucionado durante un periodo de tiempo.
- **Acústico.** Perteneciente o relativo al sentido del oído.
- **Adhesión.** Unión anormal de partes entre sí.
- **Adrenalina.** Hormona secretada por la médula suprarrenal que tiene acciones similares a las que produce la estimulación simpática.
- **Afasia.** Incapacidad para expresarse correctamente a través del habla.
- **Agudo.** Dícese de un trastorno de inicio rápido, síntomas intensos y evolución breve.
- **Amnesia.** Falta o pérdida de la memoria.
- **Anemia.** Trastorno de la sangre en el cual el número de glóbulos rojos funcionantes o su contenido de hemoglobina es anormal.
- **Antioxidante.** Sustancia que inactiva los radicales libres derivados del oxígeno.

B

- **Barbitúrico.** Tipo de sustancia derivado del ácido barbitúrico utilizada principalmente como hipnótico y sedante.
- **Benzodiacepinas.** Tipo de sustancia empleada tradicionalmente como ansiolíticos, potenciando la acción del ácido gamma-amino-butírico.
- **Bipolaridad.** Trastorno del estado de ánimo caracterizado por la alteración entre estados maniacos y depresivos.
- **Bulimia.** Trastorno caracterizado por ingestión alimenticia excesiva aunado a purgas en forma de vómitos auto provocados.
- **Bradipsiquia.** Enlentecimiento del pensamiento.

C

- **Catatonía.** Trastorno caracterizado por falta de movilidad, flexibilidad, oposición y negativismo.
- **Cerebro.** Órgano situado en el interior del cráneo, elemento central del sistema nervioso, cuya principal función es la dirección y gestión del conjunto de sistemas que forman al organismo.
- **Ciclotimia.** Trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de las alteraciones del humor cambiantes entre depresión y euforia.
- **Cognoscitivo.** Paradigma de la psicología centrado en la comprensión y el estudio de procesos cognitivos que rigen y regulan el comportamiento humano a partir de una metodología científica.

- **Coma.** Estado más profundo de la pérdida de conciencia, en la que el sujeto no responde a ningún tipo de estimulación.
- **Comportamiento.** Manera de actuar frente a una determinada situación.
- **Compulsión.** Acto ritualizado que se lleva a cabo con el propósito de aliviar la ansiedad generado por un pensamiento o acto concreto.
- **Conducta.** Cualquier acto o acción realizado por un organismo, generalmente de manera incondicional y voluntaria.
- **Contratransferencia.** Proyección de un conjunto de sentimientos, reacciones y emociones por parte de la terapeuta sobre su paciente.
- **Convulsión.** Contracciones violentas, bruscas e involuntarias de la musculatura, generadas por una alteración en la actividad cerebral.

D

- **Delirio.** Alteración del contenido del pensamiento, idea o creencia determinada que se presenta como vivencia real.
- **Delirium.** Estado de alteración del nivel de conciencia de gravedad variable, de inicio súbito y corta duración provocando una disminución de las capacidades intelectuales.
- **Demencia.** Trastorno neurodegenerativo, generalmente de origen biológico que cursa un deterioro progresivo de diferentes capacidades cognitivas tales como memoria, habla y secuenciación del pensamiento.

- **Depresión.** Trastorno del estado de ánimo caracterizado por un estado triste e irritable y síntomas como desesperanza, disminución de la capacidad de atención y percepción de la realidad.
- **Descarrilamiento.** Patrón del lenguaje en el que no existe un hilo conductor en el discurso verbal.
- **Despersonalización.** Sensación de no estar en el cuerpo propio y la mente propia.
- **Desplazamiento.** Mecanismo de defensa basado en que la persona proyecta una situación, estímulo o persona determinada que le han provocado otras situaciones.
- **Desrealización.** Sensación de irrealidad con respecto a lo que se vive, se perciben cosas, entorno como extrañas e irreales.
- **Diaforesis.** Sudoración abundante.
- **Dislalia.** Trastorno del habla en el que se producen dificultades en la articulación de fonemas, generando situaciones, distorsiones o adiciones.
- **Disfemia.** Conocida como tartamudez, se refiere a aquel trastorno de la fluidez del habla en el que el sujeto sufre un bloqueo en forma de espasmo que impide e interrumpe la formación de palabras.

E

- **Empatía.** Capacidad de percibir, detectar y compartir el estado de ánimo y perspectiva de una persona.

- **Eritrofobia.** Fobia o miedo intenso e irracional a sonrojarse en público y que otros se percaten de ello. Vinculado al miedo a ser juzgado por los demás.
- **Ergofobia.** Miedo patológico e irracional o fobia a presentarse en el propio puesto de trabajo. No impide necesariamente la incapacidad de mantener una ocupación laboral, pero lo dificulta. Las causas pueden ser múltiples.
- **Escisión perceptiva.** Desintegración y separación en diferentes elementos de aspectos de un mismo estímulo, que son captadas de manera separada. Por ejemplo se capta de forma separada sonido e imagen, o color y forma.
- **Esquizofrenia.** Trastorno de tipo psicótico caracterizado por la presencia de síntomas positivos como alucinaciones y delirios y/o negativos como empobrecimiento y alteración del lenguaje, dificultades de mantenimiento de la atención. Uno de los síntomas más conocidos es la presencia de alucinaciones generalmente auditivas. Existen diversos subtipos.
- **Estereotipia.** Realización de determinados movimientos, posturas o emisión de sonidos de forma repetitiva o ritualizada sin una finalidad específica.
- **Estrés.** Estado de intensa activación fisiológica que pretende actuar como mecanismo para afrontar una situación amenazante. Si se prolonga en el tiempo puede generar cansancio y agotamiento ante el desgaste provocado por el uso continuado de recursos energéticos tanto a nivel físico como mental.
- **Estupor.** Estado de alteración de conciencia del que resulta muy complejo salir, requiriendo de una estimulación muy potente para ello.

- **Eutimia.** Estado emocional considerado normativo, sin grandes alteraciones y relativamente estable.
- **Extraversión.** Rasgo de la personalidad que se caracteriza por la centración hacia el mundo exterior.

F

- **Fetichismo.** Tendencia a la presencia de fantasías sexuales recurrentes vinculadas al uso de objetos no animados provocando malestar o deterioro.
- **Filia.** Gusto, preferencia o afición a determinadas situaciones o estímulos, a los cuales se tiende a acercarse. Se considera lo opuesto a la fobia.
- **Filofobia.** Fobia a enamorarse. Temor a vincularse afectivamente, en muchos casos derivado del miedo al abandono o a la humillación.
- **Fobia.** Miedo irracional, desproporcionado y de elevada intensidad a un estímulo o situación concreto que provoca la evitación (o deseo de evitación) conductual del estímulo. El estímulo temido genera ansiedad y angustia.
- **Flebitis.** Inflamación de una vena por lo general en los miembros inferiores.
- **Freud, Sigmund.** Padre del psicoanálisis. Este doctor vienés estableció el psicoanálisis como método de estudio del comportamiento, de explicación de la psique y de tratamiento de los problemas mentales. Centraba su teoría en la presencia de conflictos entre las diferentes estructuras psíquicas y la

represión de las pulsiones e instintos inconscientes. Consideraba que psique estaba fundamentalmente dirigida por la pulsión sexual o libido, elaborando diferentes teorías respecto al funcionamiento mental y el desarrollo psicosexual.

- **Frotteurismo.** Parafilia caracterizada por la presencia continuada de fantasías e impulsos sexuales vinculados a la idea de rozarse con personas desconocidas y en contra de su voluntad, impulsos que o bien se han llevado a cabo o bien generan malestar en el sujeto.

G

- **Gen.** Unidad biológica de la herencia. Segmento de ADN localizado en una posición específica en un cromosoma dado.
- **Genética.** Estudio de los genes y herencia.
- **Genoma.** Conjunto completo de genes de un organismo.
- **Genotipo.** Organización genética de un individuo; combinación de alelos presentes en una o más localizaciones cromosómicas.
- **Glándula pineal.** Glándula crónica localizada en el techo del tercer ventrículo que secreta melatonina.

H

- **Hematoma.** Tumor o tumefacción que contiene sangre

- **Heminegligencia.** Trastorno causado por alteraciones y lesiones neurológicas en el que el afectado tiene severas dificultades o tiene imposibilidad de captar la mitad del hemicampo, no siendo consciente de parte de su percepción y no pudiendo orientarse, responder o actuar en el lado opuesto al de la lesión cerebral.
- **Hemiplejia.** Parálisis del miembro superior, tronco y miembro inferior de un lado del cuerpo.
- **Herencia.** Adquisición de rasgos físicos mediante la transmisión de información genética de los padres a la descendencia.
- **Hiperventilación.** Frecuencia respiratoria más alta que la requerida para mantener una presión parcial de dióxido de carbono.
- **Hipotálamo.** Porción del diencefalo ubicada por debajo del tálamo que forma el suelo y parte de la pared del tercer ventrículo.
- **Hipocondría.** Trastorno mental que se caracteriza por una preocupación constante y obsesiva por la propia salud y por una tendencia a exagerar los sufrimientos, que pueden ser reales o imaginarios.
- **Histeria.** Estado de intensa excitación nerviosa, provocado por una circunstancia o una situación anómala, en el que se producen reacciones exageradas y que hace que la persona que lo padece muestre sus actitudes afectivas llorando o gritando.
- **Homeóstasis.** Estado en el que el medio interno del organismo se mantiene relativamente constante de los límites fisiológicos.

- **Hormona.** Secreción de las células endocrinas que modifica la actividad fisiológica de las células diana del cuerpo.

I

- **Ilusión.** Percepción o interpretación distorsionada por un estímulo real existente, aunque ambiguo.
- **Impulso nervioso.** Onda de despolarización y repolarización que se autopropaga a lo largo de la membrana plasmática de una neurona.
- **Infección.** Invasión y multiplicación de microorganismos en los tejidos corporales.
- **Influencia.** Capacidad de un sujeto para alterar el comportamiento o pensamiento de otro.
- **Inmunología.** Estudio de la respuesta de organismo cuando se enfrenta a antígenos.
- **Introversión.** Rasgo de la personalidad caracterizado por la centración en el mundo interior y en los procesos mentales propios.

K

- **Kinesiología.** Estudio del movimiento de las partes del cuerpo.

L

- **Laguna.** Episodios donde la memoria de una persona se ve afectada de forma que no puede acceder a determinado conocimiento.
- **Lemnisco medial.** Tracto de la sustancia blanca originado en los núcleos grácil y cuneiforme del bulbo raquídeo que se extiende del tálamo del mismo lado. Conducen impulsos nerviosos para la propiocepción, oído, tacto y equilibrio.
- **Lesión.** Cualquier cambio anormal localizado de un tejido del organismo.
- **Leucocito.** Glóbulo blanco.
- **Liderazgo.** Capacidad de guiar y dirigir la conducta humana de otras personas hacia un objeto concreto, gestionando la actuación de otras personas.
- **Linfa.** Líquido que contiene los vasos linfáticos y que fluye por el sistema linfático hasta el torrente sanguíneo.
- **Linfocito.** Tipo de glóbulo blanco que ayuda a llevar a cabo las respuestas inmunitarias mediadas por células y anticuerpos.
- **Locura.** Trastorno de perturbación patológica de las facultades mentales.
- **Locus del control.** Percepción por parte del individuo de la causalidad de diferentes fenómenos que le acontecen. Atribuye éxitos y fracasos a diferentes tipos de causas, estables o inestables.

- **Ludopatía.** Trastorno caracterizado por la presencia del impulso incontrolado y la necesidad de jugar a diferentes tipos de juegos de azar.

M

- **Manía.** Estado de ánimo expansivo y altamente activado con aceleración del pensamiento y del habla. Elevada impulsividad que puede llegar a la impulsividad e irritabilidad.
- **Melanina.** Pigmento negro, marrón o amarillo oscuro que se encuentra en algunas partes del cuerpo como la piel, pelo y capa pigmentada de la retina.
- **Melanocito.** Célula pigmentada localizada entre las células de la capa más profunda de la epidermis o debajo de ellas.
- **Melatonina.** Hormona secretada por la glándula pineal que ayuda a sincronizar el reloj biológico.
- **Memoria.** Capacidad de recordar pensamientos, por lo general, se la clasifica como corto y de largo plazo.
- **Modelamiento.** Tipo de terapia basada en el aprendizaje diferido en el que uno o varios sujetos actúan como modelos recreando una situación determinada, de forma que el paciente observa como realiza determinadas acciones y realiza un análisis introspectivo.

- **Moldeamiento.** Método mediante el cual se intenta conseguir el establecimiento de una conducta determinada a través de la realización de conductas cada vez más aproximadas a la deseada.

N

- **Nervio.** Grupo de axones o dendritas neuronales y tejido conectivo asociado que transcurren juntos fuera del sistema nervioso central.
- **Neurohipófisis.** Lóbulo posterior de la glándula hipófisis, también llamada lóbulo posterior de la hipófisis o pituitaria posterior.
- **Neurología.** Estudio del funcionamiento normal y de los trastornos del sistema nervioso.
- **Neurona.** Célula nerviosa que consiste en un cuerpo celular, dendritas y axón.
- **Neurona adrenérgica.** Neurona que libera adrenalina o noradrenalina como neurotransmisor.
- **Neurona colinérgica.** Neurona que libera acetilcolina como neurotransmisor.
- **Neurona motora.** Neurona que conduce impulsos desde el encéfalo hacia la médula espinal o del encéfalo y médula espinal por los nervios craneales o espinales.

- **Neuroticismo.** Rasgo psicológico que hace referencia al nivel de estabilidad o inestabilidad emocional de un individuo. Sujetos neuróticos con emocionalidad débil.
- **Neurotransmisor.** Una de varias moléculas presentes en las terminaciones axónicas que se liberan en la hendidura sináptica en respuesta a un impulso nervioso que cambia el potencial de membrana de la membrana postsináptica.
- **Noradrenalina.** Hormona secretada por la médula suprarrenal que tiene acciones similares a las que resultan de la estimulación simpática.

O

- **Obesidad.** Aumento de peso corporal superior al 20% del estándar deseable que se produce por acumulación excesiva de grasa.
- **Obnubilación.** Estado de alteración de la conciencia en la que se hace difícil captar la atención del individuo, estando continuamente distraído y pudiendo existir alteraciones perceptivas.
- **Obsesión.** Pensamiento repetitivo e incontrolado que aparece de una forma espontánea en la mente y procede a repetirse insistentemente, siendo percibido como inadecuado y altamente angustiante.
- **Organismo.** Forma viviente entera individuo.

P

- **Parafilia.** Presencia de fantasías persistentes de índole excitatorio hacia objetos de deseo atípicos que suelen incluir sujetos no humanos o no consintientes, objetos, dolor que producen malestar.
- **Parálisis.** Pérdida o disminución de la función motora por lesión nerviosa o muscular.
- **Paraplejía.** Parálisis de ambos miembros inferiores.
- **Pareidolia.** Fenómeno perceptivo a través de la cual la persona percibe un patrón o forma reconocible a un estímulo ambiguo o poco definido.
- **Pedofilia.** Subtipo de parafilia en el que el objeto de atracción sexual de un sujeto es una niña o niño menor de edad.
- **Plaqueta.** Fragmento de citoplasma encerrado en una membrana celular carente de núcleo.
- **Proyección.** Mecanismo de defensas en el cual el sujeto identifica características propias en otros individuos colectivos, objetos o identidades.
- **Pseudociesis.** Conocida también como embarazo psicológico. Se trata de un tipo de trastorno disociativo que provoca los síntomas propios de un embarazo sin que éste se haya producido realmente.
- **Psicoanaléptico.** Sustancia con efectos psicoactivos activadores, que provocan un aumento o aceleración del sistema nervioso.

- **Psicoanálisis.** Paradigma de la psicología centrado en el inconsciente y en la existencia de conflictos entre los instintos y su expresión externa. Se centra en gran medida en la parte profunda de la psique y su análisis, trabajando con elementos simbólicos. Asimismo también se focaliza en las vivencias pasadas de los pacientes, especialmente en aquellas ocurridas a lo largo del desarrollo. El psicoanálisis es considerado un marco teórico, una técnica de investigación y un método terapéutico.
- **Psicodisléptico.** Sustancia con efectos psicoactivos que genera una alteración en el funcionamiento del sistema nervioso, produciendo diferentes consecuencias y pudiendo alterar la percepción.
- **Psicoléptico.** Tipo de sustancia depresora, que provoca una desaceleración o disminución en la actividad del sistema nervioso.
- **Psicópata.** Individuo caracterizado por la falta de empatía, encanto superficial, baja responsabilidad y cordialidad y dificultades para establecer metas a largo plazo, dando prioridad a la satisfacción inmediata de las propias necesidades aunque sea a costa del perjuicio de los demás. Suelen presentar bajo nivel de obediencia a la autoridad y presentar comportamientos antisociales.
- **Psicótico.** Tipo de trastorno caracterizado por la presencia de una ruptura o desajuste de la psique con la realidad, observándose comportamientos poco habituales y siendo frecuente la presencia de alucinaciones y delirios.

R

- **Rapport.** Nivel de sintonía existente entre dos o más personas, refiriéndose generalmente a la relación existente entre paciente y terapeuta. Es necesario que el rapport sea positivo de cara a poder establecer una buena relación terapéutica.
- **Rasgo.** Característica de la persona consistente a través de las diferentes situaciones y que permanece estable a través del tiempo. Se trata de un elemento que permite establecer una tendencia a ser, ver el mundo o actuar de determinada manera.
- **Receptor.** Célula especializada o porción distal de una neurona que responde a una modalidad sensorial específica, como tacto, presión, frío, luz, sonido.
- **Receptor alfa.** Tipo de receptor para noradrenalina y adrenalina presente en los efectores viscerales inervados por neuronas simpáticas posganglionares.
- **Receptor beta.** Tipo de receptor adrenérgico para adrenalina y noradrenalina, presente en los efectores viscerales inervados por neuronas simpáticas posganglionares.
- **Regresión.** Concepto de origen psicoanalítico que hace referencia a la vuelta a una fase del desarrollo anterior como mecanismo de defensa ante eventos estresantes.
- **Represión.** Principal mecanismo de defensa, consistente en la erradicación de los contenidos mentales que resultan inaceptables para el sujeto.

- **Resiliencia.** Capacidad de hacer frente a situaciones traumáticas de manera adaptativa, saliendo fortalecido de dichas situaciones.
- **Rigidez.** Hiperotonía caracterizada por aumento del tono muscular, sin compromiso de reflejos.
- **Rol.** Papel o función asignado a una persona en una situación determinada. Supone una serie de expectativas respecto a la conducta de la persona a la cual se ha asignado con el rol en cuestión.

S

- **Sadismo.** Parafilia caracterizada por la excitación o obtención de placer a partir de la causación de dolor o humillación a otra persona.
- **Signo.** Elemento directamente observable para un observador externo. Se trata de un elemento objetivo que puede servir como indicador fiable de la existencia de un trastorno o problema.
- **Sinapsis.** Punto de interconexión entre dos o más neuronas. Se trata de un espacio intermedio en el que se produce la emisión y recaptación de los diversos neurotransmisores.
- **Sinestesia.** Aglutinación de sensaciones de diferentes modalidades en una misma percepción. Se fusionan y perciben de manera conjunta dos tipos de percepciones. Ante un sonido es posible percibir un color o ante una imagen oír un sonido, por ejemplo.

- **Síntoma.** Señal o indicio de carácter subjetivo de un estado anómalo o patológico. Deber ser referido por el propio sujeto para ser detectado, al no ser directamente observable.
- **Síntomas positivos.** Tipo de síntomas que se añaden al funcionamiento habitual del sujeto. Ejemplos de ello pueden ser las alucinaciones, los delirios o el comportamiento desorganizado. Típicos de la esquizofrenia y de los trastornos psicóticos.
- **Síntomas negativos.** Conjunto de síntomas que provocan una disminución en las capacidades habituales ya existentes en un sujeto. Por ejemplo, embotamiento afectivo o alogia. Suelen tener peor respuesta al tratamiento que los síntomas positivos y pueden causar deterioro a largo plazo.
- **Somatización.** Proceso inconsciente e involuntario mediante el cual un sujeto manifiesta corporal y fisiológicamente problemas psicológicos.
- **Shock.** Es una afección potencialmente mortal que se presenta cuando el cuerpo no está recibiendo un flujo de sangre suficiente. La falta de flujo de sangre significa que las células y órganos no reciben suficiente oxígeno y nutrientes para funcionar apropiadamente. Muchos órganos pueden dañarse como resultado de esto.

T

- **Taquipsiquia.** Aceleración del pensamiento. A menudo cursa con la incapacidad de seguir un hilo de pensamiento hasta su conclusión.
- **Temblor.** Contracción rítmica, involuntaria y sin sentido de grupos musculares oponentes.

- **Terros nocturnos.** Trastorno del sueño que se producen durante la cuarta fase del sueño no REM, concretamente en la fase de sueño profundo. Se trata de una proyección onírica que causa una honda sensación de pavor en el sujeto, pudiendo el sujeto incorporarse, gritar o agitarse. Durante este episodio el sujeto puede ser difícil de despertar. Tras el episodio la persona no tiene ningún tipo de recuerdo respecto a lo sucedido.
- **Tic.** Movimiento espasmodico e involuntario de músculos que normalmente están bajo control voluntario.
- **Transferencia.** Proceso mediante el cual un paciente proyecta un conjunto de sentimientos, emociones y reacciones sobre su terapeuta, las cuales suponen la evocación de vínculos anteriores que se llevan a un nuevo objeto.

W

- **Wundt, Wilhelm.** Fundador de la psicología experimental, creador del primer laboratorio de psicología y padre de la psicología como ciencia (antes de él era considerada parte de la filosofía). Fundó el estructuralismo. En sus inicios estudiaba sensaciones y aspectos como la velocidad de reacción a los estímulos. Consideraba que debía diferenciarse entre lo objetivo y lo subjetivo del comportamiento, teniendo una gran importancia para él la capacidad de introspección para analizar los procesos subjetivos.

Z

- **Zoofilia.** Parafilia que consiste en la atracción sexual por animales no humanos, dándose esta de forma consistente y continuada en el tiempo y pudiendo consumarse o no dicha atracción.