

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS:

SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERÍA DURANTE LA PRÁCTICA
HOSPITALARIA DESDE LA PERSPECTIVA DE HANS SELYE

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

ELIZBETH MONSERRAT DURÁN ARREOLA

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco el apoyo de mi familia que siempre creyó en mí, con esfuerzos, desvelos, trabajo y sobre todo tiempo para luchar en el desarrollo de ésta tesis.

Agradezco a Dios por permitirme darme la fortaleza de permanecer de pie ante el cansancio, la frustración y sobre todo por darme vida.

DEDICATORIA

Dedico ésta investigación a mis padres Isaías Durán Mauleón y Evelia Arreola Nieves que siempre me brindaron su apoyo incondicional tanto económica como moral y espiritualmente.

A mi profesor Florentino Medina Arriola y su constante orientación para la realización de este proyecto de investigación.

A mis hermanos que siempre tuvieron la confianza en mí de poder concluir satisfactoriamente tal proyecto.

Al amor de mi vida, mi esposo, mi apoyo incondicional, que ha sido mi mayor fortaleza en el último proceso de éste proyecto para que yo pueda obtener mi título.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEÓRICO	4
2.1 HANS SELYE.....	4
2.2 CONTRUBUYENTE.....	7
2.3 HIPÓTESIS	9
2.4 JUSTIFICACIÓN	10
2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
2.6 OBJETIVOS	11
2.6.1 GENERAL	11
2.6.2 ESPECÍFICOS.....	11
2.7 METODOLOGÍA.....	11
2.8 VARIABLES.....	11
2.9 ENCUESTA SOBRE EL SÍNDROME DE BURNOUT HOSPITALARIO.....	12
RESULTADOS.....	14
2.10 GRÁFICA.....	17
3. CONCEPTUALIZACIÓN.....	17
3.1 EL ESTRÉS EN ENFERMERÍA.....	18
3.2 FASES DE PRODUCCIÓN DE ESTRÉS.....	19
3.3 FACTORES QUE GENERAN ESTRÉS EN LA ENFERMERA.....	20
3.4 AGENTES ESTRESORES	23
3.5 CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS LABORAL	34
3.6 CARACTERÍSTICAS.....	35
4. ESTRÉS LABORAL EN ENFERMERÍA.....	42
4.1 HACIA UN LUGAR DE TRABAJO MÁS SALUDABLE	42
4.2 EL ESTRÉS COMO ESTÍMULO.....	44
4.2.1 LOS PEQUEÑOS CONTRATIEMPOS	44
4.2.2 LOS ESTÍMULOS PERMANENTES.....	44
4.3 EL ESTRÉS COMO RESPUESTA.....	46
4.4 EL ESTRÉS COMO INTERACCIÓN.....	47
4.5 FASES DE LA RESPUESTA DE ESTRÉS.....	48
4.6 MARCO COMUNITARIO LEGAL DEL ESTRÉS RELACIONADO CON EL TRABAJO.....	49

4.7 ALGUNOS DATOS SOBRE LA TENSIÓN LABORAL.....	50
4.8 SEGÚN LA OMS EL ESTRÉS	52
4.9 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS EN EL SÍNDROME DE BURNOUT	53
5. EL ESTRÉS OXIDATIVO	56
5.1. PROCESO DE OXIDACIÓN	56
5.2. La oxidación	56
5.2.1 Los Radicales Libres:	56
5.2.2. Los Antioxidantes:	57
5.2.3. El Estrés Oxidativo:	57
5.2.4. Los Diferentes Antioxidantes:	57
5.3. EFECTOS DEL ESTRES OXIDATIVO.....	58
5.4. PROPUESTA	59
5.4. EL ESTRÉS OXIDATIVO Y EL DESTINO CELULAR	59
5.5. ESTRÉS OXIDATIVO COMO ETIOLOGÍA	59
5.5.1 El estrés oxidativo	60
5.5.2. Estado de óxido - reducción de la célula.....	61
5.5.3. Especies reactivas del Oxígeno (EROs).....	62
5.5.4. Efectos de las EROs	64
5.5.5. Respuesta adaptativa al estrés oxidativo.....	66
5.5.6. Otras fuentes de EROs	67
5.5.7. Especies reactivas del Nitrógeno (ERNs).....	67
5.5.8. Defensas antioxidantes	68
5.5.9. Regulación de la respuesta al estrés oxidativo	70
5.6 ROL DEL GLUCATION EN LA RESPUESTA ANTIOXIDANTE	71
5.6.1. Antioxidantes en la alimentación	72
5.6.2. Otros mecanismos de protección	73
6. ENFERMERA CON SÍNDROME DE BURNOUT.....	74
Presentación del caso clínico.....	76
6.1 Caso Clínico	77
6.2 Diagnósticos de enfermería	80
6.3 Resultados enfermeros NOC	84
6.4 Evaluación	84
6.5 Discusión y conclusión.....	85

7. ESCALAS DE HAMILTON	85
7.1 PARA LA DEPRESIÓN.....	86
7.1.1 depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	87
7.1.2 Sentimientos de culpa	88
7.1.3 Suicidio.....	88
7.1.4 Insomnio precoz.....	88
7.1.5 Insomnio intermedio	89
7.1.6 Insomnio tardío	89
7.1.7 Trabajo y actividades.....	89
7.1.8 Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de.....	90
Concentración disminuida, disminución de la actividad motora).....	90
7.1.9 Agitación psicomotora	90
7.2 Ansiedad psíquica	90
7.2.1 Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales	91
7.2.2 Síntomas somáticos gastrointestinales	91
7.2.3 Síntomas somáticos generales	91
7.2.4 Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
.....	92
7.3.1 Hipocondría.....	92
7.3.2 Pérdida de peso	92
7.3.3 Introspección (insight)	92
7.4 DE ANSIEDAD	93
7.4.1 Instrucciones para el profesional	93
7.5 SÍNDROME DE BURNOUT EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.....	94
7.5.1. Estrés	95
7.5.2. Componentes.....	97
7.5.3. Signos y síntomas	98
7.5.4. Fisiopatología del estrés.....	98
7.5.6. Medición del estrés.	102
7.6 Estrés laboral.....	102
7.6.1. Factores psicosociales en el trabajo.....	103
7.7 Estrés y actividad profesional.....	106
7.7.1. Trabajo apresurado:	106

7.7.2. Peligro constante:.....	106
7.7.3. Riesgo vital	106
7.7.4. Confinamiento	107
7.7.5. Alta responsabilidad:	107
7.7.6. Riesgo económico.....	107
8. MANEJO DEL SÍNDROME DE BURNOUT	107
8.1 NIVELES DE GÓMEZ Y OKO	107
8.1.1 Gestión Individual.....	107
8.1.2 Gestión Social.....	108
8.1.3 Gestión Institucional	109
8.1.4 Prevención	109
8.1.5 Afrontamiento.....	110
8.2 TÉCNICAS DE RELAJACIÓN	112
8.2.1 Visualización	112
8.2.2 VISUALIZACIÓN CREATIVA	113
8.2.3 RELACIÓN ENTRE RELAJACIÓN Y VISUALIZACIÓN	114
8.2.4 MÉTODOS DE LA MEDITACIÓN.....	115
8.2.5 RECOMENDACIONES.....	116
8.3 APRENDIENDO A RELAJARSE.....	118
8.3.1 EJERCICIOS DE RELAJACIÓN.....	119
8.4 TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE BURNOUT	119
8.4.1 BUSCAR APOYO SOCIAL PARA MANEJAR EL ESTRÉS	120
8.4.2 PONERSE EN MOVIMIENTO	121
8.4.3 MODIFICAR LA FORMA DE VER EL TRABAJO.....	121
8.4.4 HACER UNA DIETA SALUDABLE	121
8.4.5. REEVALUAR PRIORIDADES	122
8.5 EL HOSPITAL DEBE	123
8.6 LOS TRABAJADORES.....	123
9. CONCLUSIÓN.....	124
10. BIBLIOGRAFÍA.....	128
10.2 BÁSICA	128
10.2 COMPLEMENTARIA.....	131
GLOSARIO	132

1. INTRODUCCIÓN

El estrés relacionado al ambiente de trabajo ha sido un tema ampliamente estudiado en las últimas décadas, bajo diferentes abordajes, en el sentido de identificar su participación en la etiología de alteraciones de la salud de los trabajadores. Entre los modelos utilizados para evaluarlo, así como sus repercusiones en la salud de las personas, se destaca el Modelo Demanda-Control, el cual presupone que el estrés ocupacional es resultante del desequilibrio entre demandas psicológicas y control sobre el trabajo, pudiendo ocasionar consecuencias nocivas a la salud de los trabajadores. O sea, cuanto mayor la demanda y menor el control sobre el trabajo, mayor será el riesgo de enfermedad físico o psicológico.

El control sobre el trabajo engloba aspectos referentes al uso de habilidades intelectuales (el grado con que el cual el trabajo envuelve aprendizaje de cosas nuevas, repetitividad, creatividad, tareas variadas y el desarrollo de habilidades especiales individuales) y autoridad de decisión (incluye la habilidad individual para la toma de decisiones sobre el propio trabajo, la influencia del grupo de trabajo y la influencia en la política gerencial). Ya la demanda psicológica se refiere a las exigencias psicológicas enfrentadas por el trabajador durante la ejecución de sus tareas.

En cuanto al apoyo social, las cuestiones se refieren a las relaciones con compañeros y jefes. Las dimensiones demanda psicológica y control sobre el trabajo, dan origen a los cuadrantes del Modelo Demanda-Control: alto desgaste en el trabajo, trabajo activo, trabajo pasivo y bajo desgaste.

Los cuadrantes bajo desgaste y trabajo activo son referidos, por el autor, como los de menor asociación a riesgo de enfermedad, en cuanto el cuadrante alto desgaste, seguido por el trabajo pasivo, como los de mayor asociación a ese riesgo. Varias investigaciones han sido realizadas, buscando asociaciones entre alto desgaste en el trabajo, según el Modelo Demanda-Control, y alteraciones de salud. La hipertensión arterial, problemas psíquicos menores y dolor muscular-esquelético, están entre los principales agravios investigados, habiendo sido encontrada, en muchos de ellos, asociación positiva con el alto desgaste.

La utilización del Modelo Demanda-Control, fue descrita, en dos estudios que involucraron instituciones públicas en Brasil y en el Exterior, la posibilidad de interferencia de la estabilidad en el empleo, en cuanto a la percepción de las exigencias proveniente del proceso de trabajo que podrán estar minimizadas.

A pesar de que los estudios de los agravios a la salud de los trabajadores de enfermería se han desarrollado mucho, en los últimos años, su relación con factores estresantes, en el ambiente de trabajo, todavía necesitan de mayor elucidación. En ese sentido, conocer el perfil de los trabajadores de enfermería de emergencia frente a su percepción de las demandas psicológicas y del control sobre el trabajo, podrá subsidiar la planificación y la implementación de acciones para una mejor calidad de vida y de trabajo, tanto por parte de los trabajadores, como de los gestores de las Instituciones de Salud.

El Síndrome de Burnout se presenta frecuentemente en los profesionales sanitarios y en específico afectación en el cual en las Enfermeras. Donde se ha observado que intervienen varios factores; caracterizándose específicamente en cansancio emocional, despersonalización y ausencia de realización personal.

Con base de lo antes mencionado, en el presente trabajo de tesis, tiene como propósito de investigación Si el Síndrome de Burnout es generador de insatisfacción laboral en las enfermeras(os).

Veinte Enfermeras que equivalen al 100%, a quienes se les aplicó el Cuestionario Breve de Burnout, el cual evalúa variables de factores estresantes, comunicación entre miembros de salud y servicios de un hospital de especialidades. Previo a su consentimiento informado.

Los sujetos afectados por este síndrome muestran desilusión, irritabilidad y sentimiento de frustración, se enfadan y desarrollan actitudes suspicaces. Se vuelven rígidos, tercos e inflexibles. Así mismo, afloran síntomas de carácter psicossomático como por ejemplo mayor cansancio, dificultades respiratorias, problemas gastrointestinales, entre otras. Este conjunto de síntomas y signos de carácter actitudinal, conductual y psicossomático se entienden como las consecuencias del síndrome de Burnout o de "quemarse con el trabajo".

El síndrome de Burnout, no se había presentado solo en profesionales sanitarios sino que también ha afectado a educadores, trabajadores sociales, policías y un largo número de profesionales que utiliza la relación y de ayuda en su desempeño profesional, y como resultado de estar sometido a una presión emocional repetida y prolongada. Si concibe como una respuesta a la insatisfacción laboral, se tomaran en consideración 2 elementos claves, como son: el entorno y la persona.

El estrés es un fenómeno cada vez más frecuente y con consecuencias importantes, ya que puede afectar al bienestar físico y psicológico y también deteriorar la salud de las organizaciones. Es un elemento empobrecedor de la salud y la eficiencia, tanto individual como social, y actúa en gran medida en el lugar de trabajo, convirtiéndose en un aspecto principal de la seguridad y la salud laboral.

La magnitud de los problemas relacionados con el estrés va en aumento debido a que el carácter del trabajo ha cambiado radicalmente en las últimas décadas.

Tareas de todo tipo, que tradicionalmente requerían fuerza muscular, precisan ahora, muchas veces, un esfuerzo mental motivado en gran medida por la informatización del proceso de producción.

Por otro lado, el ritmo de trabajo ha ido incrementándose constantemente, y con un número menor de trabajadores se deben alcanzar los mismos resultados e incluso mayores. El estrés es el resultado de la adaptación de nuestro cuerpo y nuestra mente al cambio, adaptación que exige un esfuerzo físico, psicológico y emocional.

La situación del trabajo y de la economía actual está provocando continuamente situaciones que suponen un reto para los trabajadores. Que difícilmente podrán resistir la rapidez de los cambios.

Ahora bien, no siempre las respuestas para hacer frente a las demandas tienen un carácter negativo ya que muchas veces son a la supervivencia en principio actúan de forma efectiva para permitirnos enfrentarnos a ciertas situaciones de nuestra vida.

Al aumentar el estrés, pueden mejorar los niveles de salud y rendimiento, siempre que no se dé con excesiva frecuencia e intensidad y supere nuestra capacidad de adaptación. Además, el aburrimiento y la falta de estímulo, producto de un grado insuficiente de estrés, también pueden perjudicar nuestra salud.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 HANS SELYE

Biografía

(Viena, 1907 - Montreal, 1982) Fisiólogo y médico austriaco nacionalizado canadiense. Realizó sus primeros estudios en la ciudad de Praga, en cuya Universidad se doctoró en 1929; con intención de ampliar sus conocimientos, pasó algunos años por Europa, en París y en Roma, hasta que emigró a Norteamérica en la década de los treinta.

Desde 1933 estuvo en la Universidad McGill, en Montreal, donde sus muchos méritos le valieron el ser nombrado director del Instituto de Medicina y Cirugía Experimental y de la Universidad Francófona de dicha ciudad. Debe su fama a su obra cumbre, aparecida en 1950 bajo el título de Stress, que supuso un hito en la historia de la medicina moderna.

Aunque en la actualidad el interés de los estudios de Selye sobre las consecuencias fisiológicas y bioquímicas de la ansiedad en los seres humanos ha decrecido notablemente, sus investigaciones revolucionaron en su momento las concepciones sobre el stress.

VIDA Y OBRAS

Modelo de Hans Selye:

El Síndrome de Adaptación General de Selye, aplicado a nuestro tema, se basa en la respuesta del organismo ante una situación de estrés ambiental distribuida en tres fases o etapas:

1. Fase de alarma. Ante la percepción de una posible situación de estrés, el organismo empieza a desarrollar una serie de alteraciones de orden fisiológico y psicológico (ansiedad, inquietud, etc.) que lo predisponen para enfrentarse a la situación estresante. La aparición de estos síntomas está influida por factores como los parámetros físicos del estímulo ambiental (p.e. intensidad del ruido), factores de la persona, el grado de amenaza percibido y otros como el grado de control sobre el estímulo o la presencia de otros estímulos ambientales que influyen sobre la situación.
2. Fase de resistencia. Supone la fase de adaptación a la situación estresante. En ella se desarrollan un conjunto de procesos fisiológicos, cognitivos, emocionales y comportamentales destinados a "negociar" la situación de estrés de la manera menos lesiva para la persona.

Si finalmente se produce una adaptación, esta no está exenta de costos, disminución de la resistencia general del organismo, disminución del rendimiento de la persona, menor tolerancia a la frustración o presencia de trastornos fisiológicos más o menos permanentes y también de carácter psicosomático.

3. Fase de agotamiento. Si la fase de resistencia fracasa, es decir, si los mecanismos de adaptación ambiental no resultan eficientes se entra en la fase de agotamiento donde los trastornos fisiológicos, psicológicos o psicosociales tienden a ser crónicos o irreversibles.

Contribuciones y logros:

En su segundo año de la Facultad de medicina, Selye empezó a trabajar en su teoría de la influencia del estrés sobre la capacidad de una persona para manejar las presiones de la lesión y la enfermedad. Descubrió que los pacientes con una variedad de dolencias demostraron un montón de síntomas similares, que se asoció con su esfuerzo para hacer frente para arriba con el estrés de estar enfermo.

Selye denominó esta colección de síntomas como "síndrome de adaptación general". Él ganó la aclamación mundial por sus extraordinarias contribuciones y fue nombrado a "el Einstein de la medicina".

Selye define el "estrés" en 1936 en su primer papel científico. Escribió más de 1700 artículos académicos y 39 libros sobre el estrés. Su trabajo ha sido mencionado en millones de publicaciones en casi todos los idiomas importantes del mundo. Dos libros importantes de Selye Del estrés de la vida (1956) y la Tensión sin angustia (1974) fueron Best-sellers y vendieron millones de copias en todo el mundo.

Como médico y endocrinólogo, tuvo tres doctorados ganados y 43 doctorados honoris causa.

MÁS TARDE LA VIDA Y LA MUERTE:

Hans Selye trabajó también como profesor y director del Instituto de Medicina Experimental y cirugía en el Université de Montréal. Durante su estancia, él mostró el papel de las respuestas emocionales en crear o luchar mucho el desgaste y el rasgón que se sentía por los seres humanos en su vida útil.

Selye murió en 1982 en Montreal, donde había pasado gran parte de la vida investigando a los temas relacionados al estrés.

2.2 CONTRUBUYENTE.

ALBERT EINSTEIN

Nace en 1879, en Ulm, Württemberg, Alemania, su padre Herman es comerciante y su madre Pauline además de atender su hogar es una excelente pianista.

Al año de nacer, sus padres se trasladan a Múnich. En esos primeros años, las capacidades intelectuales de Albert preocupan seriamente a sus padres, el niño se encierra en un mutismo alarmante y comienza a hablar relativamente tarde. No obstante, Albert evoluciona en un ambiente familiar armonioso.

En la escuela obtiene excelentes resultados pero es un niño solitario; y en el liceo se destaca en matemáticas y latín. Para esa época experimenta una crisis de misticismo religioso; pero a medida que aumenta su interés por las ciencias, su religiosidad se esfuma progresivamente.

A los 14 años, sus padres deciden trasladarse a Italia y Albert se queda solo en Munich para terminar sus estudios secundarios. Tiene pocos compañeros y sus profesores no lo aprecian. Su profesor de griego le señala que está perdiendo el tiempo en el liceo porque nunca llegará a nada.

Al año siguiente Albert toma la decisión de abandonar sus estudios secundarios en Munich y los culmina en la pequeña ciudad de Aarau.

Posteriormente ingresa en el Politécnico de Zurich, el más importante de Europa, pero al año siguiente Albert se enamora, de Mileva Maric, la única chica de su clase del Politécnico, que es de origen serbio y de religión ortodoxa.

Su relación de compañerismo se convierte en una unión apasionada; Albert encuentra en Mileva a una persona con quien puede compartir su interés por las ciencias y por la música.

Su madre la rechaza de inmediato y nunca la acepta. Sin embargo, Mileva da a luz una beba mientras Albert está en Berna, donde finalmente ha encontrado un empleo fijo como experto en la Oficina de Patentes.

La hija de Einstein es un misterio, sus biógrafos tampoco pudieron saber qué fue de ella.

Albert trabaja de día haciendo peritajes de aparatos eléctricos y de noche se dedica a estudiar las relaciones entre la teoría mecánica y el electromagnetismo.

Ese año, su padre de 55 años fallece en Italia, víctima de un ataque cardíaco. Su madre vuelve a Alemania y Albert se reúne con Mileva en Berna. El 6 de enero de 1903 Mileva y Albert se casan sin la participación de su familia.

En los años siguientes Einstein realiza un conjunto de descubrimientos fundamentales que conmocionan la física. En 1905 publica la famosa fórmula de la equivalencia entre la masa y la energía: $E=mc^2$. Ya famoso, en 1908 obtiene un puesto universitario, primero en Berna y luego en Praga y en 1912 es nombrado profesor en el Politécnico de Zurich. Mientras tanto, las relaciones con Mileva se hacen cada vez más distantes.

En 1913 ingresa en el Kaiser Wilhelm Institut de Berlin en el que permanecería veinte años trabajando en equipo con Planck, y otros destacados científicos alemanes.

En 1914 Mileva y Albert se separan y recién en 1919 obtiene el divorcio, dejando Einstein que su esposa se ocupe de los hijos de ambos. Ese mismo año Albert contrae enlace con su prima Elsa con quien mantenía una relación desde hacía años.

Su madre muere en 1920 y en 1921 obtiene el premio Nóbel de física.

En 1932 se radica en Estados Unidos invitado por un centro científico, anticipándose a la persecución nazi. En Berlín fue relevado de sus funciones universitarias y luego le siguió la incautación de sus bienes y la prohibición de la enseñanza de sus teorías.

En el Instituto de Estudios Superiores de Princeton, Estados Unidos, transcurre la última etapa de su vida dedicado a su teoría del campo unitario que pretende sintetizar las interacciones gravitatorias y electromagnéticas en un único espacio, con el fin de lograr una teoría unificada del universo. Pero no pudo cumplir su objetivo y aún hoy los científicos están tratando de ponerse de acuerdo en estas cuestiones.

En 1955 fallece en Estados Unidos.

La influencia de su familia, dedicada al negocio de la electricidad; de su tío Jakob que era ingeniero y que lo inicia en la Geometría a una edad muy temprana; de su madre, que lo impulsa hacia el estudio, la lectura y la música; de Mileva, su primera mujer, que comparte sus conocimientos científicos y lo alienta; del contexto histórico en que se desarrolla su vida; sumados a su excepcional capacidad de concentración y su formidable poder imaginativo, hicieron posible la universal celebridad de Einstein.

2.3 HIPÓTESIS.

El estrés de enfermería en la práctica hospitalaria, es el resultado de ciertos factores que alteran la estabilidad emocional, física y social con los pacientes en relación con las actividades que se realizan en el hospital en las diferentes áreas, tomando en cuenta que éste último es de especialidades.

2.4 JUSTIFICACIÓN.

Es necesario hablar del estrés en la práctica hospitalaria porque el personal de Enfermería tendrá mayores conocimientos sobre el mismo y podrá ponerlos en práctica para evitar complicaciones con los pacientes a causa de las consecuencias de estar estresado (a).

Para poder brindar una excelente atención de Enfermería para con los pacientes, es necesario saber que deben influir valores, conocimientos, buen trato, buena presentación y aprender a separar situaciones personales con situaciones del trabajo con el paciente, por eso es importante mencionar factores y cómo controlar el estrés.

2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El síndrome de Burnout en enfermería durante la práctica hospitalaria, es un factor de gran importancia para causar negligencias, malos comportamientos, irritabilidad, descontrol personal, mal trato con los pacientes y compañeros de trabajo, es por ello que presento éste tema como trabajo de investigación porque para una institución hospitalaria no es conveniente que si personal padezca éste tipo de síndrome lo que me lleva a pensar es que es un problema que tal vez no se puede quitar al 100%, pero si se puede controlar y así brindar una mejor atención.

2.6 OBJETIVOS.

2.6.1 GENERAL

Brindar conocimientos sobre cómo tratar el estrés de enfermería en la práctica hospitalaria diaria así como los factores que alientan a surgir el estrés, para aprender a controlar el mismo y evitar situaciones críticas que puedan afectar a los pacientes.

2.6.2 ESPECÍFICOS

1. Identificar el estrés en Enfermería durante la práctica hospitalaria Diaria.
2. Evaluar los factores que alteran la mente para adquirir al estrés.
3. Detectar el área donde se desarrolla el estrés en el quehacer enfermería.

2.7 METODOLOGÍA

Se va a utilizar un método de investigación llamado encuesta a través por el cual se obtendrán resultados que nos va a servir como guía para saber cómo está la población a nivel del estrés, así como la identificación de los factores en los que se desenvuelve más el estrés enfermería.

2.8 VARIABLES.

1. Identificar el estrés en Enfermería durante la práctica hospitalaria Diaria.

La variable está en las y los enfermeros son más propensos al estrés cuando están en el área de trabajo en segundo y tercer nivel.

2. Evaluar los factores que alteran la mente para adquirir al estrés.

La variable se encuentra en los factores causantes del estrés en el personal de enfermería durante la práctica hospitalaria.

3. Detectar el área donde se desarrolla el estrés en el quehacer enfermería.

Se especifica el área de trabajo por ejemplo a variable está en el servicio en el que se encuentra trabajando, de ello dependiendo la adquisición de estrés.

2.9 ENCUESTA SOBRE EL SÍNDROME DE BURNOUT HOSPITALARIO.

Núm.	Preguntas.	SI	NO
1	¿Sabe el concepto de "síndrome de Burnout?"		
2	¿Cree que el estrés en Enfermería es común durante la práctica hospitalaria?		
3	¿La paternidad/maternidad es un factor de estrés durante el trabajo como personal sanitario?		
4	¿El servicio de quirófano es un servicio de mayor estrés en comparación con los demás servicios?		
5	¿El servicio donde se realiza sólo administración, es más relajado que urgencias?		
6	¿Son la misma carga de trabajo el servicio de la unidad tóco quirúrgica con quirófano?		
7	¿La comunicación es importante entre todo el personal sanitario?		
8	¿En el HNSS el personal está capacitado para cada una de las cargas de trabajo?		

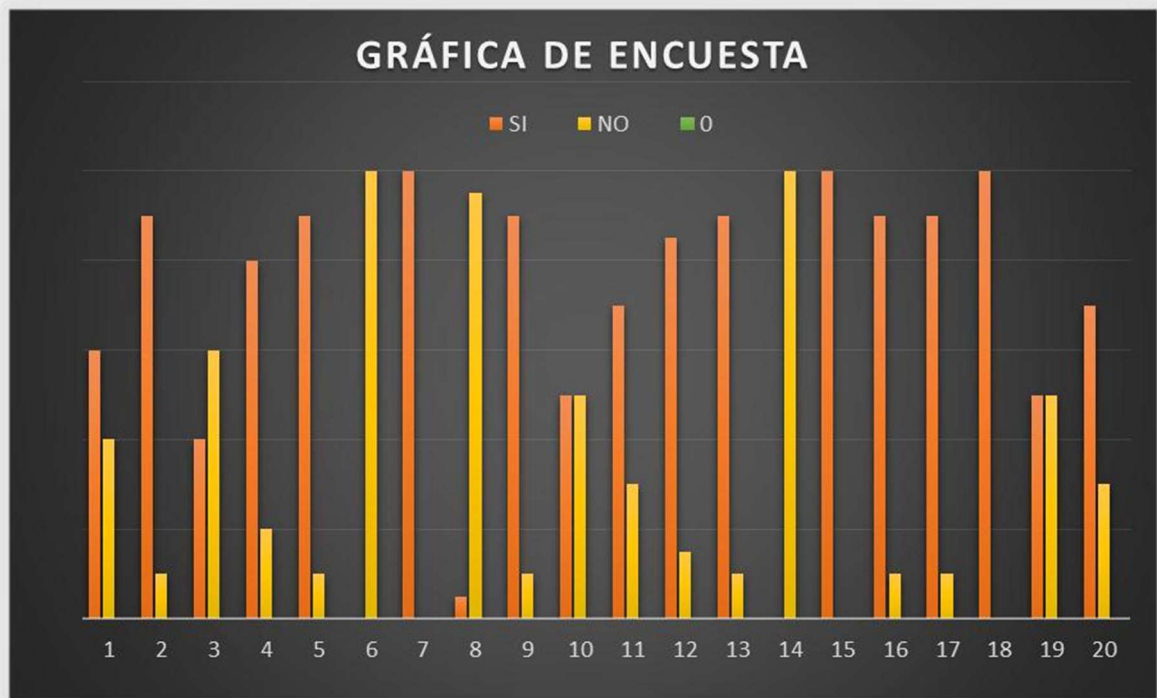
9	¿El personal de Enfermería está correctamente distribuido en cada servicio?		
10	¿En general el personal sanitario muestra alto nivel de estrés?		
11	¿Puede controlar el estrés cuando está laborando frente a los pacientes?		
12	¿Usted es capaz de separar el estrés laboral con los problemas personales?		
13	¿Cree que el hospital como empresa debe ser más considerado con el personal en general?		
14	¿El sueldo está balanceado con lo que merece cada persona de acuerdo a su labor?		
15	¿El estrés lo considera ser factor para el mal desempeño laboral?		
16	¿Los malos tratos del personal hacia los pacientes, se debe al nivel alto de estrés?		
17	¿Conoce los síntomas del estrés durante la práctica hospitalaria?		
18	¿Modificaría aspectos para trabajar de distinta manera y evitar tanto estrés?		
19	¿Está conforme con su puesto en el hospital?		
20	¿Ayuda a su compañera (o), cuando se encuentra en situación de alto estrés?		

RESULTADOS.

1. En ésta pregunta me doy cuenta de que a pesar de que la mayoría tiene éste síndrome, aun así, no todos saben lo que realmente significa.
2. Durante la práctica hospitalaria, es muy común el estrés, esto debido a la carga laboral.
3. Debido a que el hecho de ser madre o padre de familia nos distrae, realmente no es gran factor para aumentar el estrés durante el trabajo hospitalario como personal sanitario.
4. Por el hecho de que en el servicio de quirófano no se cuenta con el personal debido, se da más la cuestión estresante por la carga de trabajo que ahí se genera.
5. La mayoría concuerda con que el área administrativa es menos estresante por el simple hecho de que ahí no se está tratando directamente con la vida del paciente.
6. Existe gran diferencia entre el área de quirófano y la tóco, porque en tóco todo es más rápido y las cirugías son más comunes y en quirófano son más cirugías diferentes por lo que se ocupan más materiales y se genera más trabajo dando así como resultado más estrés.
7. El estrés es muy común en el personal de enfermería por lo que existe infinidad de factores por los cuáles nos lleva a tener cierta irritabilidad por el trabajo acumulado.
8. Generalmente siempre que se contrata personal en el HNSS tendemos a generar estrés por el hecho de que lo que realizan no es lo que estamos acostumbrados a hacer y nos cambian toda la rutina, entonces la mayoría está de acuerdo con que no hay suficiente personal capacitado.
9. Dentro de las áreas de hospitalización, siempre va a existir enfermeras (os) que saben mucho de un área pero también desconocen mucho de otras áreas.
10. El personal muestra estrés generalmente cuando se encuentra en una situación de mucho trabajo por ejemplo cuando hay muchos pacientes y poco personal, pero eso no quiere decir que todo el tiempo va a existir estrés en ellos (as).

11. La mayoría concuerda con que el estrés se puede controlar, observando que se pueden realizar ciertos ejercicios como de respiración y e intentar tranquilizarse y así relajarse evitando que éste mismo se eleve.
12. Se puede separar el estrés con cuestiones personales ya que a través del tiempo se va adquiriendo la habilidad de darle la importancia necesaria a cada cosa en tiempo y forma.
13. La gran mayoría o bien todos piensan que el hospital debe ser más considerado con el personal para así evitar que por causa del estrés se cometan negligencias.
14. El sueldo es una de las principales cosas por lo que se trabaja, por ende es muy considerable tomar en cuenta que se debe ser justo conforme al trabajo que realiza cada personal de enfermería.
15. Es un factor el estrés para poder trabajar bien o hacer las cosas mal, por lo que es importante aprender a controlarlo.
16. Sobre todo en el personal de enfermería se da mucho que sobresalga el mal trato de enfermería para con los pacientes debido a la carga de trabajo que generalmente se genera.
17. La mayoría ha padecido estrés, es por ellos que conocen cuáles son los síntomas, lo negativo es que no todos se tratan.
18. Se considera que se debe modificar ciertos aspectos dentro de cada área para así poder trabajar en armonía y evitar estrés que nos pueda generar problemas entre el mismo personal y con los pacientes y familiares.
19. A pesar de la carga de trabajo, muchos se acostumbran a ello, es por esto que también se conforman a su puesto, y otros no.
20. Por el hecho de existe una carga de trabajo nos llega a pasar que algún compañero o compañera se sienta mal por tanto quehacer es por ello que la mayoría intenta ayudar para que sea ameno el mismo trabajo.

2.10 GRÁFICA



3. CONCEPTUALIZACIÓN.

CONCEPTO

El concepto de estrés fue introducido por primera vez en el ámbito de la salud en el año 1926 por Hans Selye. En la actualidad, es uno de los términos más utilizados y lo definió como: La respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante. El término estrés, partió de un concepto físico haciendo referencia a una fuerza o peso que produce diferentes grados de tensión o deformación en distintos materiales. Selye no hace referencia al estímulo (peso o fuerza), sino a la respuesta del organismo a éste. Utiliza el término estrés para describir la suma de cambios inespecíficos del organismo en respuesta a un estímulo o situación estimular.

Posteriormente, el término se ha utilizado con múltiples significados y ha servido tanto para designar una respuesta del organismo, como para señalar los efectos producidos ante repetidas exposiciones a situaciones estresantes.

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. 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. Se puede tener estrés crónico si se 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 dé cuenta que es un problema. Si no encuentra maneras de controlar el estrés, este podría causar problemas de salud.

3.1 EL ESTRÉS EN ENFERMERÍA.

Los personales de enfermería deben prestar un óptimo servicio a la comunidad, para ello además de los conocimientos teóricos y prácticos que deben poseer, de tener una elevada autoestima, deben contar con un equilibrio mental y físico que le permita ejercer su actividad de una manera eficiente y ser efectivo en la práctica diaria de atención a los pacientes.

Particularmente las enfermeras por su constante relación con los enfermos están sometidas a una recarga traumática derivada a la confrontación repetida y dolorosa con el sufrimiento humano y la muerte.

Esta recarga traumática y la ansiedad asociada a la cercana interacción con otros factores que inciden sobre su vida familiar y sus actividades personales, puede desembocar en determinadas conductas y respuestas emocionales que pueden tener implicaciones en su capacidad para brindar atención sanitaria adecuada, sobre su bienestar emocional y su vida particular.

En las enfermeras de las unidades de Emergencia la recarga traumática se ve potenciada por la responsabilidad que tiene en la efectividad de los resultados de las diferentes intervenciones, las ordenes que reciben de los médicos y las respuestas oportunas y efectivas que tienen que dar a los mismos, la calidad y cantidad de equipos y materiales especializados y específicos que tienen que manejar y las previsiones que tienen que tomar para ello.

3.2 FASES DE PRODUCCIÓN DE ESTRÉS

Según Selye identifica por lo menos tres fases en el modo de

Producción de estrés:

1) Reacción de alarma: El organismo cuando es, amenazado por las circunstancias se altera fisiológicamente por la activación de una serie de glándulas, especialmente en el hipotálamo y la hipófisis ubicadas en la parte inferior del cerebro, y por las glándulas suprarrenales localizadas sobre los riñones en la zona posterior de la cavidad abdominal.

2) Estado de resistencia: Cuando un individuo es sometido en forma prolongada a la amenaza de agentes lesivos, sean estos físicos, químicos, biológicos o sociales, el organismo tiende a utilizar mecanismos de adaptación a dichas demandas de manera progresiva, a fin de que pueda ocurrir un equilibrio dinámico u homeostasis entre el medio interno y externo del individuo.

3) Fase de agotamiento: La disminución progresiva del organismo frente a una situación de estrés prolongado conduce a un estado de gran deterioro con pérdida importante de las capacidades fisiológicas, sobreviviendo la fase de agotamiento en el cual el sujeto suele sucumbir ante las demandas, pues se reducen al mínimo sus capacidades de adaptación e interrelación con el medio. Robbins refiere que el hombre es el ser cuyo desarrollo es un proceso dinámico y continuo en el que se suceden crisis y experiencias que le dan una cualidad única, muchas veces relacionadas con situaciones estresantes, entendiendo por situación de estrés aquellas que enfrenta el individuo bajo la forma de tensiones generadas por diversos factores. Según Vera N. Ricardo refiere que el personal de enfermería está sometido a múltiples factores estresantes tanto de carácter organizacional como propio de la tarea que ha de realizar, estas características hacen que tenga una incidencia relativamente alta en esta profesión.

3.3 FACTORES QUE GENERAN ESTRÉS EN LA ENFERMERA:

a) Factores Biológicos: Son aquellos cambios o modificaciones orgánicas que se producen en el individuo y que contribuyen a generar estrés. Por ejemplo; embarazo, problemas de peso, enfermedad, lesiones, envejecimiento, accidentes, violación, cirugía, entre otros.

b) Factores Psicológicos: Se refieren a aquellas características de los diferentes tipos de personalidad, que al desencadenarse una situación de estrés van a ocasionar también daño psicológico. Se encuentran personas propensas al estrés, aquellas que se caracterizan por estar irritables, agresivos, impulsivos tensos y competitivos, ya sea en su medio ambiente y con ellos mismos y sus relaciones interpersonales son problemáticas, también existen personas que interiorizan su respuesta al estrés; que se caracterizan por ser pasivos, resignados y apacibles, extremadamente cooperadores, sumisos y conformistas, siempre controlando las experiencias de hostilidad y deseosos de aprobación social finalmente las personas que son tranquilas(o), confiadas(o), relajadas(o), abiertas a las emociones, se caracterizan por ser antisociales.

En relación al factor género se caracterizan por que las mujeres presenta más conflictos de rol, sintomatología depresiva, conflictos familia - trabajo, entre otras características: Las mujeres sienten mayor agotamiento emocional y una menor realización personal en comparación con los hombres; el estrés en el sexo femenino se expresa más en la esfera afectiva, en tanto que en el sexo masculino se expresa más en la esfera conductual; a diferencia que piensan que puede apoyarse en patrones culturales.

d) Factores Socioculturales: Esta dado por aquellos que inciden en las relaciones sociales y culturales, que contribuyen a generar estrés. Así tenemos que dentro de los factores sociales tenemos la responsabilidad con un grupo, el matrimonio, el divorcio, cambios de domicilio, nacimientos, problemas laborales, ascensos, conflictos interpersonales, entre otros, dentro de los factores culturales tenemos; la preparación insuficiente, desconocimiento del panorama social y cultural, cambio de hábitos y costumbres entre otros. Según Kornblit y Méndez Diez (1993), define el estrés laboral como el conjunto de fenómenos que se suceden en el organismo del trabajador con la participación de los agentes estresantes lesivos derivados directamente del trabajo o que con motivo de este, puede afectar la salud del trabajador. Según Robbins: "El entorno, la organización y el individuo son factores que actúan como posibles fuentes de estrés laboral y es un fenómeno mundial. "El estrés laboral es uno de los fenómenos más extendidos en nuestra sociedad, porque en ella el trabajo ha cobrado una gran importancia social, y porque el interés por la productividad y la eficiencia no siempre han sido acompañado de unas condiciones de trabajo digno y adecuado, con recursos suficientes para llevarlo a cabo y un diseño de las tareas y puestos que tengan en cuenta las características de las personas, sus necesidades habilidades e intereses".

También se dice que el estrés laboral; es un estado físico y psíquico generado por un agente agresivo que produce alteraciones orgánicas y anímicas en el trabajador. Este estrés viene generado por un desequilibrio que puede ser: demandas de trabajo y las posibilidades de rendimiento de cada individuo, bajas laborales, productividad inadecuada, así como las necesidades, aspiraciones y expectativas del trabajador y la imposibilidad de satisfacerlas.

Los síntomas se parecen mucho a los asociados con el estrés laboral, pero en el caso del burnout son más intensos, sobre todo lo que tiene que ver con los cambios de carácter. Pueden ser de dos naturalezas distintas: síntomas a nivel emocional y a nivel físico.

Síntomas a nivel emocional

- Cambios en el estado de ánimo: el trabajador se irrita con facilidad, desapareciendo los buenos modales, lo que puede derivar en conflictos innecesarios en el entorno laboral. También puede aparecer la indiferencia en vez del mal humor.
- Desmotivación: El trabajador pierde la motivación por la tarea que debe desempeñar, que puede ser consecuencia de las situaciones diarias que superan sus capacidades o de jornadas laborales muy extensas, entre otras cosas.
- Agotamiento mental: el desgaste mental que se produce en quienes padecen de Burnout provoca que el trabajador sea cada vez menos resistente al estrés.
- Falta de energía y menor rendimiento: Se trata de una de las consecuencias provocadas por el agotamiento mental en las que, como consecuencia, el trabajador disminuye su rendimiento.

Síntomas a nivel físico

- Dolores musculares y articulares: como resultado de la tensión laboral aparecen diversas contracturas musculares, sobre todo en la zona lumbar.
- Alteraciones psicósomáticas como: problemas gastrointestinales, cardiovasculares, dolores de cabeza o cefaleas, mareos, tics nerviosos, palpitaciones, taquicardias, aumento de la presión arterial, dolores musculares, trastornos del sueño e inapetencia sexual.

3.4 AGENTES ESTRESORES.

Entre los agentes estresores tenemos: factores ambientales, siendo la iluminación inadecuada o artificial, el ruido del ambiente ya sea por una televisión o las alarmas de las habitaciones, humo de tabaco y cigarro; factores psicosociales en el trabajo, que representan el conjunto de percepciones y experiencias del trabajador y que condicionan la presencia del estrés laboral. Dentro de ellos tenemos:

- a) Desempeño profesional: Trabajo con alto grado de dificultad, trabajo con gran demanda de atención, actividades de gran responsabilidad, creatividad e iniciativa restringidas, cambios tecnológicos intempestivos.
- b) Dirección: Mala utilización de las habilidades del trabajador, mala delegación de responsabilidades, manipulación o coacción del trabajador, motivación deficiente, falta de capacitación.
- c) Organización y función: Prácticas administrativas inapropiadas, atribuciones ambiguas, desinformación y rumores, conflicto de autoridad, trabajo burocrático.
- d) Tareas y actividades: Cargas de trabajo excesivas, autonomías laboral deficiente ritmo de trabajo apresurado, exigencias excesivas de desempeño.
- e) Medio ambiente de trabajo: Condiciones físicas laborales inadecuadas, espacio físico restringido, exposición a riesgos constante, ambiente laboral conflictivo.
- f) Jornada laboral: Rotación de turnos, jornada de trabajo excesivo, duración indefinida de la jornada.

Los estresores organizacionales y extra organizacionales son los que se presentan dentro del ámbito laboral, y que inciden en la vida personal del sujeto, provocando dificultades hogareñas, que al aumentar se potencian luego, generando un estrés posterior que se lleva nuevamente al ámbito laboral y genera dificultades en el rendimiento laboral, produciéndose así un círculo vicioso de retroalimentación mutua.

Entre los estresores organizacionales o intra organizacionales tenemos: Estresores de nivel individual; Estresores de nivel grupal.

Dentro de los Estresores Intra organizacionales:

Estresores de nivel individual tenemos:

1) Sobrecarga de trabajo: La sobrecarga o estrés por sobre estimulación puede ser objetiva o subjetiva, de acuerdo con la valoración y las características de las personas. Se considera sobrecarga de trabajo el ejercer responsabilidades importantes, es decir, por ejemplo, responsabilidad por la tarea o las decisiones de otros. Estas personas habitualmente tienen más estrés, fuman más, tienen presión más alta y aumentada los índices de colesterol que aquellas que solamente se responsabilizan por objetos o por la realización de su propia tarea. La sobrecarga genera insatisfacción, tensión, disminución de la autoestima, sensación de amenaza, taquicardia, aumento del colesterol, del consumo de nicotina y otras adicciones, para tratar de responder a la sobre exigencia.

2) Conflicto de roles: El conflicto de roles puede ser objetivo o subjetivo. El objetivo está dado cuando existen dos o más personas dando órdenes contradictorias. En cambio, un conflicto de roles subjetivo se produce como resultado de la contradicción entre las órdenes formales que recibe el individuo y los propios valores y metas del sujeto. Los conflictos de roles generan gran ansiedad e insatisfacción por el trabajo.

3) Ambigüedad de roles: Se refiere a la falta de claridad sobre el papel que se está desempeñando, los objetivos del trabajo individual o el alcance de las responsabilidades. Se produce estrés, depresión y deseos de abandonar el puesto de trabajo cuando esta situación se mantiene en el tiempo en forma crónica. Es característica de este caso la disminución de la autoestima ante la falta de satisfacción por la tarea que se ejerce. Información y comunicación adecuadas disminuyen este tipo de conflictos, al mejorar la orientación de las tareas laborales.

4) Discrepancias con las metas de la carrera laboral: Las discrepancias y dudas sobre la carrera laboral o la profesión del individuo están dadas por la falta de seguridad laboral, las dudas sobre los ascensos y las legítimas ambiciones frustradas. La insatisfacción en cuanto a las discrepancias entre aspiraciones y logros lleva a la ansiedad y la frustración, la depresión y el estrés, especialmente entre los 40 y 50 años. .Es frecuente que además de una calidad deficiente del rendimiento laboral encontremos adicciones como el alcohol, las drogas, el café, el tabaco, entre otros.

Dentro de los estresores de nivel grupal se incluyen: Falta de cohesión grupal; conflictos intra grupales; conflictos intergrupales; apoyo inadecuado del grupo.

Muchas horas unidas al sufrimiento del paciente, ser el intermediario entre el paciente, el médico y la familia, soportar críticas y exigencias de ambos lados, una devaluada imagen de la profesión, el poco reconocimiento social y las dificultades organizativas, son el marco adecuado para que pueda instaurarse el estrés laboral en profesionales de enfermería.

Resumen. Estrés laboral en enfermería

La enfermería es una profesión especialmente vocacional de ayuda y cuidados; posee altos niveles de responsabilidad, relaciones interpersonales y exigencias sociales, lo que hacen ser a este colectivo más vulnerable al estrés laboral.

Circunstancias propias del trabajo desarrollado: muchas horas unidas al sufrimiento del paciente; ser el intermediario entre el paciente, el médico y la familia; soportar críticas y exigencias de ambos lados; la devaluada imagen de la profesión; el poco reconocimiento social de esta profesión y las dificultades organizativas, son el marco adecuado para que pueda instaurarse el estrés laboral con todas sus manifestaciones psicofísica y/o el síndrome burnout.

El hospital privado, en el que se ha basado una evaluación de riesgo inicial, es multidisciplinar, especialmente quirúrgico; en sus 45 camas atiende todo tipo de pacientes. Se complementa con una unidad especial de Psiquiatría, para enfermos agudos, crónicos y otros servicios médicos.

Numerosos profesionales de distintas categorías, desarrollan el trabajo en este centro, entre los que se encuentran 3 enfermeras destinadas al servicio de quirófano y reanimación postquirúrgica, quienes en la evaluación inicial de riesgos, manifestaron sentirse víctimas de un cierto nivel de estrés laboral.

Con nuestro estudio pretendemos analizar e identificar posibles factores estresantes en su medio laboral. La colaboración de estas enfermeras, el servicio de prevención y la dirección de enfermería, han hecho posible dicho estudio.

Determinadas unidades hospitalarias por sus características físicas y emocionales, se consideran de alto riesgo, como el servicio quirúrgico objeto de nuestro estudio.

Los profesionales de enfermería en estas unidades, se encuentran con un tipo de pacientes en situaciones extremas, la especialización en determinadas técnicas en constante innovación, y duras situaciones emocionales, concluyen en un estado psicofísico ocasional o mantenido de estar quemado, insatisfacción laboral y profesional, manifestaciones clínicas a veces banales o importantes de patología física-psicosomática, etc.

El estrés laboral del que es víctima el profesional de enfermería, se evidencia en su esfera físico-psico-conductual y profesional. Abocando en repercusiones para sí mismo y para otros quienes está dirigida esta profesión de ayuda y cuidados.

Las enfermeras, objeto de nuestro estudio, a pesar de querer esta profesión, se sienten cansadas, quemadas, un poco insatisfechas del trabajo que realizan y atribuyen esta situación a la mala organización del servicio y del conjunto del hospital.

Los sujetos de la muestra son: 20 enfermeras, que prestan atención alternativa en quirófanos y reanimación posquirúrgica, urgencias, unidades intensivas y administrativas: se distribuyen en parejas impuestas por cada servicio, tienen en cada jornada a su cargo tres personas del colectivo de auxiliares o estudiantes. Su estado civil es: casadas (12) solteras (6) separadas (2). Todas de sexo femenino. La edad media 32 años. La experiencia profesional 12 años media. Permanencia en el servicio 5 años de media. De estas 20 enfermeras, 12 eligen el servicio voluntariamente y 8 son destinadas por imposición de la dirección, son las enfermeras en situación de contrato laboral temporal.

Agruparemos en dos grandes bloques, los factores posiblemente más estresantes, que el colectivo de enfermería considera causa de estas situaciones:

1.-Relativos al paciente.- miedo a morir, muertes, mutilaciones de órganos vitales, órdenes médicas poco claras con escasa información de la situación al paciente, temor a los familiares por actuaciones judiciales, mucho tiempo junto al dolor y sufrimiento de otros.

2.-Relativos a condiciones laborales.- Escasez de tiempo libre, problemas de espacio físico, ruidos ambientales en las unidades hospitalarias, cambios de turnos, problemas de rol, salarios bajos en relación con otras profesiones, falta de participación en el equipo de trabajo, inexistencia de promoción profesional, falta de información y formación específicas adecuadas, fallo en el canal de la comunicación, malas relaciones intergrupales y sobre todo falta de apoyo de superiores y subordinados.

Analizaremos fundamentalmente las condiciones psicoergonómicas laborales de estas profesionales, para ello se ha realizado una observación o análisis de las características de los puestos de trabajo y las tareas realizadas;

Una entrevista colectiva en torno a los estresores laborales más frecuentes reconocidos por la enfermería, como la falta de personal en el servicio:

sufrimiento del paciente, interrupciones frecuentes de la tarea, sensación de impotencia frente al dolor humano, realización de cuidados dolorosos al paciente, falta de tiempo para dar apoyo al paciente, falta de tiempo para realizar el trabajo adecuado, muerte de los pacientes, exceso de tareas administrativas, falta de apoyo del supervisor:

Problemas con los médicos, miedo a cometer errores, recibir información incompleta e insuficiente de los médicos, alteraciones de la vida social personal por problemas de la organización (turnos de trabajo), problemas de relación entre compañeros y subordinados, tomar decisiones en situación de urgencias, ambigüedad de rol, etc.

Valorada esta situación perceptiva de estrés laboral, proponemos actuaciones preventivas formativas a nivel individual y colectivo, además de un programa de mejora que incluye recomendaciones para corregir factores estresantes en la organización.

Introducción

Todo trabajo implica, para quien lo realiza, un conjunto de requerimientos físicos y psíquicos; los primeros se denominan carga física y los segundos, carga mental. Tanto la carga física como la mental están en función de diversas características observables del puesto de trabajo, características que constituyen los factores de riesgo asociados a la carga de trabajo.

Esta memoria, resumen de la evaluación de riesgos, pretende identificar, analizar y valorar posibles factores estresantes en la organización del trabajo que desarrolla un determinado colectivo de enfermería en un servicio de quirófanos.

“La carga del trabajo, es un problema cuyo origen se encuentra en la organización del puesto de trabajo, o sea en el diseño del trabajo. Las demandas del trabajo, exigencias y características del mismo además de su organización, pueden ser factores desencadenantes de estrés. Estos aspectos pueden ser relativos a las características del trabajo y ciertas características personales.”(F. G. Benavides y col)

La psicología laboral ha demostrado que el lugar de trabajo, influye en el rendimiento del profesional y en la satisfacción laboral percibida por cada trabajador; la no-satisfacción o insatisfacción puede ser motivo desencadenante o influyentes para desencadenar estrés laboral.

Habiendo sido reconocido que el trabajo hospitalario es fuente de estrés, es difícil contar con instrumentos que permitan prever cuando una situación de trabajo es susceptible de originar a los trabajadores estados de estrés o fatiga mental como lo consideran algunos.

Tomando como base la "percepción" sobre la existencia de estrés que manifiestan las enfermeras, tratamos de identificar el estrés laboral manifestado.

Varios estudios realizados (1993 Barcelona, 1990 Karlstad.-Suiza y otros) confirman que el trabajo específico en algunas profesiones como la enfermería, son habitualmente una ocupación estresante con prevalencia alta de trastornos psicológicos relacionados con el estrés, insatisfacción laboral y frecuentes cambios de puesto de trabajo, pues además del esfuerzo físico y mental implican también esfuerzo emocional, "el cuidador de otros, olvida frecuentemente cuidar de sí mismo,"(rev Rol enf).

Analizar la dinámica que existe entre el estrés, las demandas del trabajo y las características de la persona, no es solo una comparación objetiva, sino que está mediatizada por la percepción que el individuo tiene, por tanto tiene un alto componente subjetivo.

La apreciación que un individuo tiene de una situación determinada en su entorno laboral o social, depende de varios aspectos del momento presente. Junto con otros factores de la historia personal del sujeto (experiencia, formación, sensibilidad personal, etc.) se conforma una peculiar manera de percibir e interpretar la realidad. En la generación del estrés es importante valorar como el sujeto experimenta sus necesidades, deseos y expectativas en relación con lo que el entorno le demanda.

“El estrés sería el fracaso del individuo en su intento de buscar un ajuste con la realidad para adaptarse al entorno, tener control sobre sí mismo, sobre el mundo que le rodea y su futuro inmediato.” (A. Salvador 1993).

Caracteriza al estrés, la vivencia de una situación individual que no se puede controlar, con sentimiento de angustia, emoción dolorosa y miedo al futuro. O sea el individuo manifiesta y/o percibe una situación amenazante, que implica la aparición de síntomas físicos, psíquicos y sociales.

En el vocabulario médico, el término estrés o tensión se identifica para definir respuestas fisiológicas (aumento de presión arterial, taquicardia, alteración hormonal). Por lo que para la medicina, el estrés sería la manera en que el sistema fisiológico y perceptivo del individuo se adapta a distintos estímulos susceptibles de causar estados de alteración de la salud de la persona afectada.

Los profesionales de enfermería exigen de forma continua estar preparados técnica-científica y psicológicamente, para dar la respuesta adecuada en el momento preciso.

Un estado de alerta en conocimientos científicos y técnicos motivados por la necesidad de asumir de inmediato determinadas decisiones, informaciones complejas y diferentes, sin patrón de respuesta porque cada paciente es un mundo diferente con evolución distinta.

Las enfermeras quirofanistas: las investigaciones indican que algunas enfermeras, especialmente las que desarrollan su trabajo en unidades conceptuadas como de riesgo (unidades especializadas), son particularmente vulnerables al estrés laboral y al síndrome Burnout, manifiestan que deben mantener un estado de alerta constante, así mismo saben que la tensión constante, puede incluso generar situaciones que podrían propiciar ciertos errores por inseguridad con graves consecuencias para sí mismas y para el paciente. Cuando el nivel de tensión sobrepasa los límites, la capacidad de adaptación personal tiende al desequilibrio, pudiendo resultar patológico.

“El diseño organizativo de las unidades quirúrgicas, presenta características como ambiente impersonal, aislado del resto del contexto hospitalario, trabajo altamente tecnificado, preocupación constante por el saber bien hacer evitando situaciones erróneas que pongan en peligro la vida del paciente y otras circunstancias de extra tensión que deben resolverse de inmediato, genera un entorno psicológico de ansiedad que impregna al personal de enfermería con frecuentes ansiedades y frustraciones” (Estrés y trabajo. J.J.Gandara.- 1998) (Tensión o estrés en el quirófano F. Johnston Rol enfe 1998)

Aclaraciones conceptuales:

Insatisfacción laboral

Es considerada como una situación de malestar, consecuencia de la no adaptación de las características del trabajo a las aspiraciones, expectativas o necesidades del trabajador, está en relación directa con la subjetividad personal.

Sentimos desmotivación, actitud negativa al trabajo; habitualmente por sí misma la insatisfacción no conlleva patología psicofísica para el sujeto que la padece.

Estrés laboral

El estrés es algo subjetivo y personal, se ha demostrado una relación evidente entre el tipo de trabajo que se realiza y la posibilidad de mantener una buena salud psicofísica, o de padecer enfermedad.

Antes de los años 50 se creía que existían estresores universales y unas respuestas generales e inespecíficas a ellos. En los años 80 se realizan estudios más profundos y se observa que ante un mismo estresor hay reacciones individuales diferentes “cada persona percibe las situaciones y responde a ellas individualmente”.

El grado en que la demanda es estresante depende de si la persona la percibe o no como tal, a través de esta definición, se iniciaron otras investigaciones encaminadas a valorar si la experiencia subjetiva del estrés es contingente con la percepción personal de la situación; los refuerzos positivos o negativos pueden aumentar o disminuir el estrés experimentado subjetivamente.

El estrés es el producto del fracaso de la persona en su intento de buscar un ajuste con la realidad, de adaptarse al entorno, de tener un mínimo control sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre su futuro inmediato.

Caracteriza al estrés una vivencia de una situación que el individuo no puede controlar, que le supera, una emoción dolorosa, un sentimiento de angustia. Esos sentimientos dan lugar a consecuencias psíquicas y sociales. Con la aparición de síntomas físicos consecuencia de la interpelación psicósomática.

3.5 CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS LABORAL.

Las consecuencias habituales del estrés laboral generan alteraciones como trastornos psicósomáticos (úlceras pépticas o colon irritable), alteraciones cardiovasculares (hipertensión, enfermedades coronarias), trastornos sexuales (impotencia, vaginismo), alteraciones dermatológicas (prurito, alopecia, dermatitis), cefaleas, insomnio, enfermedades infecciosas, entre otros. En el aspecto psicológico se manifiesta como una mayor inseguridad, trastornos de ansiedad, depresión, mayor dificultad en la concentración y memoria, deterioro en la capacidad de juicio y razonamiento, mayor agresividad, incremento en el enfrentamiento con compañeros o superiores, ausentismo laboral, desmotivación y falta de participación, aislamiento, abuso de alcohol y drogas entre otros.

El "Síndrome de Burnout", es un trastorno adaptativo crónico que aparece en el individuo como respuesta ante el estrés laboral crónico, también llamado "Síndrome de estar quemado", "Síndrome de estrés laboral", "Síndrome del desgaste profesional".

El Síndrome de Burnout fue introducido por Freud emburger (1974), para describir las reacciones que presentan algunas profesionales como consecuencia de una exposición crónica o circunstancias laborales "estresantes" o tras el contacto directo y continuado con la gente.

Según Dale (1979), uno de los que inician la concepción teórica del Burnout lo entiende como consecuencia del estrés laboral, con la que mantiene que el síndrome podría variar en relación a la intensidad y duración del mismo. Maslach y Jackson (1981); conceptualizaron el Síndrome de Burnout como el síndrome del agotamiento emocional, realización personal en el trabajo y despersonalización, que pueden desarrollarse en aquellos sujetos cuyo objeto de trabajo son personas de cualquier tipo de actividad.

Además de las consecuencias mencionadas, se ha detectado que quienes padecen el síndrome pueden aumentar su riesgo al alcoholismo o a las drogas y presentar una baja de defensas. Entre quienes sufren de insomnio, es probable que además del trabajo para conciliar el sueño se despierten recurrentemente a lo largo de la noche. Las consecuencias del "Burnout" se extienden más allá del propio empleado y llegan a afectar a su familia, amigos y pareja e incluso pueden ocasionar importantes pérdidas económicas a las empresas.

3.6 CARACTERÍSTICAS

Las principales características del síndrome de Burnout (del inglés "burn-out": consumirse o agotarse) es el agotamiento físico y mental, la falta de motivación por las tareas y los cambios de comportamiento, que pueden traducirse en malos modales hacia los demás. Este síndrome suele darse mayormente en personas que han elegido sus profesiones libremente (es decir por vocación) o en aquellos puestos de trabajo que tienen relación con terceros, como quienes atienden público o usuarios, por ejemplo el personal sanitario. El problema comienza con jornadas laborales muy extensas o la diferencia entre la realidad que presenta la profesión medida en comparación con la idealización que se tenía de la misma.

El Síndrome de Burnout tiene las siguientes características según Maslach y Jackson:

1.- Agotamiento Emocional (AE): Consiste por la pérdida progresiva de energía y el desgaste físico y se expresa como: cansancio al final de la jornada de trabajo, y se manifiesta:

Fatiga en las mañanas cuando va a trabajar, trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo, sensación de sentirse "quemado" por el trabajo, sentirse frustrado en el trabajo, trabajar demasiado, trabajar directamente con las personas produce estrés, sentirse acabado, entre otros.

2.- Falta de Realización Personal (FRP): Consiste en evaluar el trabajo personal de forma negativa. Este síndrome se evidencia por una sintomatología multidimensional, en el ámbito cognitivo, somático y emocional, y se refiere; comprender como se sienten los compañeros de trabajo, tratar eficazmente los problemas de sus compañeros, influir positivamente con su trabajo en la vida de las personas, sentirse muy activo, crear fácilmente un ambiente tranquilo, sentirse estimulado después de trabajar con sus compañeros, conseguir cosas satisfactorias y logros con su profesión, trato los problemas emocionales con mucha tranquilidad y calma.

3.- Despersonalización (DP): Consiste en el desarrollo de sentimientos y actitudes negativas, respuestas frías e impersonales hacia las personas (alumnos, compañeros de trabajo), y se expresa: tratar algunos compañeros como si fueran objetos impersonales, volverse más insensible con la gente desde que ejerzo la profesión, preocupación de que el trabajo me endurezca emocionalmente, despreocuparse de lo que ocurre a mis compañeros, culpase de algunos problemas ajenos, entre otros. Según García Izquierdo (1991), señala que el Burnout es un problema característico de los trabajos de "servicios humanos", es decir de aquellas profesiones (enfermeras, médicos, asistentes sociales, profesores, psiquiatras, psicólogos, entre otros) que deben mantener una relación continua de ayuda hacia el "cliente".

El Síndrome de Burnout se manifiesta en 3 tipos de grados:

-Bajo: Presenta síntomas físicos como dolor de cabeza, dolores de espalda, contracciones, etc. Puede observar cambios en el carácter y disminución de actividad laboral y se manifiesta; irritabilidad y ansiedad, insomnio; algunas ocasiones problemas de atención.

-Medio: Generalmente presenta alteraciones del sueño, dificultad para concentrarse, problemas en las relaciones interpersonales, cambios en el peso, disminución del apetito sexual, pesimismo y se manifiesta; aumento en el ausentismo al trabajo, fatiga sin ninguna razón, indecisión e indiferencia, aumento en el consumo de alcohol, café y cigarrillos.

-Alto: Disminuye marcadamente la productividad laboral, aumenta el ausentismo y la sensación de disgusto acompañado de baja autoestima. Es frecuente el uso de alcohol y/o de los psicofármacos y se manifiesta; depresión, problemas de salud (dolor de cabeza, dolor de estómago y digestivos, cardiovasculares).

El instrumento de medida de este síndrome, se basan en la evaluación de la disminución o pérdida de recursos emocionales .El cuestionario más utilizado es el Inventario de Maslach Burnout Inventory (MBI),elaborado por Maslach y Jackson en el año de 1981,es un cuestionario en versión española compuesta de 22 ítems, que se valora en escala tipo Likert con siete niveles que va desde 0 hasta 6 y cada uno de ellos con cada sub-escala que son tres: agotamiento emocional, falta de realización personal y despersonalización.

Es un instrumento aplicado desde 1986 y se encuentra validado. Este inventario tiene alta consistencia interna y fiabilidad cercana al auto administrado, diseñada para medir la frecuencia e intensidad de la situación de agotamiento o cansancio emocional de ciertos profesionales (sanitarios, educadores, policías, trabajadores de servicios sociales, médicos, enfermeras, psicólogos, etc.), también pueden producirse entre individuos que trabajan en contacto directo con los pacientes; que por desarrollar tareas que les obligan a implicarse en los problemas emocionales y preocupaciones de los demás (sentimientos de miedo, odio, desesperación, rechazo) pueden llegar por la acumulación de estrés crónico, a una situación de agotado o "quemado"(agotamiento emocional, disminución de la realización personal, despersonalización).

El Inventario de Maslach Burnout Inventory tiene las siguientes características:

1.-Las dimensiones de esta escala se plantean de forma positiva por ejemplo: La realización personal en el trabajo, el cual a mayor puntaje; mayor adaptación y realización personal en el trabajo, nivel de estrés laboral es baja y a menor puntaje; menor adaptación y/o realización en el trabajo, nivel de estrés laboral alto por lo que tendrían que acercarse al Síndrome de Burnout.

2.-La calificación de los ítems depende de que estén en sentido positivo o negativo por ejemplo(Los ítems negativos se invierten en el puntaje del 0 al 6).

El profesional de enfermería está sometido en líneas generales a factores estresores, como escasez del personal que supone una carga laboral, trabajo en turnos rotativos y la consecuente alteración del ritmo de trabajo con usuarios problemáticos, contacto con la enfermedad, dolor y muerte, conflictos y ambigüedad de rol, entre otros.

En este sentido podemos encontrar antecedentes en las variables del entorno socio-profesional, organizacional, interpersonales e individuales, todo ello en el marco del contexto del estrés laboral y son los siguientes:

- En cuanto al entorno socio - profesional; la enfermera(o) enfrenta, nuevos procedimientos en sus tareas y funciones, cambios en los programas de formación de los profesionales, en los perfiles demográficos de la población de los usuarios, que requieren redefinir los roles y aumentar la demanda de servicios de salud por parte de la población.

- A nivel organizacional; destaca el desarrollo, la actividad en la organización estructuradas bajo un esquema de burocracia personalizada. Los profesionales capacitados para el desarrollo de su actividad, gozan de cierta independencia y control sobre las mismas, en el caso de enfermería pasa por conjugar de una forma de enfermería equilibrada a las relaciones con el colectivo médico.

- Relaciones interpersonales; se da sobre todo en los usuarios y los compañeros de diferente personalidad; ya sea tensas, conflictivas. Por otro lado: la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores, o de la dirección o administración de la organización determina la aparición del síndrome.

Entonces podemos decir que el Burnout debe ser entendido como una respuesta al estrés laboral que aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que suele emplear el profesional.

El papel del enfermero emergencista es imprescindible y fundamental dentro de los equipos de Emergencia Pre hospitalaria, y por lo tanto debe tener una preparación tanto a nivel personal como profesional que le permita realizar su trabajo de manera eficiente, debe ser capaz de relacionarse con el equipo interdisciplinario para poder coordinar y optimizar esfuerzos dirigidos a cada paciente. Los cuidados de enfermería deben ser integrados en el Sistema Integral de Emergencias (S.I.E.), como sistema se debe establecer un orden de prioridades desde el enfermero asistencial y equipo multidisciplinario que asiste a la persona. El reconocimiento primario y secundario realizado de forma sistemática, constante y protocolizada, cumple la misión de evitar errores y omisiones en la valoración, tratamiento y cuidados. Al respecto, el papel del enfermero es primordial en la atención inicial al paciente, donde el tratamiento y cuidados deben ser precoces. Aumentando la calidad asistencial llegando al grado del éxito, disminuyendo la morbimortalidad de los primeros momentos iniciales.

La atención de enfermería ante una emergencia requiere de condiciones especiales que garanticen rendimiento y eficacia, por lo que debe reunir las siguientes condiciones: capacidad para asumir su función en situaciones de mayor tensión; capacidad para valorar adecuada y rápidamente a los lesionados; conocimiento de las operaciones internas del departamento de emergencia; capacidad para tomar decisiones rápidas y firmes; habilidades para las comunicaciones; habilidad para realizar intervención en crisis; habilidad en prestación de primeros auxilios.

La atención que brinda el profesional de enfermería se basa en el proceso de atención de enfermería, donde incluye tres fases:

1.-Reconocimiento Inicial (evaluación y estabilización inmediata del paciente como primera prioridad), donde la primera prioridad es la valoración rápida de la vías respiratorias del paciente y control de la columna cervical; donde la ventilación inadecuada ocasiona hipoxemia e hipoxia inmediata y cuando el oxígeno deja de llegar al cerebro, se provoca una lesión irreversible, segundo valorar la respiración, tercer lugar la circulación y control de la hemorragia; donde se evalúa tres aspectos clínicos importantes para valorar el estado hemodinámico:

a) nivel de conciencia,

b) color de la piel,

c) déficit neurológico mediante la escala de coma de Glasgow.

2.-Valoración Secundaria (después de las medidas de reanimación y estabilización iniciales debe completarse una exploración, más detenida para identificar las lesiones existentes), se identifica todas las heridas mayores y se facilita el proceso de establecimiento de prioridades.

3.-Valoración Continua y Sistemática (una evaluación continua de la asistencia prestada y de la reacción de la víctima, tiene como objetivo identificar complicaciones inminentes o reales), se identifica los cambios en el estado de la víctima.

El profesional de enfermería debe conocer el equipo o material necesario al igual que los protocolos para su uso y contar con alguien más que esté preparado. Cuando se requiera de una medida inmediata, debe contar con un coche con material de urgencia; balón de ambú, desfibrilador/monitor, fármacos de incubación, material endovenoso, jeringas o agujas, equipo de incubación, balón de oxígeno, estuches para extraer sangre y medir gases arteriales, sondas y cánulas para vías aéreas, soluciones y equipo endovenoso, mango de esfigmomanómetro, equipo y material especializado, entre otros. El papel de la enfermera en un servicio de emergencia, se encuentra en un proceso cíclico y continuo de retroalimentación constante; donde la enfermera combina no sólo el tratamiento farmacológico, tratamiento dietético, la terapéutica física, sino también el apoyo emocional y respeto de la intimidad al paciente como a su familia.

El estrés de la enfermera(o) que labora en unidades críticas tiene características importantes por el tipo de paciente que atiende constantemente, por el gran esfuerzo mental y físico que realiza, el trato con la gente; por lo que aumenta el nivel carga de trabajo y ante las diversas situaciones difíciles que enfrenta diariamente principalmente con el sufrimiento humano y la muerte. Esta realidad exige de la enfermera conocimientos acerca de la atención que requieren sus pacientes y de sus propias actitudes que estas producen en la atención prestada al enfermo, cada vez quizás frente a la misma enfermedad de sus pacientes experimenten situaciones de estrés.

Al respecto podemos decir que las enfermeras y los pacientes son vulnerables a los efectos del estrés y deben reflexionar acerca de su tipo de vida para incluir en sus planes aquellas actividades que le ayuden a superar el estrés generado en su ambiente laboral. Veamos algunas conductas producto del estrés en las enfermeras, que afecta al paciente:

-Agresión: Debido a una percepción de que esté siendo víctima de injusticias, generan en la enfermera reacciones de agresión frente a los demás, por ejemplo: gritar a un paciente durante un procedimiento aludiendo que éste no colabora, etc.

-Indiferencia: Como una respuesta al estado de depresión el actuar indiferentemente frente a los demás, por ejemplo: escuchar las quejas de un paciente y no hacer nada, etc.

-Ansiedad: Sugieren que la enferma percibe su estrés como sucesos peligrosos lo cual generan en ella un estado de ansiedad que no le permiten cumplir, por ejemplo: un determinado procedimiento dando vueltas sobre el mismo sin llegar a culminarlo.

El personal de enfermería puede prevenir y controlar las situaciones de estrés, ya que es clave para poder hacer frente ante determinadas situaciones; para ello es necesario practicar hábitos saludables como: técnicas de relajación; es decir obtener habilidades en las técnicas de manejo de estrés, definida como el conjunto de procedimientos y recursos de que se vale un individuo para manejar las situaciones estresantes.

Dentro de ello tenemos la actividad física; caminatas, nutrición adecuada, yoga, entre otros. Al respecto la enfermera es responsable de mantener todos los aspectos de su vida en equilibrio; tanto para el trabajador como para su vida personal y social, controlando aquellas situaciones que pueden alterar su estado emocional.

4. ESTRÉS LABORAL EN ENFERMERÍA

4.1 HACIA UN LUGAR DE TRABAJO MÁS SALUDABLE.

La definición del término estrés ha sido muy controvertida desde el momento en que se importó para la psicología por parte del fisiólogo canadiense Selye (1956). El estrés ha sido entendido:

- Como reacción o respuesta del individuo (cambios fisiológicos, reacciones emocionales, cambios conductuales, etc.)
- Como estímulo (capaz de provocar una reacción de estrés)
- Como interacción entre las características del estímulo y los recursos del individuo.

En la actualidad, éste último planteamiento, se acepta como el más completo, así pues, se considera que el estrés se produce como consecuencia de un desequilibrio entre las demandas del ambiente (estresores internos o externos) y los recursos disponibles del sujeto. Del tal modo, los elementos a considerar en la interacción potencialmente estresante son: variables situacionales (por ejemplo, del ámbito laboral), variables individuales del sujeto que se enfrenta a la situación y consecuencias del estrés.

El estrés puede ser definido como el proceso que se inicia ante un conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo, a las cuales debe dar una respuesta adecuada, poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento. Cuando la demanda del ambiente (laboral, social, etc). Es excesiva frente a los recursos de afrontamiento

que se poseen, se van a desarrollar una serie de reacciones adaptativas, de movilización de recursos, que implican activación fisiológica.

Esta reacción de estrés incluye una serie de reacciones emocionales negativas (desagradables), de las cuáles las más importantes son: la ansiedad, la ira y la depresión.

4.2 EL ESTRÉS COMO ESTÍMULO.

4.2.1 LOS PEQUEÑOS CONTRATIEMPOS.

En los años ochenta se han estudiado también los acontecimientos vitales menores (daily hassles), o pequeños contratiempos que pueden surgir cada día (en el trabajo, las relaciones, etc.) como estímulos estresores.

4.2.2 LOS ESTÍMULOS PERMANENTES.

Así mismo, se han incluido los estresores menores que permanecen estables en el medio ambiente, con una menor intensidad pero mayor duración, como el ruido, hacinamiento, contaminación, etc.

Los estímulos que pueden provocar reacciones de estrés se clasifican en tres grandes grupos:

Los Estímulos Ambientales, aunque virtualmente cualquier estímulo puede ser estresante los que generalmente provocan reacciones son: una iluminación deficiente o excesiva en el lugar de trabajo, ruido excesivo e inesperado, una temperatura muy alta o demasiado baja, los temblores, el aire contaminado, la recepción de instrucciones contradictorias o la petición de que se realice algo prohibido, la falta de claridad en las tareas que se tienen que realizar, las sobrecargas de trabajo, el ser responsable de otras personas; los sucesos cotidianos como el recibir noticias alarmantes en el radio y la TV. o saber que aun vecino le robaron o se murió, los conflictos familiares, los cambios de domicilio, los problemas en la economía doméstica, el pertenecer a una minoría, los estresores residenciales como: vivir en un lugar en donde haya mucho tránsito o en una calle donde se vende droga, el realizar trabajos peligrosos, el trabajar en un lugar donde existen conflictos, etc.

Estímulos fisiológicos, como los síntomas que se siente cuando se altera el funcionamiento del organismo durante alguna enfermedad: el dolor, la fiebre, el ardor, los cambios en el ritmo cardiaco, los cambios en la presión arterial, entre otros.

Evaluación cognitiva, en este punto se incluye el tener pensamientos o una filosofía de vida estresante como querer ser el mejor o las evaluaciones negativas que se hacen de los acontecimientos, entre más negativa sea la evaluación mayores serán los niveles de estrés que se presenten.

De tal manera que si queremos disminuir los niveles de estrés en nuestra vida y enfrentar exitosamente las situaciones que pueden generar estrés tendremos que realizar tres acciones principales:

1. Disminuir los estímulos ambientales estresantes, algunas acciones a seguir son:

- Realizar cambios en nuestra vivienda de tal manera que permanezca aseada, ventilada, con iluminación suficiente y no permita el paso de ruidos excesivos
- Evitar trabajar más de 75 horas a la semana
- Evitar llevar una vida sedentaria, procurar incorporarse a un grupo social y realizar un paseo o algún tipo de ejercicio diariamente.

- Organizar sus actividades personales y familiares de tal manera que todos los miembros de la familia sepan cuáles son las actividades a realizar y disminuyan los conflictos. Dormir lo suficiente.
- En sus actividades laborales realizar un calendario de lo que tiene que hacer y si se trata de tareas complejas elaborar una lista de verificación en donde anote como tiene que realizar la actividad.

1. Desarrollar hábitos alimenticios apropiados de manera especial es recomendable dejar de ingerir café, Coca-Cola u otros refrescos de cola, alcohol, te negro y consumir con mayor frecuencia en nuestros alimentos como el amaranto, la nuez de la india, yema de huevo de granja (este todavía es rico en nutrientes a diferencia del que se puede consumir en lo supermercados), hígado.

Cuando las personas se enfrentan durante mucho tiempo a situaciones estresantes es común que presenten una deficiencia vitamínica. Tomar algunos suplementos alimenticios como la levadura de cerveza en polvo y que puede ser conseguida en cualquier tienda naturista puede ser de utilidad.

2. Aprender y utilizar ejercicios de relajación en esta misma página puede encontrar algunos ejercicios de relajación. También existen algunas medidas alternativas que realizar, por ejemplo los baños de vapor pueden tener un efecto inmediato en la relajación.

3. Cambiar nuestros pensamientos estresantes buscando información objetiva sobre lo que nos preocupa, discutir nuestras ideas irracionales, aprender a resolver problemas específicos y preparar un grupo de auto instrucciones para enfrentar situaciones estresantes. También este documento incluye un grupo de auto-instrucciones que le pueden servir de referencia para que usted redacte su propio guion.

4. Aprender habilidades específicas: Revise las situaciones que más le generan estrés y aprenda habilidades que le permitan resolver estas dificultades, busque asesoría sobre cómo educar niños, como manejar conflictos en el trabajo o con la pareja, etc. Etc.

4.3 EL ESTRÉS COMO RESPUESTA.

Previa a esta concepción del estrés como estímulo, en los años cincuenta se había investigado la respuesta fisiológica no específica de un organismo ante situaciones estresantes, a la que se denominó Síndrome de Adaptación General y que incluía tres fases: alarma, resistencia y agotamiento. Selye consideraba que cualquier estímulo podía convertirse en estresor siempre que provocase en el organismo la respuesta inespecífica de reajuste o reequilibrio homeostático, pero no incluía los estímulos emocionales pueden provocar reacciones de estrés muy potentes.

4.4 EL ESTRÉS COMO INTERACCIÓN.

El tercer y último lugar, el estrés no sólo ha sido estudiado como estímulo y como respuesta, sino que también se ha estudiado como interacción entre las características de la situación y los recursos del individuo. Desde esta perspectiva, se considera más importante la valoración que hace el individuo de la situación estresora que las características objetivas de dicha situación. El modelo más conocido es el modelo de la valoración de Lazarus (Lazarus y Folkman, 1986), que propone una serie de procesos cognitivos de valoración de la situación y valoración de los recursos del propio individuo para hacer frente a las consecuencias negativas de la situación.

El estrés surgiría como consecuencia de la puesta en marcha de estos procesos de valoración cognitiva. Si el sujeto interpreta la situación como peligrosa, o amenazante, y considera que sus recursos son escasos para hacer frente a estas consecuencias negativas, surgiría una reacción de estrés, en la que se pondrán en marcha los recursos de afrontamiento para intentar liminar o paliar las consecuencias no deseadas.

Según el modelo de Lazarus el proceso cognitivo de valoración de la situación supone una estimación de las posibles consecuencias negativas que pueden desencadenarse para el individuo. Si el resultado de esta valoración concluye de las consecuencias pueden ser un peligro para sus intereses, entonces valorará su capacidad de afrontamiento frente a este peligro potencial. Si las consecuencias son muy amenazantes y los recursos escasos, surgirá una reacción de estrés. Una vez que ha surgido la reacción de estrés el individuo seguirá realizando reevaluaciones posteriores de las consecuencias de la situación y de sus recursos de afrontamiento, especialmente si hay algún cambio que pueda alterar el resultado de sus valoraciones. Estas reevaluaciones son continuas y pueden modificar la intensidad de la reacción, disminuyéndola o aumentándola.

Se trata pues de un proceso psicobiológico complejo con diferentes componentes. Una situación inicial (estresor), un momento siguiente en que el estresor es interpretado por el individuo como peligroso o amenazante y finalmente una activación del organismo como respuesta ante la amenaza, con unas consecuencias.

El estrés relacionado con el trabajo se define como “el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos nocivos del contenido, la organización o en entorno de trabajo”. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación.

De esta definición se desprende que incluso unos altos niveles de exigencia en el trabajo, dentro de límites razonables, no necesariamente tienen que ser nocivos si se permite al trabajador influir en la manera de hacer frente a tal exigencia.

4.5 FASES DE LA RESPUESTA DE ESTRÉS.

Se describen 3 fases sucesivas de adaptación del organismo.

1. Fase de reacción de alarma.

Ante un estímulo estresante, el organismo reacciona automáticamente preparándose para la respuesta.

2. Fase de resistencia.

Aparece cuando el organismo no tiene tiempo para recuperarse y continúa reaccionando para hacer frente a la situación.

3. Fase de agotamiento.

Como la energía y adaptación es limitada, si el estrés continúa o adquiere más intensidad pueden llegar a superarse las capacidades de resistencia.

Dentro de éste último subgrupo e encontraría el “síndrome de estar quemado en el trabajo” o burnout caracterizado por “un descenso de la realización personal, alto nivel de cansancio emocional y despersonalización y cinismo.

4.6 MARCO COMUNITARIO LEGAL DEL ESTRÉS RELACIONADO CON EL TRABAJO

No existen disposiciones legislativas dirigidas específicamente del estrés relacionado con el trabajo y a su prevención y la de sus efectos. La más importante y básica es la directiva marco que establece que:

“el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores en todos los aspectos relacionados con el trabajo, con arreglo a los siguientes principios generales de prevención:

- Evitar los riesgos
- Evaluar los riesgos que no se pueden evitar
- Combatir los riesgos en su origen
- Adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, la elección de los equipos de trabajo y los métodos de trabajo y de producción, con miras a atenuar el trabajo monótono y el trabajo repetitivo y a reducir los efectos de los mismos en la salud;
- Planificar la prevención buscando un conjunto coherente que integra en ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones del trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo”.

Dos directivas comunitarias hacen referencia específica a la necesidad de tener en cuenta el estrés psíquico: la directiva 92/270/CEE y la directiva 92/85/CEE.

Además de la Guía de la Comisión Europea (1996b) “determinación de los riesgos en el lugar de trabajo” insiste en la necesidad del “estudio de los factores psicológicos, sociales y físicos que pueden contribuir al estrés en el trabajo, la forma en que interactúan entre sí y con los otros factores en la organización y el entorno laborales”.

España como Estado miembro de la UE adoptó a través de la LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES (ley 31/1995 de 8 de noviembre), esta normativa comunitaria y así en su artículo 18.1.a, estableció que el empresario adoptará las medidas adecuadas para que los trabajadores reciban todas las informaciones necesarias en relación con los riesgos para la seguridad y la salud en el trabajo.

Hoy por España, el estrés laboral y el síndrome de llamarse “burnout” se reconoce como accidente laboral.

4.7 ALGUNOS DATOS SOBRE LA TENSIÓN LABORAL

En 1996 la fundación europea para la mejora de las condiciones de vida y de trabajo entrevistó a una muestra de trabajadores representantes de la población activa de cada miembro de la UE: en total 15800 personas, el 28% de los encuestados refirieron sufrir de estrés laboral (esto supone unos 41 millones de trabajadores en la UE)

La tensión laboral causa del 60% al 90% de los problemas médicos. Los trabajadores que dicen sufrir fuerte estrés laboral tienen un 30% más de probabilidades de sufrir accidentes que el resto de los trabajadores.

Existe una diferencia entre estrés y tensión: Tanto el estrés como la tensión son fuerzas que pueden hacer sucumbir a los individuos si no se controlan a tiempo.

Ambas contribuyen a un estado de infelicidad y preocupación que no permite que la persona pueda comportarse normalmente durante un determinado tiempo. Sin embargo, a pesar de sus similitudes, es importante siempre tener presente que la tensión y el estrés no es lo mismo; independientemente de que puedan hallarse relacionados.

Si tienes dudas al respecto o simplemente andas en busca de un poco más de información que sirva de complemento a lo que ya sabes, entonces continua leyendo, porque más abajo te explicamos todo lo que quieres y necesitas saber en torno a este interesante tema.

El estrés es una respuesta del organismo a una demanda o condición ambiental, es decir, la respuesta que un individuo da a una condición indeseada (aunque las personas también pueden llegar a estresarse durante eventos o actividades que en general disfrutan) es llamada estrés.

Mayormente se produce cuando algo que afecta negativamente a la persona sucede de manera inesperada. Para que este estado se produzca es necesario que ocurra un desbalance hormonal en el organismo, puesto que es ese desbalance el que provoca todos los efectos en el cerebro.

Alguien se estresa cuando lo que acontece sobrepasa su capacidad adaptativa en el momento, por lo que cabe mencionar que las respuestas al estrés varían mucho dependiendo de la personalidad de cada quien.

El estrés puede provocar efectos físicos observables y puede afectar la salud en general. Algunos síntomas comunes de este estado son: sentimientos de impotencia, miedo extremo, enojo, cinismo y desconfianza. Cuando alguien es sometido a situaciones estresantes durante un largo período de tiempo y esta condición escala más allá se pueden presentar síntomas físicos como dolor de estómago, dolor en general, náuseas y nerviosismo.

Por otra parte, la tensión se define como una sensación de presión e infelicidad en la mente del individuo. Con frecuencia este estado es considerado un verdadero problema en la vida de los afectados.

Psicológicamente, la tensión es un estiramiento del sistema nervioso, el cual controla en gran medida lo que sucede en la cabeza de cada quien. Esta condición hace que el afectado se sienta ansioso y demasiado consciente de lo que hace hasta el punto de hacer que el individuo se sienta amenazado por aquello que le rodea.

4.8 SEGÚN LA OMS EL ESTRÉS...

Según la OMS uno de los problemas de Salud Mental que constituye el factor causal de muchas enfermedades, y es considerado el “mal del siglo”, es el “estrés laboral” que afecta al individuo y/o al ser humano que se encuentra en constante adaptación frente a los cambios que se suscitan en su entorno generado en los últimos tiempos por el avance de la ciencia y la tecnología, entre otros.

En tal sentido las enfermeras en su ambiente laboral diariamente enfrenta situaciones estresantes que pueden ser perjudiciales para su salud; siendo estos derivados entre otros de las inadecuadas condiciones de iluminación en el servicio, existencia de ruidos, ambiente contaminados, falta o exceso de control en las tareas e inadecuadas relaciones interpersonales con el equipo de salud y el paciente, dificultades personales que suelen presentarse en las obligaciones familiares, falta de comunicación con los hijos y la pareja, falta de actualización en los últimos avances actuales, entre otros, lo que en resumen podría conllevar al “Síndrome de Burnout” que afecta a un 60% en los profesionales de la salud:(médicos, enfermeras, psicólogos, etc.). Según refiere: Garcés de los Fayos, Teruel y García Montalvo (1994). Al respecto Pines Llor Et (1995), manifiesta o pone en evidencia que la profesión de enfermería, tiene entre otra; tres características que a su vez son factores de riesgo y que determinan la aparición del síndrome: un gran esfuerzo mental y físico, continuas reorganizaciones de las tareas; que agravan el nivel de carga y esfuerzo mental, el trato con la gente en circunstancias de extrema ansiedad y aflicción.

García Izquierdo en 1991, señala que el Burnout es un problema característico de “servicios humanos”, es decir de aquellas profesiones que deben mantener una relación de continua de ayuda hacia el “cliente” (médicos, profesores, enfermeras, psicólogos, psiquiatras).

La enfermera como miembro del equipo de salud interviene mediante actividades preventivo – promocionales en la promoción y prevención de la salud mental mediante el uso de técnicas de afrontamiento, talleres de relajación, técnicas de manejo de estrés; orientados a restablecer el equilibrio emocional de las personas y del mismo profesional.

4.9 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS EN EL SÍNDROME DE BURNOUT

El término Burnout hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, máxime cuando ésta es catalogada de ayuda (médicos, enfermeros, profesores), y su origen se basa en cómo estos individuos interpretan y mantienen sus propios estadios profesionales ante situaciones de crisis. El término Burnout es descrito originalmente en 1.974 por Frede unberger aunque es principalmente con los estudios, de Maslach y Jackson, cuando realmente adquiere verdadera importancia el estudio de este síndrome.

Los elementos que se revelan como más característicos serían el cansancio emocional, (C.E) caracterizado por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento, la fatiga etc.; la despersonalización (DP) manifestada por un cambio negativo de actitudes y respuestas hacia los demás con irritabilidad y perdida de motivación hacia el trabajo; y la incompetencia personal (falta de realización personal) (FRP) con respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo.

Entre las consecuencias del síndrome se describen siguiendo a Orlowski alteraciones emocionales y conductuales, psicosomáticas y sociales, pérdida de la eficacia laboral y alteraciones leves de la vida familiar. Siguiendo a Flórez 8 además se justificaría el alto nivel de absentismo laboral entre estos profesionales, tanto por problemas de salud física como psicológica, siendo frecuente la aparición de situaciones depresivas hasta la automedicación, ingesta de psicofármacos y aumento del consumo de tóxicos, alcohol y otras drogas.

Entre los aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout descritos en la literatura no parece existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores si bien existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables. La edad aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo éstos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperadas. Según el sexo sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los sanitarios por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar, así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer.

El estado civil, aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime¹³; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables.

En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar.

La tonicidad laboral y el horario laboral de estos profesionales pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome, aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermería donde esta influencia es mayor.

Sobre la antigüedad profesional tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestada en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome, Naisberg y Fenning encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout presentaron y por ello siguen presentes.

Es conocida la relación entre Burnout y sobrecarga laboral en los profesionales asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente. Sin embargo, no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout, si bien si es referida por otros autores. También el salario ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de Burnout en estos profesionales.

5. EL ESTRÉS OXIDATIVO

5.1. PROCESO DE OXIDACIÓN

Para entender qué es la oxidación y qué significa estrés oxidativo debemos iniciar hablando un poco de las mitocondrias.

Cada una de nuestras células tiene miles de pequeñas centrales energéticas llamadas mitocondrias. Son pequeños órganos a los que son llevados los nutrientes (azúcares, grasas y aminoácidos) para ser “quemados” en presencia de oxígeno y desde allí producir el denominado ATP, que es el combustible necesario para realizar cualquier función del organismo.

5.2. La oxidación:

El oxígeno es un elemento indispensable para nuestra vida, sin él no vivimos, pero si no controlamos los residuos de sus reacciones (especies reactivas o radicales libres) acabamos afectados, enfermos, envejecidos prematuramente.

La oxidación es una reacción química en la que una molécula pierde un electrón, cediéndolo a otra (un agente oxidante) y perdiendo su estabilidad. En este proceso se pueden generar los radicales libres.

5.2.1 Los Radicales Libres:

Son compuestos químicos muy reactivos e inestables capaces de generar daños importantes en la célula. Se caracterizan por tener un electrón libre que deben donar o aparear, es decir que esta molécula interactúa con las que están a su alrededor buscando la estabilidad y dañando a sus vecinas. Simplificando, oxidan una parte de nuestro organismo, destruyendo su estructura o alterando su función. Lo que genera procesos inflamatorios o degenerativos en el tejido afectado.

5.2.2. Los Antioxidantes:

Son moléculas que nos ayudan a prevenir alteraciones en nuestro organismo, principalmente las relacionadas con el envejecimiento. Su función es detener las reacciones en cadena producidas durante la oxidación y la generación de radicales libres, oxidándose ellos mismos y así evitando que las moléculas de alrededor se oxiden.

5.2.3. El Estrés Oxidativo:

El problema aparece cuando hay desequilibrio entre los agentes oxidantes y la respuesta antioxidante de la célula. Esto se denomina estrés oxidativo, es decir que nos encontramos en una situación de desventaja en la que la capacidad defensiva del organismo ante los agentes que nos oxidan o envejecen, está limitada.

5.2.4. Los Diferentes Antioxidantes:

Los antioxidantes se pueden dividir en dos grandes grupos, los que cumplen sus funciones en medios acuosos (como el plasma de la sangre y el citoplasma, es decir la parte interna de la célula) y los que ayudan a proteger la parte grasa de nuestro organismo, como la pared celular.

Los primeros son los llamados hidrófilos, los más comunes de ellos son la vitamina C, el ácido lipoico, el glutatión y la superóxido dismutasa.

Dentro de los segundos, llamados lipófilos o hidrófobos, encontramos a los carotenoides (carotenos, licopeno), los relacionados con la vitamina E (tocoferol), los polifenoles (resveratrol, flavonoides) y además la conocida como coenzima Q. Estos son los que protegen a las grasas de nuestro organismo para que no se oxiden.

Existen otros importantes antioxidantes como el selenio, el cobre, el zinc, el manganeso, etc. Que en realidad por si mismos no tienen dicha capacidad, pero si no están presentes, algunas de las potentes enzimas o reacciones antioxidantes, no funcionan.

5.3. EFECTOS DEL ESTRES OXIDATIVO

En el proceso normal de producción de energía dentro de las mitocondrias, podemos decir que pueden saltar algunas chispas llegando a dañar la pared que las recubre y protege. Para que esto no suceda las mitocondrias cuentan con los antioxidantes que apagan rápidamente estas chispas y evitan el daño.

Si el organismo no tiene suficientes antioxidantes, ya sea porque consumimos poco o porque los agotamos rápidamente, aparece el estrés oxidativo, que daña primero a las mitocondrias, lo que hace que tengamos menos energía para funcionar.

La poca energía que queda el organismo la invierte en tratar de reparar el daño, con lo que pierde su capacidad de respuesta y no puede tener un adecuado metabolismo. En un círculo vicioso que daña la célula, luego los tejidos y por último las funciones del organismo.

Los principales síntomas de un organismo oxidado tienen que ver con el envejecimiento. La piel pierde tersura y flexibilidad, aparecen arrugas marcadas, manchas y ojeras. A nivel interno aparecen síntomas cardiovasculares con aumento de la tensión arterial, insuficiencia del corazón, disminución de la resistencia al ejercicio y debilidad muscular. Se pueden presentar síntomas cerebrales con tendencia a la inestabilidad y alteraciones de la memoria y a nivel óseo-articular síntomas de rigidez, dolores e inflamaciones, etc.

5.4. PROPUESTA:

En la actualidad contamos con Test de resultados rápidos, es el caso del Oxitest, prueba en orina que nos ayuda a determinar el nivel de oxidación del organismo. Este resultado unido al Perfil Nutricional orienta un tratamiento alcalinizante, descongestivo, que reduce e incluso puede hacer desaparecer enfermedades que parecían irreversibles.

Si complementamos el diagnóstico con cambios en hábitos y rutinas, ajustados al ritmo de vida individual, el resultado es EL PACK DESINTOXICA Y REJUVENECE con el que trabajamos con intensidad en 60 días el inicio de una vida más sana, lejos del estrés oxidativo.

5.4. EL ESTRÉS OXIDATIVO Y EL DESTINO CELULAR

En la actualidad existe una amplia difusión acerca de productos farmacéuticos y/o cosmetológicos que exaltan los beneficios del uso de antioxidantes con fines muy diversos, tales como prevención o mejoría ante enfermedades, mejoría en la calidad de vida, tratamientos anti envejecimiento. En las propagandas de estos productos se utilizan y tratan de explicar (con mayor o menor grado de veracidad) términos tales como estrés oxidativo, radicales libres, antioxidantes, especies reactivas del Oxígeno, vitaminas anti estrés, etc.

5.5. ESTRÉS OXIDATIVO COMO ETIOLOGÍA

Día a día aumenta el número de enfermedades en cuya etiología estaría involucrado el estrés oxidativo que se produce cuando el ataque oxidativo supera las defensas antioxidantes. El tejido nervioso parece ser un blanco propicio para los compuestos pro oxidantes, dada sus características químicas, tales como alto contenido en ácidos grasos poliinsaturados, altas concentraciones de hierro y bajo contenido en enzimas antioxidantes. Hay investigaciones que demuestran una clara intervención del estrés oxidativo en el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer, en Parkinson y en esclerosis lateral amiotrófica, entre otras enfermedades del sistema nervioso.

También se ha encontrado asociación entre estrés y envejecimiento y con numerosas enfermedades adquiridas por exposición a xenobióticos. Muchas investigaciones en marcha están tratando de explicar la participación de las especies reactivas de oxígeno (EROs) en el desarrollo y características clínicas de varias enfermedades, tales como diabetes, cirrosis alcohólica, hipertiroidismo, cáncer, etc. De los resultados obtenidos se trata de sugerir o encontrar nuevas estrategias para el tratamiento de estas enfermedades y/o recomendar el uso de antioxidantes como medicina preventiva o adicional al tratamiento específico de las mismas.

Por último, hay fuerte interés en conocer la asociación entre estrés oxidativo y actividad física. Varios trabajos demuestran que existe inducción de estrés oxidativo en individuos sujetos a intensa ejercitación física, pero al mismo tiempo se ha comprobado que en estos individuos aumentan las defensas antioxidantes tanto enzimáticas como mediadas por atrapanes de radicales libres de bajo peso molecular. Por otra parte, se ha comprobado que la actividad física conlleva una variación en la naturaleza de las lipoproteínas plasmáticas, favoreciendo el contenido del llamado colesterol bueno frente al malo, con la consiguiente disminución de riesgo coronario. Hay varios trabajos que demuestran la implicancia de la peroxidación lipídica de las fracciones en el desarrollo de la aterosclerosis, la cual podría prevenirse, por lo tanto, mediante un adecuado entrenamiento físico.

5.5.1 El estrés oxidativo

El estrés oxidativo es un estado de la célula en la cual se encuentra alterada la homeostasis óxido-reducción intracelular, es decir el balance entre prooxidantes y antioxidantes. Este desbalance se produce a causa de una excesiva producción de especies reactivas de oxígeno (EROs) y/o por deficiencia en los mecanismos antioxidantes, conduciendo a daño celular.

En analogía al término “estrés oxidativo”, Hausladen y Stambler han denominado “estrés nitrosativo” a la excesiva o desregulada formación del radical óxido nítrico (NO.) y especies reactivas del Nitrógeno (ERNs) derivadas del mismo.

5.5.2. Estado de óxido - reducción de la célula.

El estado de óxido - reducción de la célula está determinado por el equilibrio entre las contrapartes oxidadas y reducidas de los distintos compuestos biológicos presentes en ella, principalmente de aquellos que se encuentran en mayor proporción. El tripéptido glutatión (GSH, g-L-glutamil-L-cisteinil-glicina), debido a su alta concentración intracelular (5-10 mM), se considera un regulador homeostático del estado de óxido- reducción celular. Este metabolito se encuentra presente en su forma oxidada en sólo un 1 % del total, es decir que predomina ampliamente su forma reducida (GSH) sobre la oxidada (GSSG). Esto trae como consecuencia que un ligero desplazamiento del equilibrio hacia la forma oxidada afecta drásticamente el estado de óxido-reducción general, debido a su participación en muchos equilibrios de óxido reducción acoplados.

En particular esto es crítico para la regulación (prendido o apagado) de algunos factores de transcripción, cuya actividad depende del estado de óxido-reducción en el que se encuentren. El siguiente esquema representa los procesos que pueden ocurrir, relacionados al prendido y apagado de genes, bajo condiciones de estrés (- S* grupo sulfhidrilo modificado):

Cuando un grupo -SH crítico sufre una modificación oxidativa la proteína afectada puede perder su funcionalidad. La siguiente serie de reacciones muestra el distinto equilibrio en los que puede participar un residuo cisteína:

5.5.3. Especies reactivas del Oxígeno (EROs)

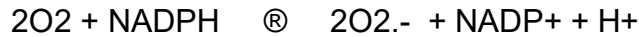
Las principales especies reactivas del Oxígeno son: el radical súper óxido (O_2^-), el peróxido de Hidrógeno (H_2O_2) y el radical oxidrilo ($HO\cdot$). Una de las principales fuentes de EROs es la cadena respiratoria, donde pueden ocurrir las siguientes transferencias de electrones:

En ella aproximadamente un 3 % de los electrones provenientes de NADH, por la incompleta reducción del Oxígeno, se desvían hacia la formación de EROs. Las EROs son capaces de oxidar macromoléculas biológicas, tales como proteínas, lípidos y ácidos nucleicos (2-4). Por otra parte, el H_2O_2 puede reaccionar con metales divalentes (libres o unidos a proteínas) y producir $HO\cdot$, vía reacción de Fenton. El ejemplo tipo es la reacción con Fe^{++} libre, que ocurre según la siguiente reacción:

En forma similar, puede reaccionar también con el grupo prostético de metal proteínas conteniendo hierro (ej. con la dihidroxiácido dehidrasa, la fosfogluconato dehidrasa, las fumarasas A y B o la aconitasa), según la reacción de Haber Weis:

El $HO\cdot$ puede reaccionar con distintas macromoléculas (proteínas, lípidos y ácidos nucleicos, principalmente), en las que por cesión de un electrón produce otras especies reactivas, a través de mecanismos y de intermediarios aún desconocidos. En estos casos se dice que ha intervenido el radical oxidrilo, entendiendo como tal a un radical proveniente de oxidaciones univalentes, iniciadas por una reacción de tipo Fenton (5). En este tipo de reacciones la hidroxilación y la abstracción de Hidrógeno son las modificaciones más comunes que sufre el sustrato orgánico involucrado y se generan otros radicales libres orgánicos tales como: los radicales alcohoxilos ($RO\cdot$), piróxilos ($ROO\cdot$) y sulfoderivados.

La formación de radical superóxido (O_2^-) también puede ocurrir a nivel de la NADPH-oxidasa según la siguiente reacción:



Con la participación de un complejo de proteínas, que por estrés oxidativo sufren modificaciones conformacionales, exponiendo distintos sitios de interacción proteica, que le permiten unirse a ferro-proteína integrales de membrana. De esta manera queda formado un complejo proteico con actividad NADPH-oxidasa (6). La activación de este complejo está mediada por el sistema Ras.

Las proteínas Ras forman parte de una súper familia de proteínas con afinidad por GTP. Cuando Ras se une a GTP, se activa su actividad GTPasa, se hidroliza un fosfato, Ras pierde afinidad por el nucleótido resultante (GDP), y luego por GAP (la proteína activante de su actividad GTPasa). La energía liberada durante este ciclo se usa para producir modificaciones conformacionales en distintos sistemas proteicos, que conducen a la activación de complejos enzimáticos. Un ejemplo de este complejo mecanismo es la activación de la NADPH oxidasa arriba mencionada, la cual se ha comprobado que, bajo condiciones de estrés oxidativo provocado por invasión por patógenos, se activa a través de un mecanismo regulado por Ras. En un medio aeróbico se desarrollarán las siguientes reacciones:

Existen otras dos EROs, con características especiales: el Oxígeno singulete ($1O_2$) y el hipoclorito (en su forma no protonada ClO^- o protonada, llamado también ácido hidroclicoso).

El $1O_2$ es una forma excitada de la molécula de Oxígeno diatómico (triplete):

$$94,3 \text{ kJ/mol}$$



Esta especie reactiva tiene gran tendencia a reaccionar con moléculas orgánicas ya que, al tener un momento de espín igual a cero, comparte con éstas el estado singulete. El $1O_2$ puede originarse por transferencia de energía desde otra molécula reactiva, por reacciones fotoquímicas o por reacciones en ausencia de Oxígeno.

Las siguientes ecuaciones representan su formación en esta última situación, que ocurre especialmente en neutrófilos, ricos en cloroperoxidasas (que aceleran la primera reacción) y en H₂O₂ (el cosustrato en la segunda reacción):



La producción fotoquímica de 1O_2 , puede ocurrir a partir de fotosensibilizadores endógenos (porfirinas, flavinas, quinonas) o exógenos (Rosa de Bengala, Azul de Metileno) y por radiación visible o UV. También puede generarse en procesos inflamatorios o por excitación química con carbonilos excitados, proceso que puede ocurrir aun en oscuridad. La irradiación tópica de tejidos tumorales pre expuestos a sensibilizadores, lleva a la necrosis por producción fotodinámica fundamentalmente del 1O_2 .

5.5.4. Efectos de las EROs

Se ha demostrado que el 1O_2 es un mediador de los efectos citotóxicos inducidos por la radiación UVA, produciendo activación del factor de transcripción AP-2, activa la cascada de señales que involucra otros factores de la cascada de señales tales como las quinasas de la región N terminal de c-Jun (JNK, p38-MAPK y NF- κ B), participando en el sistema de transducción de señales, que lleva a apoptosis o a recuperación de la célula, dependiendo del estado inicial de la misma.

Entre los daños a macromoléculas que puede ejercer el $1O_2$, está el daño al ADN, debido a la oxidación de residuos guanina a 7-hidro-8-oxo deoxignanosina (8 oxo- Gu). Este nucleótido lleva luego a la transversión de G: C a T: A, provocando así mutaciones que pueden llevar a la muerte celular.

Las proteínas cuya traducción se ha reportado que es inducida por $1O_2$ son, entre otras: la hemooxigenasa 1 (HO-1), la colagenasa intersticial (metaloproteinasa, de la matriz o MMP-1), las interleuquinas IL-1 a/b e IL-6, la molécula de adhesión intercelular ICAM-1 y el ligando Fas.

La HO (que se induce también por radiación UVA y por H_2O_2 y está modulada por niveles de GSH) cataliza la primera de las siguientes reacciones, que llevan a la producción de dos especies antioxidantes, la bilirrubina y la biliverdina:

El átomo de Fe que se libera en la conversión del hemo a biliverdina, se transporta a la médula ósea por medio de una b- globina, llamada transferrina, por lo que la mayor parte de este Fe se recupera en lugar de excretarse. Una parte pasa, en el hígado, a la ferritina, almacenándose en un hueco de aproximadamente 12 mm de diámetro, donde se pueden alojar cerca de 4000 iones férricos/molécula de enzima. Es evidente que la cantidad de hierro libre en la célula es muy baja, constituyendo estas proteínas (la ferritina y la transferrina) un importante mecanismo de defensa antioxidante, ya que al secuestrar al hierro impiden que participe en la reacción de Fenton y se inicie la cadena de radicales libres arriba comentada.

5.5.5. Respuesta adaptativa al estrés oxidativo

Se ha comprobado que el promotor de la hemooxigenasa 1 (HO-1) contiene sitios de unión a factores de transcripción AP-1, AP-2 y NF-kB, que también se activan por estrés oxidativo, resultando en la síntesis de numerosas proteínas, que se conocen como enzimas respondedoras al estrés. La inducción de la HO-1 se considera una “respuesta adaptativa” al estrés oxidativo. La respuesta adaptativa u horesis es el fenómeno celular por el cual la exposición a un agente tóxico (en concentraciones subletales) provoca una respuesta celular que protegerá posteriormente a la célula contra los efectos deletereos del mismo tóxico a concentraciones letales, dicho en otras palabras, es un efecto benéfico desencadenado con bajo nivel de exposición a un agente que es dañino a altos niveles.

Este efecto es muy importante en casos de estrés oxidativo. Así, se ha comprobado que la exposición a bajos niveles de radiación o a O₂ hiperbárico aumenta las defensas antioxidantes. La terapia con O₂ hiperbárico al hombre (100% O₂ a 2,5 atmósferas), por ejemplo, induce cambios significativos en el daño oxidativo al ADN, en células sanguíneas periféricas, pero luego el daño se estabiliza, en tanto que las defensas antioxidantes suben.

El resultado es una bajada en la línea de base del daño celular total, específicamente a nivel de daño oxidativo al ADN, desencadenado inicialmente por el tratamiento. Pretratamientos de este tipo se suelen utilizar en pacientes que deben ser sometidos a una intervención quirúrgica, para minimizar los daños laterales provocados por el estrés oxidativo. Por otra parte (9), se ha comprobado que con tratamientos que provocan bajos niveles de oxidación y en condición normales de reparación, las células toleran cierta carga de aductos oxidados que contribuyen a la velocidad de mutación espontánea y muerte de células extremadamente dañadas, lo cual puede resultar benéfico para el sistema total (órgano y/o tejido) bajo determinadas condiciones.

5.5.6. Otras fuentes de EROs

Otra fuente de EROs está relacionada a la cupla xantino/xantino oxidasa (oxidases catabólicas, presentes en los peroxisomas). La acumulación de hipoxantina y xantina, bajo condiciones anaeróbicas, de isquemia/reperfusión (deficiencia en la irrigación sanguínea -que empobrece la llegada de sangre y, por consiguiente, de Oxígeno a un tejido- con posterior reflujo sanguíneo y consecuente afluencia de Oxígeno) o de bajo contenido energético, puede desembocar en la producción de EROS, según la siguiente cascada de reacciones:

5.5.7. Especies reactivas del Nitrógeno (ERNs)

Las principales ERNs son el óxido nítrico (NO.) y el peroxinitrito (ONOO-) considerado como uno de los más potentes oxidante biológico. Las ERNs pueden dañar y matar células por distintos mecanismos: inactivación de los distintos complejos de la cadena respiratoria, daño a proteínas y a lípidos, inhibición de síntesis proteica o de ADN, depleción de GSH o de ATP.

El ONOO- está en equilibrio con una forma activada de estructura desconocida, que reacciona con metionina para dar metilsulfóxido o, en presencia de CO₂, un derivado con actividad nitrante de compuestos aromáticos. La principal fuente de ERNs, en células de mamíferos, es la oxidación enzimática de L-arginina por la NO sintasa.

El NO. es una molécula de señal ubicua, que funciona en la regulación de distintos procesos en los sistemas nervioso, cardiovascular e inmune. Está asociado a procesos inflamatorios neurotóxicos y de isquemia/reperfusión. Se ha propuesto que el NO. actuaría induciendo la producción mitocondrial de peroxinitrito.

Este produciría a su vez la inhibición del complejo I de la cadena respiratoria (NADH : Ubiquinona reductasa), lo cual tiene un efecto crítico sobre el suplemento de energía en varios tejidos y sobre la producción de EROs. Los efectos del NO. sobre la generación de EROs mitocondrial son complejos, la producción de EROs y ERNs inducida por NO y su posterior modulación son iniciados por la reacción entre NO y el ubiquinol llevando a la formación y auto oxidación de la ubisemiquinona. Posteriormente se forma una intrincada red de equilibrios de óxido-reducción, involucrando al ubiquinol, al anión superóxido, al peroxinitrito y al óxido nítrico, que cubre un amplio campo en los aspectos regulatorios y protectores contra el estrés oxidativo. El balance final de daño por estrés oxidativo o de protección por defensas antioxidantes en mitocondrias, dependerá del contenido de ubiquinol y de NO en el estado estacionario, del nivel de enzimas antioxidantes y de la extensión de la inhibición inducida en el Complejo I en la membrana mitocondrial.

Otro tipo de especies reactivas que se pueden producir durante procesos de estrés oxidativo, son las llamadas especies bioluminiscentes (BLUE) de larga vida (23). En nuestro laboratorio, en estudios experimentales de alcoholismo crónico y de intoxicación crónica con hidrocarburos aromáticos polihalogenados, pudimos comprobar que se generan estas BLUE, cuya detección permite hacer un seguimiento de la evolución de las patologías asociadas (24). El hecho que ambos tratamientos producen especies reactivas (24, 25) avalan la hipótesis que las BLUE provendrían del estrés oxidativo desencadenado por este tipo de tratamientos.

5.5.8. Defensas antioxidantes

Si bien todos los organismos vivos soportan numerosos factores endógenos y exógenos de estrés oxidativo, al mismo tiempo poseen numerosos sistemas de defensas antioxidantes regulables, enzimáticos y no enzimáticos.

Existen enzimas que actúan específicamente sobre determinadas especies reactivas (5). Así, la superóxido dismutasa dismuta (reacción a través de la cual dos moléculas iguales se transforman en otras dos moléculas distintas) al O_2^- a O_2 y H_2O_2 , la catalasa transforma al H_2O_2 en O_2 y agua, la GSH–peroxidasa cataliza la reducción de peróxidos ($ROOH$, inclusive al H_2O_2) a alcoholes (ROH), aprovechando el potencial reductor del GSH. Existen otras enzimas, tales como las quinonas reductasas y hemo oxigenasa, que pueden prevenir la formación de EROs, por ciclado de electrones.

La familia de las superóxido dismutasas (SOD) ha ido en aumento y ya se han descubierto al menos tres miembros además de las dos proteínas inicialmente detectadas (la Mn SOD mitocondrial y la Zn/ Cu- SOD citoplasmática, que dan cuenta del 100% de la actividad SOD intracelular) (5). La Cu/ Zn- SOD citosólica, es inhibible por cianuro, su actividad representa el 90% de la actividad del homogenato total. La Mn- SOD, mitocondrial se puede determinar por diferencia entre la actividad SOD total y la actividad SOD en presencia de cianuro. Se han descubierto dos SOD extracelulares: la llamada EC- SOD extracelular, en humanos se presenta como un homotetrámero siendo secretada por las células que la producen. También ha sido detectada en plantas, bacterias y en nemátodos. Su función sería interceptar el O_2^- - exógeno (por ejemplo, los liberados por leucocitos fagocíticos) evitando de esta forma la posible reacción del NO, con el O_2^- -, aumenta la vida del NO y disminuye la generación del $ONOO^-$, uno de los oxidantes más potentes. Está glicosilada y exhibe afinidad por polisacáridos sulfatados, tales como la heparina o la heparina sulfatos, por esta razón, si bien se detecta en plasma sanguíneo se encuentra unida a la matriz extracelular. La segunda SOD extracelular, el Cu/Zn-SODp o periplásmica, existe en unas pocas especies de bacterias Gram negativas. Su función sería proteger a la célula contra el O_2^- - exógeno. La última SOD descrita es una Ni-SOD, detectada en *Streptomyces*, es homotetramérica y no tiene homología con las SOD previamente reportadas.

5.5.9. Regulación de la respuesta al estrés oxidativo

El gen de las SOD, conjuntamente con el de otras proteínas sensibles al estrés está regulado por el regulón SoxRS. Un regulón es un grupo de genes regulados coordinadamente. En el caso del regulón SoxRS, el factor activante es el aumento en la concentración del O₂·-. Algunos de los productos resultantes al activarse SoxRS son: la Mn-SOD (enzima encargada de eliminar O₂·-), la Glu 6p deshidrogenasa (que asegura el suplemento de NADPH), la endonucleasa IV (miembro del sistema de reparación del ADN dañado), la ferredoxina reductasa (que activa las Fe-S proteínas, reparando su centro 4Fe-4S, dañado por el estrés oxidativo), la mic F (disminuye la porosidad de la membrana mitocondrial interna, ayudando así a recomponer el potencial de membrana).

El péptido SoxR, es el sensor de óxido-reducción, que en su estado oxidado activa a la proteína SoxS. La SoxS activa vuelve a unirse al regulón SoxRS, activando su operón y causando la activación transcripcional. El regulón SoxRS representa la mitad de la defensa antiestrés intracelular. Existe otro regulón, el OxyR, que es independiente de SoxRX y responde al H₂O₂, dando cuenta del otro 50 % de la defensa antioxidante, desencadenada por estrés oxidativo.

Algunos metales, tales como el Se y el Zn, por su participación como cofactores de enzimas antioxidantes (GPx y SOD citoplasmática, respectivamente), contribuyen a aumentar las defensas antioxidantes.

La catalasa se encuentra en todos los órganos, pero especialmente en el hígado y en los eritrocitos. Localizada principalmente en peroxisomas, es una hemo proteína, que tiene asociada una molécula de NADPH para estabilizar la molécula.

5.6 ROL DEL GLUTATION EN LA RESPUESTA ANTIOXIDANTE

La GSH peroxidasa (GPx, presente en mitocondrias, citosol y peroxisomas) contribuye a las defensas antioxidantes, actuando en la regeneración del glutation a su estado reducido. La tioredoxina reductasa y algunas proteínas, tales como las metalotioneina, ricas en residuos cisteínas, también participan en la restauración de los niveles de GSH reducido, poseyendo por ello propiedades antioxidantes (26).

La melatonina (el principal producto de la glándula pineal) es un atrapante de radicales libres (.OH, NO. , $1O_2$ y ONOO-), penetra distintas barreras intracelulares, se acumula en los núcleos, donde protege al ADN de distintos factores de estrés (efecto de metales, radiaciones ionizantes, etc.). Entre los distintos tratamientos que se están aplicando para aminorar o revertir los daños provocados por el estrés oxidativo, el uso de melatonina parece muy promisorio. Wenbo y col. probaron los efectos de melatonina, manitol y trolox (atrapante de radicales libres) para inhibir la formación de 8OH Gu (indicador de daño al ADN), en un sistema experimental de daño por el ácido d-aminolevúlico (dALA), en presencia de hierro. Sus resultados indican que:

Entre las defensas antioxidantes no enzimáticas, tiene un lugar predominante el glutation (GSH). Esta pequeña molécula protege a la célula contra diferentes especies oxidantes y se ha comprobado su participación clave en numerosos desórdenes neurodegenerativos. Tanto el GSH como otras moléculas conteniendo tioles, tienen alto poder reductor y, por consiguiente, poseen propiedades antioxidantes, ya que pueden cederle un electrón a las EROs y/o ERNs, disminuyendo de esta forma su reactividad. Se dice que este tipo de compuestos de bajo peso molecular actúan como “atrapantes” de radicales libres.

Entre ellos podemos citar a la tiorredoxina (Trx) y a la vitamina C o ácido ascórbico (hidrosoluble) y a las vitaminas liposolubles E o alfa tocoferol (unida a membrana) y A o axeroftol.

5.6.1. Antioxidantes en la alimentación

La vitamina E captura especialmente al radical oxidrilo, siendo su principal fuente el germen de trigo; la vitamina A está presente en el aceite de hígado de pescado, en vegetales (tales como la zanahoria) ricos en carotenoides y la vitamina C en cítricos, tomate, frutilla y verduras. Las dos primeras, por ser liposolubles, pueden acumularse en grasas y/o membranas y aun no se sabe qué consecuencia puede tener el uso abusivo de las mismas, por eso es más aconsejable ingerirlas en los productos naturales que en su forma aislada.

Estudios epidemiológicos indican que la ingestión de frutas y vegetales confiere protección contra el desarrollo de cáncer, frecuentemente asociado a estrés oxidativo. Si bien se ha propuesto que el efecto benéfico de este tipo de alimentos radica en las propiedades antioxidantes de las vitaminas que contienen, cuando se administran vitaminas C y E y carotenoides puros no se obtienen resultados tan concluyentes. A partir de este estudio Potter concluye que frutas y vegetales actuarían como una “polifarmacia” contra el desarrollo de enfermedades crónicas, conteniendo no sólo vitaminas sino también otros agentes antioxidantes, tales como los polifenoles (con propiedades de atrapantes de radicales libres y quelantes de metales), formando una compleja trama antioxidante. Los flavonoides son polifenoles antioxidantes, presentes en plantas y posiblemente los beneficios de la ingestión de frutas, vegetales y vino tinto, pregonado por los nutricionistas, radique en su alto contenido en estos antioxidantes polifenólicos. Los polioles (ej.: sorbol) también activan fuertemente los caminos de señales sensibles a estrés.

5.6.2. Otros mecanismos de protección

Además de los mecanismos de protección antioxidante, enzimáticos y no enzimáticos, también contribuyen a paliar el posible daño oxidativo:

1- La fidelidad de las relaciones metabólicas de óxido reducción. Recordar que, en el sitio IV de la cadena respiratoria, la presencia de los citocromos a-a₃ provee 4 sitios de transferencia de electrones para hacer más efectiva la transferencia y justamente allí no hay formación de EROs. En tanto que en los otros sitios a lo sumo hay una pérdida del 4%, debido a que la suma de los potenciales de los distintos sistemas de reducción intervinientes es francamente positivo, tirando el equilibrio hacia la derecha (sitio I → sitio III → sitio IV)

2- Gran compartimentalización celular, lo que trae como consecuencia que las EROs y sus fuentes no siempre estén cerca de sus blancos de acción.

3- Varios factores estructurales de los ácidos nucleicos favorecen su protección ante el estrés oxidativo: la cromatina compacta, la presencia de histonas, la formación de complejos.

- . Destino celular

Cuando las especies reactivas oxidantes superan las defensas antioxidantes se produce el estrés oxidativo, hay daño a macromoléculas. La siguiente tabla resume los principales daños.

- . ADN

Azúcar: base propenal → MDA

Bases: 8-Oxo Gu, timina glicol y productos de hidrólisis espontánea

Azúcar + base: 5',8- ciclo deoxiGu

Formación de aductos entre radicales: ADN- ADN, ADN- proteína

- PROTEÍNAS

Oxidación grupos SH

Oxidación residuos aromáticos, Ataque a la unión peptídica → derivados carbonílicos→ clivaje

- . LIPIDOS

Iniciación, propagación y terminación.

Formación de radical lipídico (L.). Hidroperóxidos (LOO.), aductos con lípidos, ADN, proteínas.

El posible destino celular bajo condiciones de estrés, dependerá de varios factores: el contenido endógeno de defensas antioxidantes, el grado de estimulación de las mismas bajo la condición de estrés, la reversibilidad de las modificaciones a macromoléculas producidas, la magnitud del estrés oxidativo y sus consecuencias funcionales. Existen varios sistemas de reparación de daño al ADN, y a nivel de proteínas hay muchas reacciones que son reversibles, en tanto que los lípidos quizás sean las macromoléculas más establemente afectadas y con consecuencias más directas sobre la integridad celular, de allí la gran atención que se ha puesto en ellos.

6. ENFERMERA CON SÍNDROME DE BURNOUT

M^a Dolores Torres Moreno-Cid*, Sara Sánchez Castro**, Ana Belén Salamanca Castro**

*Enfermera Hospital Infanta Cristina de Madrid. **Enfermera del Departamento de Investigación FUDEN.

- Resumen

El burnout es un síndrome frecuente entre profesionales que realizan actividades de ayuda a otras personas, siendo la enfermería una de las profesiones que más lo padece, conllevando agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, a la vez que se perfila como uno de los motivos importantes de abandono de la profesión.

La Organización Mundial de la Salud está advirtiendo del problema de escasez de profesionales de enfermería a causa de este síndrome de burnout. Teniendo todo esto en cuenta se presenta el caso clínico de una enfermera que lo padece.

La herramienta utilizada para la valoración de la paciente es puntuación obtenida en el cuestionario Maslach Burnout Inventory y las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. Se indican los diagnósticos de enfermería detectados, así como el plan de cuidados con las intervenciones de enfermería, resultados enfermeros y la evaluación de los mismos. Palabras clave: Agotamiento profesional, satisfacción en el trabajo, diagnósticos de enfermería, evaluación de procesos y resultados.

- Introducción

El burnout es una enfermedad que padecen principalmente los profesionales que trabajan con personas. En los años 70 Freud Enberger fue el primero que lo describió.

Pero es la psicóloga Cristina Maslach en el año 1976 la que utiliza por primera vez este término. Lo definió como: “Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas”.

Las consecuencias sobre los trabajadores son demoledoras, aparecen síntomas psicosomáticos, psicológicos y problemas sociales. Sin embargo, las actuales clasificaciones diagnósticas no establecen unos criterios diagnósticos claros. La clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su décima edición. CIE-10 lo considera como “un diagnóstico adicional no especificado”.

En su estudio Amutio et al. Observaron que hay unas personas más propensas que otras a sufrir burnout. Las más propensas tienen bajo nivel de dureza emocional, bajo autocontrol y altos niveles de ansiedad, por lo que afrontan de forma inadecuada las situaciones. En contraposición, las menos vulnerables al estrés son aquellas que poseen un bienestar psicológico.

Cristina Maslach, al igual que estableció una definición para el Síndrome de Burnout, también diseñó una herramienta de diagnóstico y valoración. Existe una encuesta creada por Maslach y Jackson llamada Maslach Burnout Inventory (MBI), para medir el grado de estrés en trabajo, agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal.

Según el MBI existen tres subescalas:

- Cansancio emocional o agotamiento emocional dentro del cual se encuentran las preguntas: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.
- Despersonalización comprendida por las preguntas: 5, 10, 11, 15 y 22.
- Realización personal integrada por las preguntas: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.

Rangos numéricos:

- Cansancio emocional/agotamiento emocional (AE): Bajo < 15; medio 15-24 y alto > 24.
- Despersonalización (DP): Bajo < 4; medio 4-9 y alto > 9.
- Realización personal (RP): Bajo < 33; medio 33-39 y alto > 39.

A continuación, se expondrá un caso clínico de una enfermera afectada por este problema que trabaja en el bloque quirúrgico de un hospital de nivel II de la Comunidad de Madrid.

Para la valoración de la profesional se utilizará las necesidades básicas de Virginia Henderson. Se utiliza para la realización del Plan de cuidados la taxonomía NANDA, NIC Y NOC6.

Presentación del caso clínico

Se entregó a un paciente una encuesta llamada Maslach Burnout Inventory (MBI), que sirve para medir el nivel de burnout. Está constituida por 3 subescalas que miden conjuntamente el grado de estrés laboral, cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

6.1 Caso Clínico

Revista Enfermería Docente 2015; julio-diciembre (104): 39-43 ISSN 2386-8678 40

El agotamiento emocional es la disminución de la dureza emocional y la capacidad de ayuda a los demás.

La baja realización personal es cuando se evalúa de forma negativa el trabajo y se está disconforme con los resultados profesionales.

Despersonalización es cuando aparece una actuación y sentimiento negativo hacia los pacientes.

El MBI consta de 22 ítems, y supone que el suceso nunca ocurre y que ocurre todos los días. Las demás puntuaciones intermedias se reservan para frecuencias que aparecen entre los 2 extremos citados. Un sujeto con burnout puntuará alto en cansancio emocional y despersonalización y bajo en realización personal.

La paciente M. J. P. (el nombre de la paciente se ha inventado para garantizar la confidencialidad y el anonimato) mujer de 34 años, soltera, sin hijos, enfermera del bloque quirúrgico, 13 años de antigüedad y contrato fijo. Turno rotatorio mañana/tarde/noche, dispone de tiempo libre y ha sufrido alguna baja médica como consecuencia del trabajo.

M.J.P. presentaba unos resultados de baja realización personal, alto agotamiento emocional y alta despersonalización, de lo que podemos concluir que padece síndrome de burnout. Observamos que en una de las preguntas que hacen referencia al hecho de estar quemada ítem número 8 responde claramente que se siente quemada con el trabajo dando a la pregunta la máxima puntuación.

Se realiza una entrevista con la paciente, realizando una valoración según el modelo de necesidades de Virginia Henderson y según el MBI.

- Valoración inicial

Necesidades alteradas:

Dormir y descansar. Presenta algunas veces un sueño no reparador por las preocupaciones por el trabajo, Trabajar para sentirse realizado.

La paciente se siente quemada por el trabajo y cree estar endureciéndose emocionalmente por el trabajo.

- Los resultados del MBI realizado por M.J.P. fueron los siguientes, sabiendo que los números se refieren a: 0 Nunca. 1 Alguna vez al año o menos. 2 Una vez al mes o menos. 3 Algunas veces al mes. 4 Una vez a la semana. 5 Varias veces a la semana. 6 Diariamente.

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 pacientes.
5. Creo que trato a los pacientes como si fueran objetos
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.
8. Me siento “quemado” 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 pacientes a los que tengo que atender.
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.
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 trata de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.

- Revista Enfermería Docente 2015; julio-diciembre (104): 39-43 ISSN 2386-8678

La interpretación de los resultados se hace teniendo en cuenta los valores obtenidos por separado y de forma conjunta, así según el rango numérico se valora el nivel de burnout.

La paciente presentó en la subescala de agotamiento emocional 31 puntos, en despersonalización 19 puntos y en realización personal 27 puntos. Vemos pues que tiene un índice alto de cansancio o agotamiento emocional y despersonalización, y bajo nivel de realización personal. Por tanto, podemos decir que esta paciente presenta burnout según la escala de MBI.

6.2 Diagnósticos de enfermería

Diagnóstico real:

00146 Ansiedad relacionada con el estrés laboral manifestada por signos que denotan nerviosismo, tensión en el trato con pacientes, endurecimiento emocional.

Diagnóstico de riesgo:

00153 Riesgo de baja autoestima relacionado con el endurecimiento emocional.

Diagnóstico de salud:

00165 Disposición para mejorar el sueño relacionado con ansiedad manifestado por la manifestación de sueño no reparador.

- Plan de cuidados

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la valoración de las necesidades básicas de Virginia Henderson y la encuesta del MBI se obtienen los diagnósticos reales, de riesgo y de salud. Para cada uno de los diagnósticos se propone unas intervenciones enfermeras de acuerdo con las normas de la taxonomía NIC (Nursing Intervention Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification) que se exponen en la siguiente tabla 6,9,10.

- Diagnóstico de Enfermería

00146 Ansiedad relacionada con el estrés laboral manifestada por signos de nerviosismo, tensión en el trato con pacientes, endurecimiento emocional.

- Objetivos

M.J.P. eliminará sentimientos de aprensión o inquietud en el trabajo.

NOC 140216. Mejorando su puntuación de 2 a 4 en el plazo de 6 meses.

Utilizará estrategias de superación efectivas.

- Intervenciones de Enfermería NIC

5820 Disminución de la ansiedad:

- 582003 Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.
- 582006 Apoyar el uso de mecanismos de Defensa adecuados.
- 582007 Ayudar al paciente a identificar situaciones que precipitan la ansiedad.
- 582024 Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre la situación estresante.
- 582025 Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.

5880 Técnicas de relajación:

- 588011 Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad si procede.

588020 Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.

Resultados enfermeros NOC

1402 Autocontrol de la ansiedad:

INDICADORES (a):

140203 Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansioso.

140205 Planea estrategias para superar las situaciones estresantes.

140206 Utiliza estrategias de superación efectivas.

140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.

140210 Mantiene el desempeño del rol.

140214 Refiere dormir de forma adecuada.

140216 Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad.

- Diagnóstico de Enfermería

00153 Riesgo de baja autoestima. Relacionado con el endurecimiento emocional

- Objetivos

Reforzar la autoestima de la paciente. NOC

1205 mejorando su puntuación de 1 a 4 en un plazo de 6 meses.

- Intervenciones de Enfermería NIC

5400 Potenciar la autoestima:

- 540002 Animar al paciente a evaluar su propia conducta.
- 540003 Animar al paciente a identificar sus virtudes.
- 540005 Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
- 540018 Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.

5330 Control del humor:

- 533009 Ayudar al paciente a controlar conscientemente el humor.
- 533010 Ayudar al paciente a expresar sentimientos de una forma adecuada.

5270 Apoyo emocional:

- 527001 Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- 527002 Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.

Revista Enfermería Docente 2015; julio-diciembre (104): 39-43 ISSN 2386-8678 42

- 527009 Identificar la función de la ira, frustración y rabia que pueda ser de utilidad para el paciente.
- 527014 Remitir a servicios de asesoramiento, si precisa.

Resultados enfermeros NOC: 1205 Mejorar la autoestima.

- INDICADORES (a):

Respeto por los demás, Cumplimiento de los roles significativos personales, Nivel de confianza, Descripción de éxitos laborales.

- Diagnóstico de Enfermería

00165 Disposición para mejorar el sueño relacionado con ansiedad manifestado por la manifestación de sueño no reparador.

Objetivos

- M.J.P. Presentará calidad en el descanso. NOC 000303 mejorando su puntuación de 2 a 4 en el plazo de 6 meses.
- Descansará físicamente.
- NOC 000304 mejorando su puntuación de 2 a 4 en el plazo de 6 meses.
- Descansará mentalmente. NOC 000305 mejorando su puntuación de 2 a 4 en el plazo de 6 meses.

- Intervenciones de Enfermería NIC 0200 Fomentar el ejercicio.

- 020002 Ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.
- 020004 Ayudar al paciente a integrar el programa de ejercicios en su rutina semana.

1850 Mejorar el sueño:

- 185002 Ajustar el ambiente luz, ruido, temperatura, colchón y cama.
- 185004 Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.

185005 Ayudar al paciente a evitar a la hora de irse a la cama alimentos y bebidas que interfieran el sueño.

6.3 Resultados enfermeros NOC

0003 Descanso

INDICADORES (a):

- 000303 Calidad del descanso.
- 000304 Estará descansado físicamente.
- 000305 Estará descansado mentalmente.

1 nunca demostrado,

2 raramente demostrado,

3 a veces demostrado,

4 frecuentemente demostrado,

5 siempre demostrado.

6.4 Evaluación

Habiendo sido realizadas las intervenciones que se planificaron con la paciente vemos como el nivel de ansiedad de M.J.P. prácticamente ha desaparecido a los 6 meses una vez instauradas las conductas adecuadas.

M.J.P. está mucho más tranquila y manifiesta que no se agobia tanto en el trabajo, que ha cambiado su forma de tratar a los pacientes siendo más cercano. Ya no siente tensión al trabajar con pacientes y cuando llega a casa, no está agotada. Descansa bien por las noches teniendo un sueño reparador y llega descansada para trabajar el nuevo día. Ha recuperado la confianza en sí misma y valora mejor su trabajo y su persona. Conoce y utiliza los recursos para disminuir la tensión en los momentos en los que se presenta.

Se le vuelve a pasar de nuevo la encuesta del MBI a los 6 meses y mejora en todos los puntos pasando del nivel alto en el que se encontraba a un nivel bajo, dando resultados bajos en despersonalización 1 punto, cansancio emocional 5 puntos y alta puntuación en realización personal 44 puntos.

6.5 Discusión y conclusión

El Síndrome de Burnout tiene consecuencias devastadoras para la persona si se cronifica, pero si se trata a tiempo el burnout es reversible. M.J.P. es una paciente muy colaboradora y con muchas ganas de salir de su situación y gracias a esa mentalidad luchadora M.J.P. cambia sus preocupaciones o problemas en acciones. El control de ansiedad, la potenciación de su autoestima y un descanso adecuado hacen que M.J.P. mejore considerablemente.

Como apuntaron Amutio et al. Hay personas que son más vulnerables que otras a padecer burnout porque no poseen un bienestar psicológico. Es importante dotar a las personas de estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes para prevenir las consecuencias que el estrés puede llegar a producir.

43 Revista Enfermería Docente 2015; julio-diciembre (104): 39-43 ISSN 2386-8678

A modo de reflexión, es necesario que las organizaciones sanitarias actúen para prevenir el síndrome de burnout entre sus profesionales, puesto que las consecuencias para la organización son importantes: aumento del absentismo, bajas laborales, disminución de la calidad asistencial, etc. El burnout puede llegar a ser contagioso en la organización, teniendo incluso peores consecuencias al sumarse los efectos. Así pues una organización debe tener una buena gestión de recursos humanos y determinados elementos que son necesarios para crear un ambiente de trabajo positivo, entre los que estarían: tiempo de descansos adecuados, dotación adecuada de personal, cargas adecuadas de trabajo, adecuada adaptación al nuevo puesto de trabajo, etc.

7. ESCALAS DE HAMILTON.

Son escalas que se realizan para valorar a pacientes con el síndrome de Burnout, especificándose en el estrés y la depresión.

Dentro de estas escalas encontramos las siguientes valoraciones:

7.1 PARA LA DEPRESIÓN

La depresión es una de las enfermedades más frecuentes de la población general y su presentación es cada vez mayor entre los pacientes crónicos atendidos en las consultas de Medicina Interna, habitualmente "disfrazada" como otra patología. De la misma forma que su diagnóstico no siempre es fácil, establecer si un paciente ha mejorado y cuánto, puede ser muy complicado. Las escalas de valoración permiten evaluar ambos hechos.

- La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS) es una escala, hetero aplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.
- Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios.
- Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

No deprimido:	0-7
Depresión ligera/menor:	8-13
Depresión moderada:	14-18
Depresión severa:	19-22
Depresión muy severa:	>23

- Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25%. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo.

7.1.1 depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)

- Ausente
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente
- Estas sensaciones las relata espontáneamente
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al Llanto)
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma Espontánea.

7.1.2 Sentimientos de culpa

- Ausente
- Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
- Siente que la enfermedad actual es un castigo
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza

7.1.3 Suicidio

- Ausente
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse
- Ideas de suicidio o amenazas
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

7.1.4 Insomnio precoz

- No tiene dificultad
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. Más de media hora el conciliar el sueño
- Dificultad para dormir cada noche

7.1.5 Insomnio intermedio

- No hay dificultad
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche
- Este despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica

En 2 (excepto por motivos de evacuar)

7.1.6 Insomnio tardío

- No hay dificultad
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7.1.7 Trabajo y actividades

- No hay dificultad
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)
- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas Tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

7.1.8 Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de Concentración disminuida, disminución de la actividad motora)

- Palabra y pensamiento normales
- Ligeros retrasos en el habla
- Evidente retraso en el habla
- Dificultad para expresarse
- Incapacidad para expresarse

7.1.9 Agitación psicomotora

- Ninguna
- Juega con sus dedos
- Juega con sus manos, cabello, etc.
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

7.2 Ansiedad psíquica

- No hay dificultad
- Tensión subjetiva e irritabilidad
- Preocupación por pequeñas cosas
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
- Expresa sus temores sin que le pregunten

7.2.1 Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales:

Sequedad de Boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas;

Respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada;

Transpiración)

- Ausente
- Ligera
- Moderada
- Severa
- Incapacitante

7.2.2 Síntomas somáticos gastrointestinales

- Ninguno
- Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez

En el abdomen

- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus

Síntomas gastrointestinales

7.2.3 Síntomas somáticos generales

- Ninguno
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.

Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2

7.2.4 Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)

- Ausente
- Débil
- Grave

7.3.1 Hipocondría

- Ausente
- Preocupado de sí mismo (corporalmente)
- Preocupado por su salud
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda

7.3.2 Pérdida de peso

- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana
- Pérdida de más de 500 gr. en una semana
- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana

7.3.3 Introspección (insight)

- Se da cuenta que está deprimido y enfermo
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima.

Exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.

- No se da cuenta que está enfermo

7.4 DE ANSIEDAD

Población diana: Población general. Se trata de una escala hetero administrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

Dentro de las variaciones de la escala de ansiedad tenemos:

7.4.1 Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

7.5 SÍNDROME DE BURNOUT EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

En la sociedad actual una gran parte del tiempo diario lo dedicamos al trabajo que constituye una parte importante de nuestra propia identidad, imprescindible para integrarse en el medio socio-cultural para ser aceptado por los demás, las condiciones en las que se desempeña un trabajo son factores importantes en la salud del trabajador. La oportunidad de control, la adecuación del puesto, capacidades de la persona, las relaciones interpersonales, el salario y la seguridad física son aspectos importantes sobre el bienestar psicológico en la que se encuentra satisfacción y auto compensación, elementos asociados a la satisfacción laboral y de salud de los trabajadores.

Los aspectos negativos del estrés laboral (Burnout o Síndrome de Desgaste Profesional) no solo desencadenan problemas en el ámbito de la salud mental y física de los individuos, sino que también tiene repercusiones económicas para las organizaciones donde éstos trabajan.

Es un proceso multicausal y altamente complejo, así como multifactorial con elementos individuales (edad, sexo, personalidad e Inadecuada formación profesional), y colectivos que también colaboran para la aparición del SDP (Factores laborales o profesionales, sociales y ambientales). Caracterizado por síntomas físicos de stress, manifestaciones tanto mentales como físicas, y conductuales. Incluye: agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización, y falta de realización personal. El cuadro evolutivo tiene tres niveles clínicos, (1er Nivel o Leve, 2º. Nivel o Moderado y 3er. Nivel o Grave). En cualquier nivel las emociones que se generan son tensión, ansiedad, miedo, depresión, hostilidad abierta o encubierta.

Esto afecta la calidad de las tareas y/o servicios, se deteriora el trabajo institucional, se potencia la insatisfacción, incrementa el ausentismo, así como el agotamiento y las enfermedades.

El diagnóstico se puede establecer clínicamente y con ayuda del MBI (Maslach Burnout Inventory), la prevención, es compleja, pero cualquier intervención será importante, con mecanismos de apoyo, tales como: Apoyo emocional, apoyo Instrumental, apoyo Informativo, apoyo Evaluativo.

El procedimiento seguido para este estudio partió de tomar en cuenta al personal de enfermería de los 3 diferentes turnos. (Matutino, vespertino y nocturno), para aplicar las encuestas en un sobre cerrado, durante la jornada laboral con la previa explicación, de los objetivos, metas, beneficios y riesgos del estudio, y que aceptara participar.

En el personal que labora que labora en un hospital psiquiátrico se dan los siguientes elementos:

7.5.1. Estrés

El estudio del estrés ha sido revisado y explicado por diversos autores, quienes han escrito, libros, artículos e investigaciones acerca de este problema. El término estrés, es una adaptación al castellano de la voz inglesa stress. Esta palabra apareció en el inglés medieval en la forma de distress, que, a su vez provenía del francés antiguo desstresse.

Los antecedentes históricos del estrés que se encuentran en la literatura mencionan que en la década de 1930, cuando un joven austriaco de 20 años de edad, estudiante de segundo año de la carrera de medicina en la Universidad de Praga, Hans Selye.

Observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, indistintamente de la enfermedad, presentaban síntomas comunes y generales tales como: cansancio, pérdida del apetito, baja de peso, astenia, etc., esto llamó mucho su atención, por lo que le denominó el síndrome de estar enfermo.

Consideró entonces también que varias enfermedades desconocidas como las cardíacas, la hipertensión arterial y los trastornos emocionales o mentales no eran sino resultado de cambios fisiológicos de un prolongado estrés en los órganos de choque mencionados y que estas alteraciones podrían estar predeterminadas genética o constitucionalmente.

Sin embargo, al continuar con sus investigaciones, observo que no solamente los agentes físicos nocivos, que actúan directamente sobre el organismo animal son productores de estrés, sino que también, en el caso del hombre, las demandas de carácter social y las amenazas en entorno al individuo, requieren de capacidad de adaptación, provocan el trastorno del estrés.

A partir de ahí, el estrés ha involucrado en su estudio la participación de varias disciplinas médicas, biológicas y psicológicas con la aplicación de tecnologías diversas y avanzadas.

Melgosa refiere que el concepto de estrés fue introducido por primera vez en el ámbito de la salud en el año 1926 por Hans Selye, quién definió el estrés ante la Organización Mundial de la Salud como: "la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior".

El término proveniente del idioma inglés ha sido incorporado rápidamente a todos los idiomas, la idea, nombre y concepto se han alojado fácilmente en la conciencia popular, es esta respuesta de los individuos a las diferentes situaciones que se le presentan, la que conlleva a una serie de cambios físicos, biológicos y hormonales, y al mismo tiempo le permite responder adecuadamente a las demandas externas.

La Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS), señala que en cuanto a la naturaleza del estrés este ha sido entendido:

Como reacción o respuesta del individuo

(Cambios fisiológicos, reacciones emocionales, cambios conductuales, etc.)

Como estímulo (capaz de provocar una reacción de estrés)

Como interacción entre las características del estímulo y los recursos del individuo.

Así pues, se considera que el estrés se produce como consecuencia de un desequilibrio entre las demandas del ambiente (estresores internos o externos) y los recursos disponibles del sujeto. De tal modo, los elementos en la interacción potencialmente estresante son: variables situacionales (por ejemplo, del ámbito laboral), variables individuales del sujeto que se enfrenta a la situación y consecuencias del estrés.

En términos generales Peiro J.M. Salvador (1992) en su libro desencadenantes del estrés habla de dos tipos de estrés: Estrés Positivo (EUSTRÉS) y Estrés Negativo (DISTRÉS).

Pose G. Define el estrés como un estado en el cual las respuestas de un individuo ante las demandas externas están adaptadas a las normas fisiológicas del mismo, es el fenómeno que se presenta cuando las personas reaccionan de manera positiva, creativa y afirmativa frente a una determinada circunstancia, lo cual les permite resolver de manera objetiva las dificultades que se presentan en la vida y de esta forma desarrollar sus capacidades y destrezas.

Cuando las demandas del medio son excesivas, intensas y/o prolongadas, y superan la capacidad de resistencia y de adaptación del organismo de un individuo, se pasa al estado de Destres o mal estrés.

Se puede decir que el estrés puede ser visto como un fenómeno de adaptación en los individuos ya que depende de cada persona y de la situación que se le presente el tipo de respuesta que proporcione a su entorno y esta le podrá beneficiar o no en su crecimiento personal y/o profesional.

7.5.2. Componentes.

Para Melgosa (1999), El estrés tiene dos componentes básicos: Los agentes estresantes o estresores y la respuesta al estrés.

Los agentes estresores son aquellas circunstancias que se encuentran en el entorno que rodea a las personas y que producen situaciones de estrés. Los estresores pueden ser de índole individual, grupal y organizacional.

La respuesta al estrés es la reacción de un individuo ante los factores que lo originan y los tipos de respuesta que pueden brindarse frente a una situación estresante son dos: respuesta en armonía (positiva) adecuada con la demanda que se presenta y respuesta negativa, insuficiente o exagerada en relación con la demanda planteada, lo cual genera desadaptación.

La NIOSH considera que cualquier suceso que genere una respuesta emocional, puede causar estrés. Esto incluye tanto situaciones positivas (el nacimiento de un hijo, matrimonio) como negativas (pérdida del empleo, muerte de un familiar).

El estrés también surge por irritaciones menores, como esperar demasiado en una cola o en tráfico. Situaciones que provocan estrés a una persona y para otra pueden ser insignificantes.

7.5.3. Signos y síntomas.

El Instituto Nacional de Salud y Seguridad ocupacional (NIOSHI) en su investigación sobre el estrés de trabajo, señala tanto los signos, síntomas, fisiopatología y señala que el estrés afecta órganos y funciones de todo el organismo.

Los síntomas más comunes que se presentan son: depresión, ansiedad, cefalea, insomnio, síndrome de intestino irritable, dermatitis, disfunción sexual, taquicardia y nerviosismo.

7.5.4. Fisiopatología del estrés.

En la descripción de la enfermedad, se identifican por lo menos las siguientes tres fases:

7.5.4.1. Reacción de alarma

El organismo, se altera fisiológicamente por la activación de una serie de glándulas, especialmente en el hipotálamo y la hipófisis ubicadas en la parte inferior del cerebro, y por las glándulas suprarrenales localizadas sobre los riñones en la zona posterior de la cavidad abdominal.

El cerebro, al detectar la amenaza o riesgo, estimula al hipotálamo quien produce factores liberadores, sustancias específicas que actúan como mensajeros para zonas corporales también específicas.

Una de estas sustancias es la hormona denominada A.C.T.H. (Adrenal C3rtico Tropic Hormone) que funciona como un mensajero fisiol3gico, que viaja por el torrente sangu3neo hasta la corteza de la gl3ndula suprarrenal, quien bajo el influjo de tal mensaje produce la cortisona u otras hormonas llamadas corticoides. A su vez otro mensaje que viaja por la v3a nerviosa desde el hip3talamo hasta la m3dula suprarrenal, activa la secreci3n de adrenalina.

Estas hormonas son las responsables de las reacciones org3nicas en toda la econom3a corporal.

7.5.4.2. Estado de resistencia.

Cuando un individuo es sometido en forma prolongada a la amenaza de agentes lesivos f3sicos, qu3micos, biol3gicos o sociales. El organismo si bien prosigue su adaptaci3n a dichas demandas de manera progresiva, puede ser tambi3n que disminuyan sus capacidades de respuesta debido a la fatiga que se produce en las gl3ndulas del estr3s.

Durante esta fase suele ocurrir un equilibrio dinámico u homeostasis entre el medio ambiente interno y externo del individuo.

As3, si el organismo tiene la capacidad para resistir mucho tiempo, no hay problema alguno, en caso contrario sin duda avanzará a la fase siguiente.

7.5.4.3. Fase de agotamiento.

La disminuci3n progresiva del organismo frente a una situaci3n de estr3s prolongado conduce a un estado de gran deterioro con p3rdida importante de las capacidades fisiol3gicas y con ello sobreviene la fase de agotamiento en la cual el sujeto suele sucumbir ante las demandas pues se reducen al m3nimo sus capacidades de adaptaci3n e interrelaci3n con el medio. Puede producir molestias psicol3gicas, cefaleas de tensi3n, dolor de est3mago y otros muchos s3ntomas.

Puesto que es breve, el estrés agudo no tiene tiempo suficiente para producir las grandes lesiones asociadas con el estrés crónico.

Los síntomas más comunes son:

- Desequilibrio emocional: una combinación de ira o irritabilidad, ansiedad y depresión, las tres emociones del estrés.
- Problemas musculares entre los que se encuentra la cefalea tensional, Dorsalgia, el dolor en la mandíbula y las tensiones musculares que producen contracturas y lesiones en tendones y ligamento.
- Problemas digestivos con molestias en el estómago o en el intestino, como acidez, flatulencia, diarrea, estreñimiento y síndrome del intestino irritable.
- Manifestaciones generales transitorias como elevación de la presión arterial, taquicardia, sudoración de las palmas de las manos, taquicardias, mareos, migrañas, manos o pies fríos, dificultad respiratoria y dolor torácico.

El estrés agudo puede aparecer en cualquier momento de la vida de todo el mundo, es fácilmente tratable y tiene una buena respuesta al tratamiento.

7.5.4.4. Estrés agudo episódico

Existen individuos que padecen estrés agudo, y cuyas vidas están tan desordenadas que siempre parecen estar inmersas en la crisis y en el caos. Van siempre corriendo, pero llegan tarde.

Si algo puede ir mal, va mal. No parecen ser capaces de organizar sus vidas, hacer frente a las demandas, a las presiones que ellos mismo se infringen y que reclaman toda su atención. Parecen estar permanentemente en la cresta del estrés agudo.

Con frecuencia, los que padecen estrés agudo reaccionan de forma descontrolada, muy emocional, están irritables, ansiosos y tensos.

A menudo se describen a sí mismos como personas que tienen mucha energía nerviosa. Siempre tienen prisa, tienden a ser bruscos y a veces su irritabilidad se convierte en hostilidad.

Las relaciones interpersonales se deterioran rápidamente cuando los demás reaccionan con hostilidad real. El lugar de trabajo se convierte en un lugar muy estresante para ellos.

9.3.5. Enfermedades por estrés.

La NIOSHI considera que la práctica médica ha constatado por años las enfermedades producto del estrés. Los estilos de vida actuales son cada día más demandantes, esto lleva al hombre moderno a incrementar notablemente sus cargas tensionales y produce la aparición de diversas patologías.

Las enfermedades que sobrevienen a consecuencia del estrés pueden clasificarse en dos grandes grupos tales como.

7.5.5.1. Por estrés agudo.

Aparecen en los casos de exposición breve e intensa a los agentes lesivos, en situaciones de gran demanda que el individuo debe solucionar, aparece en forma súbita, evidente, fácil de identificar y generalmente es reversible. Las enfermedades que habitualmente observan son:

- Úlcera por Estrés
- Estados de Shock
- Neurosis Post Traumática
- Neurosis Obstétrica
- Estado Postquirúrgico

7.5.5.2. Por estrés crónico.

La persistencia del individuo ante los agentes estresantes durante meses o aun años, produce enfermedades de carácter más permanente, con mayor importancia y también de mayor gravedad.

El estrés genera inicialmente alteraciones fisiológicas, pero su persistencia crónica produce finalmente serias alteraciones de carácter psicológico y en ocasiones falla de órganos blanco vitales. Algunas de las alteraciones más frecuentes son: dispepsia, gastritis, ansiedad, frustración, insomnio, colitis nerviosa, migraña, depresión, agresividad, disfunción familiar, neurosis de angustia, trastornos sexuales, disfunción laboral, hipertensión arterial, infarto al miocardio, adicciones, trombosis cerebral, conductas antisociales, psicosis severas alcoholismo, farmacodependencia.

7.5.6. Medición del estrés.

Existen diferentes técnicas para medir el estrés, tales como: medición de las variaciones de la frecuencia cardiaca, monitoreo de la presión sanguínea o de la frecuencia respiratoria, evaluación del gasto energético, medición de la productividad, registro estadístico de la fatiga, electroencefalograma y medición de los niveles sanguíneos de catecolaminas, así como a través de la cuantificación de otros neurotransmisores por espectrofotometría, fluorometría, cromatografía, radioisótopos o procedimientos enzimáticos.

Sin embargo, sería casi imposible además de muy costoso, tratar de medir el estrés laboral en los trabajadores utilizando determinaciones químicas cuantitativas de laboratorio o de evaluaciones clínicas del daño orgánico producido por el estrés, por ello se emplean otro tipo de herramientas más viables y cuya validez y confiabilidad han sido debidamente comprobadas.

7.6 Estrés laboral

. Es el conjunto de fenómenos que se suceden en el organismo del trabajador con la participación de los agentes estresantes lesivos derivados directamente del trabajo o que con motivo de este, pueden afectar la salud del trabajador.

Tomando como fuente la investigación sobre estrés del trabajo de la NIOSHI, se hace una descripción del estrés laboral, los factores psicosociales en el trabajo, y las actividades o profesiones que tienen mayor tendencia a ser afectados por el estrés.

Ya que este es uno de los problemas de salud más grave, que en la actualidad afecta a la sociedad en general, debido a que no sólo perjudica a los trabajadores al provocarles incapacidad física o mental en el desarrollo de sus actividades, así como también a los empleadores y a los gobiernos.

Entre los factores desencadenantes de distintos problemas de salud, deterioro de las relaciones interpersonales, ausentismo y disminución de la productividad, se encuentra el estrés.

La Comisión Europea, a través de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo (1999) ha realizado un estudio sobre el estrés laboral en el que concluye que el 28% de los trabajadores europeos padece estrés y el 20% burnout (se sienten "quemados" en su trabajo), siendo los sectores más afectados los trabajos manuales especializados, el transporte, la restauración, la metalurgia, y habría que considerar también al servicio de educación y salud.

Los altos costes personales y sociales generados por el estrés laboral, han dado lugar a que organizaciones internacionales como la Unión Europea y la OMS insistan cada vez más en la importancia que tienen la prevención y el control del estrés en el ámbito laboral.

7.6.1. Factores psicosociales en el trabajo.

Los factores psicosociales son aquellas características de la organización del trabajo que afectan la salud de las personas comprenden aspectos del puesto de trabajo y del entorno de trabajo, como el clima o cultura de la organización, las funciones laborales, las relaciones interpersonales en el trabajo y el diseño y contenido de las tareas así como al entorno existente fuera de la organización (por ejemplo, exigencias domésticas) y a aspectos del individuo (por ejemplo, personalidad y actitudes) que pueden influir en la aparición del estrés en el trabajo (OIT).

Algunos de estos factores psicosociales son de carácter individual, otros se refieren a las expectativas económicas o de desarrollo personal y otros más a las relaciones humanas y sus aspectos emocionales.

El medio ambiente de trabajo en conjunto con el estilo de vida del trabajador, provocan la acción de estos factores psicosociales, por ello la importancia del estudio de los factores psicosociales, que deben incluir tanto los aspectos fisiológicos y psicológicos, como los efectos de los modos de producción y las relaciones laborales.

Actualmente la promoción de la seguridad e higiene en el trabajo incluye no solamente los riesgos físicos, químicos y biológicos de los ambientes laborales, sino también los múltiples y diversos factores psicosociales inherentes a la empresa y la manera cómo influyen en el bienestar físico y mental del trabajador.

Estos factores psicosociales consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción y las condiciones de la organización por un lado y por otra parte las características personales del trabajador, sus necesidades, su cultura, sus experiencias y su percepción del mundo, así como también los aspectos de la organización, administración y sistemas de trabajo y desde luego la calidad de las relaciones humanas.

Actualmente se producen acelerados cambios tecnológicos en las formas de producción que afectan consecuentemente a los trabajadores en sus rutinas de trabajo, modificando su entorno laboral y aumentando la aparición o el desarrollo de estrés. Otros factores externos al lugar de trabajo pero que guardan estrecha relación con las preocupaciones del trabajador se derivan de sus circunstancias familiares o de su vida privada, de sus elementos culturales, su nutrición, sus facilidades de transporte, la vivienda, la salud y la seguridad en el empleo y que derivan en la aparición del estrés laboral.

La NIOSH señala los principales factores psicosociales que están relacionados y condicionan la presencia de estrés laboral se detallan a continuación:

7.6.1.1. Desempeño profesional:

Trabajo de alto grado de dificultad, trabajo con gran demanda de atención, actividades de gran responsabilidad, funciones contradictorias, creatividad e iniciativa restringidas, exigencia de decisiones complejas, cambios tecnológicos intempestivos, ausencia de plan de vida laboral, amenaza de demandas laborales.

7.6.1.2 Dirección:

Liderazgo inadecuado, mala utilización de las habilidades del trabajador, mala delegación de responsabilidades, relaciones laborales ambivalentes, manipulación o coacción del trabajador, motivación deficiente, falta de capacitación y desarrollo del personal, carencia de reconocimiento, ausencia de incentivos, remuneración no equitativa, promociones laborales aleatorias.

7.6.1.3. Organización y función:

Prácticas administrativas inapropiadas, atribuciones ambiguas, desinformación y rumores, conflicto de autoridad, trabajo burocrático, planeación deficiente, supervisión punitiva.

7.6.1.4. Tareas y actividades:

Cargas de trabajo excesivas, autonomía laboral deficiente, ritmo de trabajo apresurado, exigencias excesivas de desempeño, actividades laborales múltiples, rutinas de trabajo obsesivo, competencia excesiva, desleal o destructiva, trabajo monótono o rutinario, poca satisfacción laboral.

7.6.1.5. Medio ambiente de trabajo:

Condiciones físicas laborales inadecuadas, espacio físico restringido, exposición a riesgo físico constante, ambiente laboral conflictivo, trabajo no solidario, menosprecio o desprecio al trabajador.

7.6.1.6 Jornada laboral:

Rotación de turnos, jornadas de trabajo excesivas, duración indefinida de la jornada, actividad física corporal excesiva.

7.6.1.7. Empresa y entorno social:

Políticas inestables de la empresa, ausencia de corporativismo, falta de soporte jurídico por la empresa, intervención y acción sindical, salario insuficiente, carencia de seguridad en el empleo, subempleo o desempleo en la comunidad, opciones de empleo y mercado laboral. Definitivamente la evaluación de la presencia (el grado de participación de estos factores y sus efectos sobre la población trabajadora) dependerá de la capacidad del médico de salud en el trabajo, de sus habilidades y de los recursos con que cuente para el monitoreo de las situaciones de estrés laboral en determinado centro de trabajo.

7.7 Estrés y actividad profesional.

Al observar la incidencia de las enfermedades derivadas del estrés, es evidente la asociación entre algunas profesiones en particular y el grado de estrés que en forma genérica presentan grupos de trabajadores de determinado gremio u ocupación con características laborales comunes, entre ellos resaltan:

7.7.1. Trabajo apresurado:

Obreros en líneas de producción mecanizadas, cirujanos, artesanos.

7.7.2. Peligro constante:

Policías, mineros, soldados, bomberos, alpinistas, buzos, paracaidistas, boxeadores, toreros.

7.7.3. Riesgo vital:

Personal de aeronavegación civil y militar, chóferes urbanos y de transporte foráneo.

7.7.4. Confinamiento:

Trabajadores petroleros en plataformas marinas, marinos, vigilantes, guardias, custodios, celadores, personal de centros nucleares o de investigación, médicos, enfermeras.

7.7.5. Alta responsabilidad:

Rectores, médicos, políticos

7.7.6. Riesgo económico:

Gerentes, contadores, agentes de bolsa de valores, ejecutivos financieros.

Sin embargo, hacen falta estudios formales que permitan establecer con mayor precisión las variables participantes y correlaciones correspondientes, a efecto de poder determinar los porcentajes y mecanismos de participación de los agentes estresantes que ocasionan las diferentes enfermedades que inciden notablemente sobre estos grupos de trabajadores.

8. MANEJO DEL SÍNDROME DE BURNOUT.

El manejo de este síndrome, según Gómez Sancho y Bondjale Oko, opera en varios niveles:

8.1 NIVELES DE GÓMEZ Y OKO:

8.1.1 Gestión Individual.

Trabajar mejor en vez de más; realizar pequeños cambios que pueden hacer el trabajo menos estresante y más eficiente. Maslach recomienda una serie de estrategias que pueden ser útiles:

- Establecer objetivos realistas, conseguir cosas factibles y realistas, teniendo en cuenta nuestra capacidad y nuestras limitaciones.
- Realizar lo mismo de forma diferente, intentar huir de la rutina, ya que esto proporciona psicológicamente un mayor sentido de autonomía y de libertad personal.

- Hacer una pausa, ya que es la oportunidad de darse un respiro o de reflexionar, antes de dar una respuesta ante una pregunta impertinente.
- Tomar las cosas con más distancia, ya que el agotamiento emocional aumenta cuando se implica demasiado con la gente, tomar una cierta distancia puede ayudar, procurar no llevarse el trabajo a casa, ni en las manos ni en la cabeza.
- Cuidarse a uno mismo además de a los otros: (Maslach, Jackson, 1996).
 - Acentuar los aspectos positivos, pensar en los éxitos y gratificaciones personales que obtenemos de nuestro trabajo, así contrarrestaremos las frustraciones y los fracasos.
 - Conocerse a sí mismo, analizar nuestras propias reacciones y reflexionar sobre el porqué de tales reacciones. El autoanálisis debe ser constructivo, no destructivo. Reconocer nuestros límites y aprender de nuestros errores, ya que esto será un paso hacia el crecimiento personal.
 - Reposo y relajación, ya que la aparición del stress significa que existe una sobrecarga y será preciso identificar y tratar su causa.
- Establecer las fronteras, diferenciando lo que es el trabajo y lo que es el hogar.
- Mantener la vida privada, ya que muchos obtienen una descarga de su tensión con amigos o con una pareja comprensiva. Es importante también tener aficiones que ocupen nuestro tiempo libre y nos ayuden a olvidar el trabajo.
- Cambiar de trabajo, aunque sería la última alternativa, aunque se trata de una decisión que hay que meditar llegado el momento.

8.1.2 Gestión Social.

En la mayoría de los casos de agotamiento, un buen apoyo es la pareja, los compañeros y los amigos, ya que es una ayuda en la reducción de la tensión emocional o ayudándonos a afrontar la situación de forma distinta. (Alonso, 2002).

8.1.3 Gestión Institucional.

Esto depende de las instituciones, más que del propio personal. A veces es muy difícil que las instituciones puedan ser muy conservadoras, además de ser los responsables directos de estos cambios. Sin embargo, se consiguen cosas, por lo que hay que poner el esfuerzo en ello. Con más medios, con más recursos humanos, se reduciría el riesgo de llegar a una situación de Burnout, pero como esto no es fácil de conseguir habrá que utilizar y analizar la manera de mejorar los recursos disponibles (Van, 1976):

RECURSOS DISPONIBLES:

- División del trabajo, que el personal realice diferentes trabajos de vez en cuando, aún en el mismo sector. Esto cambia el hábito y rompe la rutina.
- Limitar la contaminación del tiempo libre.
- Tomarse periodos de descanso.
- Tipo de relación del personal con sus superiores. La incidencia del Burnout es menor en los trabajadores que tienen buenas relaciones laborales con reconocimiento.
- Análisis de casos puntuales. Aunque se dan consejos generales, en ocasiones es bueno analizar en cada situación individual los factores que en un momento dado pueden provocar un exceso de estrés.
- Otras posibilidades son discutir en equipo los casos difíciles, dar más apoyo o recompensas particulares a los profesionales, promover y favorecer la formación profesional continuada.

8.1.4 Prevención.

Según Maslach, las estrategias anteriormente citadas para el manejo de este síndrome pueden y deben ser utilizadas para su prevención. A este síndrome se le puede hacer frente más fácilmente en la fase inicial que cuando ya está establecido, ya que en las primeras fases es posible que los compañeros se den cuenta antes que el propio sujeto. (Ruiz, 1999).

- Por lo que, amigos, compañeros o superiores suelen ser el mejor sistema de alarma precoz para detectar el Burnout y por lo tanto todos los profesionales del equipo tienen que darse cuenta que son ellos mismos los que representan la mejor prevención de sus compañeros. En España la necesidad de estudiar el síndrome de quemarse por el trabajo se justifica también por razones jurídicas.

La Directiva Marco de Unión Europea en materia de Salud y Seguridad (89/391/CEE) y la normativa comunitaria en materia de prevención de riesgos laborales ha sido llevada a cabo en España mediante la aprobación de la actual Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995, del 8 de noviembre B. O. E 10-11-1995), aplicable en todo el ámbito del Estado.

Los problemas psicosociales del entorno laboral susceptibles de originar la aparición del estrés laboral y de sus patologías asociadas, han permitido que el síndrome de quemarse por el trabajo, haya sido considerado accidente de trabajo en España.

El auto dictado por La Sala de lo Social del tribunal Supremo de fecha 26 de Octubre del 2000 (recurso núm.: 4379/1999) así lo reconoce: al igual que el fallo del juzgado de lo Social de Vitoria-Gasteiz (autos n1 14/02, de fecha 27 de Marzo de 2002).

Las razones jurídicas también pueden encontrarse en Brasil, pues la legislación que regula las prestaciones por accidente laboral reconoce explícitamente que el Síndrome de quemarse por el trabajo es una patología susceptible de ser originada por agentes o por factores de riesgo de naturaleza ocupacional relacionados con la etiología de enfermedades profesionales (Decreto n1 ,3.048, de 6 de mayo de 1999).

8.1.5 Afrontamiento.

El síndrome de quemarse por el trabajo es una respuesta al estrés laboral crónico que aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que habitualmente emplea el individuo para manejar los estresores laborales (afrontamiento activo, evitación) y se comporta como variable medidora entre el estrés percibido y sus consecuencias (Gil-Monte y Pairó, 2002).

Los estresores laborales se enlistan en una serie de estrategias de afrontamiento que, en el caso de los profesionales de enfermería, deben ser efectivas para manejar las respuestas al estrés, pero también han de ser eficaces para eliminar los estresores, dado que los sujetos deben tratar diariamente con esa fuente de estrés. Cuando las estrategias de afrontamiento empleadas inicialmente no resultan exitosas, conllevan al fracaso profesional y deterioro de las relaciones interpersonales con los pacientes y con sus familiares. Por ello, la respuesta desarrollada son sentimientos de baja realización personal en el trabajo y agotamiento personal. Ante estos sentimientos el sujeto desarrolla actitudes de personalización como nueva forma de afrontamiento.

De otra forma, si el sujeto no puede afrontar eficazmente los estresores, bien a través de estrategias activas, de estrategias centradas en la emoción, o de cualquier otro tipo que no puede evitar esos estresores (pues ha de acudir diariamente al trabajo donde siempre encuentra problemas similares) desarrolla sentimientos de agotamiento emocional y baja realización personal y posteriormente actitudes de despersonalización.

La despersonalización no es una estrategia de afrontamiento empleada inicialmente para afrontar el estrés. Es necesario que los estresores se perpetúen en el tiempo para que los sujetos la adopten. Ahora bien, en las actitudes de despersonalización hay que diferenciar dos aspectos. (GilMonte, Peiró, 2002).

- El primero de ellos, de carácter funcional, le posibilita al profesional no implicarse en los problemas del usuario, y por lo tanto realizar sobre este todo tipo de acciones lesivas o negativas sin que por ello se vean afectados sus sentimientos. El segundo aspecto tendría un carácter disfuncional y comprende aquellas conductas que suponen dar a los usuarios un trato humillante, con falta de respeto e incluso vejatorio. Se identifican, al menos, dos patrones en el desarrollo del síndrome. Un patrón, digamos tipo A, en el que los profesionales desarrollan despersonalización, y esta estrategia de afrontamiento resulta eficiente que no eficaz para manejar el estrés laboral.

(Fernández, 2002). De esta manera los profesionales de enfermería se pueden adaptar en el entorno laboral, y aunque no desaparezcan las fuentes de estrés pueden convivir con ellas. No obstante la calidad de su trabajo sería deficiente debido a esa respuesta de despersonalización que resulta disfuncional para los pacientes y para la propia organización. (Hidalgo, Díaz, 2004).

Junto con este patrón otros profesionales (Patrón B) debido a consideraciones éticas o normativas derivadas de las prescripciones de rol y de otras variables psicosociales (orientación comunal, al turismo) desarrollaran sentimientos de culpa como consecuencia de las actitudes y sentimientos de despersonalización. Esos sentimientos de culpa llevarán a los profesionales a una mayor implicación laboral para disminuir su culpabilidad (Baumeister, Stillwell y Heatherton, 1994). Pero como las condiciones del entorno laboral no cambian solo cambian los pacientes que presentan idénticos problemas, disminuirá la realización personal en el trabajo, y aumentaran los niveles de agotamiento emocional y de despersonalización. (Gil- Monte et al., 2009).

8.2 TÉCNICAS DE RELAJACIÓN.

8.2.1 Visualización.

Dentro de las técnicas de visualización, quizás la más conocida es la "visualización creativa". Con esta técnica, aprendemos a crear una situación en nuestra mente, de la forma que deseamos que se manifieste en la realidad. ¿Qué es la visualización creativa? La visualización creativa es la técnica de utilizar la propia imaginación para crear lo que se desea en la vida.

8.2.2 VISUALIZACIÓN CREATIVA:

La visualización creativa es aquella en la que creamos una realidad subjetiva, que no hemos vivido antes. Existe la realidad objetiva, que es la que sucede en nuestro ámbito externo: las condiciones y estímulos que nos llegan a través de nuestros cinco sentidos y la realidad subjetiva, que es la que se da únicamente dentro de nosotros mismos.

Es la realidad subjetiva la que rige nuestra conducta, es decir, la realidad que sucede dentro de nosotros. La explicación de este fenómeno reside en que nuestro cerebro no distingue entre un acontecimiento real y un acontecimiento imaginado. Esto queda demostrado en el magnífico libro "Psico Cibemética", del Dr. Maxwell Maltz (Editorial Open Project Books). Maltz explica cómo funciona el cerebro: científicamente, el cerebro es nuestro "ordenador central".

Controla todas las funciones del cuerpo, tanto las conscientes (caminar, correr, leer) como las inconscientes (la respiración, los latidos del corazón, la digestión, etc.). Cuando sucede algo, el cerebro da las órdenes pertinentes al cuerpo para responder adecuadamente a lo que está sucediendo: segregar adrenalina, salir corriendo.

Esto pasa tanto cuando el suceso es objetivo como subjetivo: cuando imaginamos que algo va mal, el cerebro ordena al cuerpo la respuesta adecuada. Es por esto, por ejemplo, por lo que el estrés nos afecta tanto. Se calcula que el 90% de las consultas médicas en Estados Unidos están relacionadas con el estrés. (Marín, 2005).

Pero más allá de una respuesta física, el cerebro programa una respuesta psicológica. De acuerdo con la información que tiene, el cerebro programa una pauta de conducta: nos comportamos de una manera o de otra, según sea el caso y, según como nos comportamos, obtenemos los resultados que deseamos o los que no queremos.

Esa es la importancia y el "secreto" de la visualización: al crear una realidad subjetiva, el cerebro programa la pauta de conducta adecuada, y esta pauta nos lleva a los resultados. De nosotros depende que esta realidad que creemos sea la correcta o la que más nos beneficie. Si tenemos una visualización creativa de salud, prosperidad, energía o felicidad, es lo que obtendremos. Crearemos nuestra realidad futura.

8.2.3 RELACIÓN ENTRE RELAJACIÓN Y VISUALIZACIÓN.

Es frecuente encontrar la relajación y la visualización unidas en una técnica única.

Y esto es especialmente útil para personas que tienen facilidad para "ver mentalmente" y en cambio, les cuesta relajarse por otros métodos. La naturaleza de la mente es pensar. A través de la visualización sólo "guiamos" nuestra mente hacia un tipo de pensamientos determinados que elegimos. Digamos que ocupamos la mente en recrear una imagen que puede ser "nueva" o no (como cuando traemos a la mente un recuerdo de algo que hayamos vivido). En la visualización, no solamente utilizamos la facultad de la mente de recrear situaciones como en una pantalla de cine, sino su capacidad de reproducir las emociones que acompañan a esas imágenes, en un plano físico. En otras palabras, creamos una imagen y experimentamos las emociones que producen esas imágenes en nuestro cuerpo. Una sesión de meditación empieza por relajar el cuerpo y la mente. A veces puede incluir algún tipo de visualización preparatoria, pero meditar no es sólo relajarse o visualizar. Aquí no hay solo "descanso", ni sólo imágenes placenteras. Y tampoco necesariamente hay experiencias místicas. Como en todos los quehaceres de la vida también hay una forma religiosa, espiritual, mística de entender la meditación. Pero no es inherente a ella.

Los actos en sí mismos no tienen tendencias ni simpatías. Una persona profundamente religiosa, experimentará y plasmará su rito en cada acto de su vida: desde comer a trabajar.

Una persona agnóstica, por el contrario, no verá en comer o trabajar más que una actividad de las muchas que componen sus jefas. En la meditación suceden muchas cosas, algunas agradables y otros menos, pero no son el objeto de la meditación.

8.2.4 MÉTODOS DE LA MEDITACIÓN:

- Aprender a enfocar la atención en algo que se decida de antemano (sea un punto, un objeto, un sonido, una actividad como respirar, una idea, una cualidad, etc.),
- Aprender a hacerlo como una observadora neutral, sin involucrarse con las emociones que se puedan producir en cada momento.
- Que mientras se concentran en hacerlo, la parte no-conciente de la mente, libre de perturbaciones, "haga su trabajo".

Cuando menos se da uno cuenta del imponente poderío que supone aprender a centrar la mente en lo que se desea y a mantener bajo control tus emociones. La mayoría de nuestros fallos más escandalosos se han debido a alguna de estas dos causas y a veces a las dos a un tiempo. Sólo por esto, vale la pena ponerse a ello lo antes posible.

Este experimento consiste en visualizar: Durante toda la noche elige un lugar en donde nadie te moleste y dedica 15 minutos a visualizarte alcanzando esa meta principal o ese sueño que tienes, imagina que estás ahí en ese lugar, que te están felicitando por tu logro ¿Qué personas estarían contigo? ¿Qué te estarían diciendo? ¿Cómo te sentirías? ¿Qué palabras dirías? ¿Cómo estarías vestido? ¿Qué olor (es) percibes? ¿Qué ves? ¿Cómo es la luz a esa hora del día? Felicítate por haber llevado a cabo tu logro y dale gracias a Dios por haberte ayudado a lograrlo y da por terminado tu ejercicio.

8.2.5 RECOMENDACIONES.

Es recomendable hacer este ejercicio durante todas las noches hasta que se cumpla tu meta, además de visualizar debes estar alerta y aprovechar todas las oportunidades que se te presenten y todas las gentes con quienes te encuentres pueden ser una conexión muy valiosa no desaproveches las corazonadas que te lleguen, ya que solamente aprovechando y actuando lograrás tus metas.

- ACTUAR

Es la palabra más importante que existe en el mundo, si solamente visualizar, pero no actúas entonces la visualización creativa no servirá de nada.

- RESPIRACIÓN

. La respiración completa es la mejor herramienta a nuestro alcance para normalizar los estados de nerviosismo, irritabilidad y ansiedad provocados por factores exógenos (como el trabajo, los estudios, malos hábitos, etc.), y disminuir la tensión muscular y la fatiga. Identificar estas situaciones nos permitirá actuar sobre ellas de la manera más natural que existe: respirando. Los estados de nerviosismo o ansiedad, frecuentemente se asocian a respiración superficial y dolores musculares.

Basándonos en la idea del Dr. Lowen que nuestros músculos son el armazón de nuestra mente, la relajación muscular sería lo primero a trabajar cuando el estrés nos hace víctimas de nosotros mismos.

Al no oxigenamos suficiente, nuestro cuerpo demanda aire, y podemos sorprendemos suspirando o bostezando varias veces al día. Para invertir este síntoma y beneficiarnos de modo terapéutico, tomaremos conciencia de nuestro medio interno a través de suspiros voluntarios, que liberan nuestra tensión interior, provocando una espiración forzada que nos aporta sensación el bienestar y relajación.

- El trabajo respiratorio:

La respiración implica a todo el cuerpo y a todos los músculos, pero el diafragma es el músculo respiratorio más importante. Separa el tórax del abdomen y permite, a través de la respiración, la oxigenación de nuestro cuerpo. No poder verlo ni tocarlo directamente, hace que nos olvidemos de su capacidad de movimiento y no lo hagamos trabajar de forma completa. Al inspirar se contrae y desciende, permitiendo que los pulmones se llenen de aire, y en consecuencia el abdomen se distiende hacia fuera.

En la espiración, el vientre se mete hacia dentro y la relajación del diafragma que sube, provoca la contracción pulmonar y la expulsión del aire al exterior. Palpar nuestro tórax y abdomen mientras respiramos nos permitirá sentir este movimiento respiratorio. Esta es la respiración "natural" y completa.

El aprendizaje es sencillo y los resultados inmediatos si prestamos toda nuestra atención a conectar con nuestro ritmo vital. Combinar respiración y relajación requiere una predisposición a un trabajo lento en el tiempo pero con resultado seguro. Iniciación a la práctica:

- Para concentrarnos totalmente nos colocaremos con la espalda apoyada en el suelo, rodillas dobladas y separadas unos 20 cm.
- Toda la columna debe estar en contacto con el suelo. No debemos notar signos de tensión en el cuerpo.
- Colocaremos una mano sobre el tórax y otra sobre la parte baja del abdomen.
- Realizaremos unos suspiros voluntarios para predisponernos a un estado de relajación y concentración.
- Tomamos aire por la nariz y lo dirigimos a la parte más baja del tórax, notando como se separan las últimas costillas y se hincha el abdomen.

Retenemos el aire 3 segundos, y comenzamos a soltarlo por la boca con los labios levemente cerrados, como si sopláramos suavemente.

- Repetimos, a nuestro ritmo y con tranquilidad, varios ciclos respiratorios durante un tiempo de unos 5 -10 minutos. Si notamos sensación de ahogo o mareo, hay que adecuar la frecuencia respiratoria. Observar la propia respiración, sentir el propio ritmo e intervenir en ello, constituye el camino obligado para aliviar el estrés y tensiones, cambiar el humor, concentrarse mejor, dormir más y reducir la incidencia de las enfermedades y malos hábitos. - Tensión, relajación muscular.

8.3 APRENDIENDO A RELAJARSE.

Vivimos en un mundo en el que cada vez se nos exige más y en el que cada vez se nos exige más. Aprender a relajarse y tomarse unos minutos cada una para hacerlo puede ayudarnos a evitar muchos problemas asociados con el estrés y la ansiedad. Estos son algunos ejercicios de relación que puede hacer sin salir de casa. (Alonso, 2002).

Relajación muscular Siéntese en una silla cómoda y cierre los ojos. Apriete su puño fuertemente y mantenga la tensión por algunos segundos, concentrándose en ello.

Suelte la tensión lentamente, y sienta cómo se relaja su mano. Repita el ejercicio tres veces. Continúe ahora con su otra mano. Vaya agregando poco a poco otras partes de su cuerpo, en el siguiente orden: pies, pantorrillas, muslos, glúteos, abdomen, brazos, hombros, cuello, cara.

Una vez que haya incluido todo su cuerpo, permanezca en ese estado de relajación por al menos 15 minutos. Luego, poco a poco, regrese a la realidad y abra sus ojos. Para llevar a cabo las mencionadas técnicas de relajación es importante disponer de un ratito libre, un espacio en calma y un poco de soledad, algo que no siempre es sencillo de lograr.

Por ello, presento a continuación una serie de ejercicios que, aunque no sustituyen a los anteriores, pueden alternarse para lograr esa ansiada relajación. Son ejercicios más sencillos y pueden hacerse a cualquier hora y en cualquier lugar.

8.3.1 EJERCICIOS DE RELAJACIÓN

Lo primero que debemos tener en cuenta a la hora de plantearnos introducir técnicas de relajación en nuestras vidas es que, diferencia del uso de psicofármacos, los ejercicios de relajación no tienen efectos secundarios. Su poder y su eficacia para combatir la ansiedad se basan en la autorregulación, es decir, la posibilidad de realizar acciones mediante las cuales modificamos el modo en el que son segregadas las sustancias químicas que genera nuestro cuerpo de manera natural.

Por tanto, las técnicas de relajación son una manera inteligente de aprovechar en nuestro beneficio las mecánicas que rigen el cuerpo humano, en vez de "hacer trampas" introduciendo en él sustancias en forma de inyecciones o pastillas. Así, el único coste de usar ejercicios de relajación es algo de tiempo y un esfuerzo mínimo.

Las técnicas de relajación son:

-Párese bien alto, luego levante y baje su cabeza, de modo que logre estirar bien su cuello. Gírela lentamente hacia la derecha y luego a la izquierda. Baje su cabeza y vuelva a realizar este proceso cinco veces. Rote lentamente su cabeza hacia la derecha, y luego hacia la izquierda.

-Tire sus hombros hacia atrás, todo lo que pueda. Levante su hombro izquierdo y luego relájelo tirándolo suavemente hacia abajo. Luego, haga lo mismo con su hombro derecho. -Realice con su brazo derecho un lento movimiento circular, completo, para relajar el hombro. Haga lo mismo con su brazo izquierdo.

Levante y luego relaje ambos hombros. Repita esto diez veces. Ponga su brazo derecho sobre su hombro derecho y toque con la palma de su mano su hombro izquierdo. Repita este proceso con su mano izquierda.

8.4 TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE BURNOUT

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. 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.

Hay que tener en cuenta que es frecuente que la persona con burnout sufra algún trastorno emocional añadido, especialmente si lleva mucho tiempo padeciendo este síndrome. En tal caso, será prioritaria la actuación concreta sobre su patología emocional que en algunos casos puede requerir tratamiento farmacológico específico.

8.4.1 BUSCAR APOYO SOCIAL PARA MANEJAR EL ESTRÉS

El contacto social es el antídoto de la naturaleza contra el estrés. La cara y el corazón están conectados entre sí a través del cerebro, hablar cara a cara con un buen oyente puede ayudar a calmar rápidamente nuestro sistema nervioso y aliviar así el estrés.

La persona que escucha no tiene por qué ser capaz de “arreglar” tu estrés; sólo tiene que ser un buen oyente, alguien que quiera escuchar con atención sin distraerse o juzgar.

Abrirse a alguien no es ninguna carga. De hecho, la mayoría de los amigos y seres queridos se sentirán halagados de que confíes en ellos y esto va a fortalecer tu amistad.

Trata de ser más sociable con tus compañeros de trabajo. Entablar amistad con personas con las que trabajas, te puede ayudar a amortiguar el agotamiento por el trabajo.

Si sientes que no tienes a nadie a quien recurrir, nunca es demasiado tarde para construir nuevas amistades y ampliar tu red social.

8.4.2 PONERSE EN MOVIMIENTO

Trata de hacer ejercicio durante 30 minutos o más al día, empieza con 10 minutos si crees que no puedes y ves subiendo, aunque sea sólo caminar.

Mueve los brazos y las piernas, es una manera sumamente efectiva para levantar su estado de ánimo, aumenta la energía, mejora el enfoque y relaja la mente y el cuerpo.

Para maximizar el alivio del estrés, en lugar de continuar centrándote en tus pensamientos, céntrate en tu cuerpo y cómo se siente mientras se mueve, la sensación de los pies golpeando el suelo, por ejemplo o el viento en tu piel.

8.4.3 MODIFICAR LA FORMA DE VER EL TRABAJO

Trata de dar valor a lo que haces. Céntrate en los aspectos del trabajo que más te gusten, incluso si es sólo charlar con tus compañeros de trabajo en el almuerzo. Cambiar tu actitud hacia tu trabajo puede ayudar a recuperar un sentido de propósito y control.

Encuentra el equilibrio en tu vida. Si no te gusta tu trabajo, busca significado y satisfacción en tu vida en otra parte: en tu familia, amigos o pasatiempos. Céntrate en las partes de su vida que te traen alegría.

Tómate tiempo libre. Trata de tomarte un descanso completo del trabajo. Sal de vacaciones, pide una ausencia temporal, cualquier cosa para tratar de reducir el estrés de la situación. Utiliza el tiempo para recargar las baterías y llevar a cabo otros pasos de recuperación para el agotamiento.

8.4.4 HACER UNA DIETA SALUDABLE

Reduce al mínimo el azúcar y los carbohidratos refinados. Aunque tengas antojos de alimentos azucarados o patatas fritas, estos alimentos altos en carbohidratos pueden afectar a tu energía, intenta evitarlos.

Reduce la ingesta de cafeína, grasas trans y alimentos con altos niveles de conservantes químicos u hormonas.

Come más ácidos grasos omega-3. Las mejores fuentes son los pescados grasos (salmón, arenque, caballa, anchoas, sardinas), algas, semillas de lino y las nueces.

Evita la nicotina. Fumar cuando te sientes estresado puede parecer que te calma, pero la nicotina es un estimulante poderoso, que conduce a mayores niveles de ansiedad.

Bebe alcohol con moderación. El alcohol reduce temporalmente las preocupaciones, pero demasiado puede causar muchos efectos adversos son el incremento de la ansiedad.

8.4.5. REEVALUAR PRIORIDADES

- Establecer límites. No extenderse demasiado. Aprender a decir “no” a las peticiones de su tiempo. Si usted encuentra este difícil, recuerda que decir “no” le permite decir “sí” a las cosas que realmente quiere hacer.
- Toma un descanso todos los días de la tecnología. Fije una hora todos los días cuando se desconecta por completo. Poner fuera de su computadora portátil, apague el teléfono, y dejar de consultar el correo electrónico.
- Nutre su lado creativo. La creatividad es un poderoso antídoto contra el desgaste. Prueba algo nuevo, inicia un proyecto divertido o reanudar tu pasatiempo favorito. Elije actividades que no tengan nada que ver con el trabajo.
- Relájate. Las técnicas de relajación como el yoga, la meditación o la respiración profunda y activan la respuesta de relajación del cuerpo, un estado de sosiego es lo contrario de la respuesta al estrés.
- Duerme lo suficiente. El cansancio puede agravar el desgaste y hacer que pienses irracionalmente. Mantener la calma en situaciones de estrés es más fácil si has logrado un buen descanso por la noche.

Tanto para la prevención como para el tratamiento del burnout se requieren unas medidas a adoptar tanto por parte de los enfermeros y enfermeras así como del hospital.

8.5 EL HOSPITAL DEBE:

Acomodar el puesto de trabajo para que el/la enfermera (a) pueda realizar sus tareas de manera eficaz (silla cómoda, seguridad correcta, temperatura adecuada, control de ruidos, buena iluminación, etc.)

- Proporcionar los recursos necesarios para la realización de las tareas de cada puesto.
- No alargar las jornadas de trabajo y proporcionar los descansos necesarios.
- No sobrecargar los empleados de funciones o responsabilidades.
- Fomentar el compañerismo e incentivar los grupos de trabajo.
- Ofrecer formación y posibilidad de ascenso.

8.6 LOS TRABAJADORES:

- Ser conscientes de sus límites.
- Descansar durante la jornada laboral.
- Tener unos objetivos realistas en el trabajo.
- Olvidarse de los problemas laborales fuera del trabajo.
- Usar técnicas de relajación tanto dentro como fuera del trabajo.
- Hacer deporte como desconexión para liberar el estrés acumulado.
- Tener una relación sana entre compañeros.

9. CONCLUSIÓN.

Al finalizar el trabajo de investigación, concluyo que el nivel de estrés puede medirse de acuerdo a la carga de trabajo que se realiza incluyendo algunos métodos como las escalas de Hamilton en las que describe la valoración de ansiedad y depresión dándonos, así como resultado el nivel en el que se encuentra nuestro trabajador-paciente.

También pude observar que la mayoría de los trabajadores sanitarios tienden a generar mucho estrés, pero no se dan cuenta o lo consideran parte de la rutina y por ello no acuden a un tratamiento y así mejorar su desempeño.

En ésta investigación se logra el objetivo que es conocer principalmente cómo tratar éste síndrome, durante la práctica hospitalaria así como de los factores de stress que al identificarlos se puede llevar un mejor trato y se puede mejorar la situación laboral.

El nivel de exposición alto de estrés se evidenció en un cuarto de la población (45.97%) de profesionales de enfermería estudiados en el hospital de nuestra señora de la salud.

Entre las situaciones que frecuentemente reconocen los profesionales como causa de estrés se encuentran las relacionadas con el factor “muerte y morir” y son derivadas en su mayoría de situaciones en las que se deben realizar cuidados de enfermería que resultan dolorosos a los pacientes.

En el factor “conflicto con médicos”, la situación que se caracterizó como causa frecuente de estrés corresponde a tomar decisiones sobre un paciente cuando el médico no está disponible; en cuanto al factor III, “preparación inadecuada”, no disponer de una contestación satisfactoria a una pregunta hecha por un paciente es la causa más frecuente de estrés.

En los factores IV y V se identificaron como situaciones más frecuentes generadoras de estrés no tener ocasión para hablar abiertamente con otros compañeros (enfermeras y/o auxiliares de enfermería) del servicio sobre problemas en este y recibir críticas de un superior, respectivamente.

El estrés oxidativo es menos identificable porque la mayoría de la población se enfoca más a nivel mental cuando de estrés se trata, más sin embargo es de suma importancia identificar también el oxidativo por que actúa a nivel del organismo y afecta aún más al cuerpo por lo que se le puede dar más importancia ya que también tiene la ventaja de que es más comprobable.

Falta aún mucho por investigar sobre la pléyade de sustancias fotoquímicas activas que consumimos con los alimentos de origen vegetal; apenas empezamos a conocer y valorar su impacto fisiológico y sus posibles usos farmacológicos. Pero siempre es mejor beneficiarnos de la amplia gama de estos compuestos que existen en una dieta sana y del efecto que sin duda tienen al encontrarse combinados en forma natural, que consumir compuestos purificados o productos concentrados, pues no sólo no existen sustancias milagrosas, sino que nos exponemos al eterno problema del riesgo que causa el consumo en exceso de prácticamente cualquier cosa. Por fortuna, cada vez hay más grupos que investigan, por un lado, la importancia de las interacciones entre los componentes activos de los alimentos en su efecto preventivo o terapéutico, y por otro, el impacto que tiene la nutrición en la expresión y regulación de nuestros genes (nutriogenómica). Así que cuidado con los excesos en el consumo de antioxidantes. Es mejor comer frutas y verduras que, de tanto antioxidante, acabar reducidos.

Este estudio pone de manifiesto la relación de la tensión laboral con la satisfacción laboral y los trastornos psicósomáticos en el colectivo estudiado, aun después de ajustar por otras variables del entorno laboral y extra laboral. Este hallazgo remarca la importancia de considerar, además de los riesgos laborales clásicos, los relacionados con el entorno psicosocial al elaborar estrategias para mejorar la salud y el bienestar del personal de enfermería.

La disciplina de enfermería, enfocada en el proceso vital humano asume que la salud integral de las personas comprende la prevención de problemas psicosociales en el contexto laboral, para la promoción de la salud física, mental y social en la búsqueda de un mejor equilibrio de las múltiples variables que inciden en la calidad de vida de cada individuo. Los resultados de este estudio evidenciaron la pobre relación entre las variables sociodemográficas y el síndrome de burnout, dato que coincide con resultados de otros estudios donde refieren poco o nulo efecto sobre el síndrome.

Los resultados de este trabajo son congruentes con los reportes de otras investigaciones, en los que se obtuvieron niveles más altos del síndrome en enfermeras que laboraban en áreas de hospitalización y medicina interna que en áreas de urgencias y cuidados intensivos. Estos estudios resaltan la importancia de los factores del contexto laboral (área física, recursos materiales y equipo disponible para el desarrollo del trabajo) como determinantes en el desarrollo del problema.

Al respecto, Laverde, afirma que el personal de enfermería que labora en áreas críticas puede acostumbrarse a las altas demandas físicas y emocionales del medio, disminuyendo las probabilidades de padecer el síndrome de burnout.

Por su parte, las proporciones del síndrome encontradas en el personal de áreas críticas se han atribuido a la gravedad de los pacientes que atienden, tiempo de contacto con ellos y manejo de alta tecnología, así como atender gran diversidad de padecimientos con alto grado de especialización.

Sin embargo, cabe puntualizar que, en las respuestas obtenidas por la aplicación del MBI en este estudio, el reactivo con mayor puntaje en la dimensión de realización personal fue: me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes, lo cual apoya la declaración de otros estudios que afirman que cuidar y comunicarse con los pacientes constituye un logro humano y es fuente de satisfacción siempre presente en el desarrollo del cuidado de enfermería.

De esta manera, la complejidad del trabajo que se desarrolla en las áreas críticas se convierte en fuente de agotamiento pero también proporciona cierto grado de satisfacción al personal de las mismas, fomentando la autoeficacia percibida del mismo, la cual ha sido reportada por otros estudios en poblaciones de enfermeras y trabajadores mexicanos en general, así como extranjeros, cuyos autores concluyen que la falta de realización personal está estrechamente relacionado al sentimiento de autoeficacia como variable de personalidad.

Asimismo, la presencia del síndrome de burnout en enfermeras que atienden a pacientes oncológicos ha sido evidenciada en este estudio y sustentada por otros reportes de investigaciones hechas en personal que atiende a enfermos crónicos y terminales en varios países.

Al respecto de los estresores identificados para el desarrollo del síndrome de burnout, cabe mencionar que en general coinciden con los reportados por otros estudios en enfermeras. Sin embargo, dichos estresores cambian en cada servicio y hospital, lo cual depende del tipo de dirección, recursos disponibles y diferencias estructurales de cada unidad, ya que dichos estresores determinan el tipo de relaciones que se establecen entre trabajadores, trabajo y organización.

Estos resultados sugieren que el síndrome de burnout aparecerá cuando las demandas cualitativas y/o cuantitativas del trabajo excedan los recursos tanto personales como organizacionales de los que dispone el profesional de enfermería para afrontarlas.

Principalmente identificar, evaluar y detectar a un paciente con síndrome de burnout es más fácil con ésta investigación, gracias a que presento factores, evaluaciones así como diferentes conceptos de ayudan la lograr éste objetivo.

10. BIBLIOGRAFÍA

10.2 BÁSICA

- Hausladen A, Stambler I S, 1999. Nitrosative Stress. *Methods Enzymol.* 300: 389-395.
- Henle E S, Linn S, 1997. Formation, prevention, and repair of DNA damage by Iron/Hydrogen peroxide. *J. Biol. Chem.* 272 (31): 19095-19098.
- Berlett B S, Stadtman E R, 1997. Protein oxidation in aging, disease and oxidative stress. *J. Biol. Chem.* 272: 20313-20316.
- Steinberg D, 1997. Low density lipoprotein oxidation and its pathobiological significance. *J. Biol. Chem.* 272: 20963-20966.
- Fridovich I, 1997. Superoxide anion radical (O₂⁻). Superoxide dismutases and related matters. 172: 18515-18517
- García Triana G, 2001. NADPH oxidas fagocítica: características, ensamblaje y mecanismo de acción. Cap 2.2. Estrés oxidativo en Biomedicina. Libro electrónico. Ed. Biomed-CECAM. La Habana. Cuba. 2001.
- Hassanain H H, Goldschmidt-Clermont P. J. 2001. Rac, superoxide, and signal transduction. En: *Antioxidant and Redox Regulation of Genes*. Ed.: Sen C. K., Sies H, Baeverle P. A. Acad. Press, San Diego. Cap. 3, pp 47-79.
- Klotz L-O, Briviba K, Sies H, 2001. Signaling by Singlet Oxygen in Biological Systems. En: *Antioxidant and Redox Regulation of Genes*. Ed.: Sen C. K., Sies H, Baeverle P. A. Acad. Press, San Diego. Cap. 1, pp 3-20.
- Cranfor D R, Davies K J A, 1994. Adaptative response and oxidative stress. *Enviòn. Health Perspect.* 102: 25-28.
- Bermúdez Fajardo A, 2001. Xantina oxidasa. Cap 2.1. Estrés oxidativo en Biomedicina. Libro electrónico. Ed. Biomed-CECAM. La Habana. Cuba. 2001

- Schöpfer F, Riobó N, Carreras M C, Alvarez B, Radi R, Boveris A, Cadenas E, Poderoso J, 2000. Oxidation of Ubiquinol by peroxynitrite: implications for protection of mitochondria against nitrosative damage. *Biochem. J.* 349: 35-42.
- Brown G C, 1999. Nitric oxide and mitochondrial respiration. *Biochim. Biophys. Acta* 1411: 351-369.
- Tien M, Berlett B S, Levine R L, Chock P B, Stadtman E R, 1999. Peroxynitrite-mediated modification of proteins at physiological carbon dioxide concentration: pH dependence of carbonyl formation, tyrosine nitration, and methionine oxidation. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 96: 7809-7814.
- Prescott S M, 1999. A thematic series on oxidation of lipids as a source of messengers. *J. Biol. Chem.* 274 (3): 22901.
- Kim Y M, Son K, Hong S J, Green A, Chen J J, Tzeng E, Hierholzer C, Billiar T R, 1998. Inhibition of protein synthesis by nitric oxide correlates with cytostatic activity: nitric oxide induces phosphorylation of initiation factor eIF-2 alpha. *Mol. Med.* 4: 179-190.
- Bundy R E, Marczin N, Chester A H, Yacoub M, 2000. A redox-based mechanism for nitric oxide-induced inhibition of DNA synthesis in human vascular smooth muscle cells. *Br. J. Pharmacol.* 129: 1513-1521.
- Melov S, 2002. Regulation of glutathione synthesis. *Curr. Top. Cell Regul.* 36: 95-116.
- Pieper A A, Berma A, Zhang J, Snyder S H, 1999. Poly(ADP-ribose) polymerase, nitric oxide and cell death. *Trends Pharmacol. Sci.* 20: 171-181.
- Mayer B, HemennD, 1997, Biosynthesis and action of nitric oxide in mammalian cells. *Trends Biochem. Sci.* 22: 477-481.
- Bogdan C, Rollinghoff M, Diefenbach A, 2000. Reactive oxygen and reactive nitrogen intermediates in innate and specific immunity. *Curr. Opin. Immunol.* 12: 64-76.

- Schulz J B, Lindenau J, Seyfried J, Dichgans J, 2000. Glutathione, oxidative stress and neurodegeneration. *Eur. J. Biochem.* 267: 4904-4911.
- Riobó N A, Clementi E, Melani M, Boveris A, Cadenas E, Moncada S, Poderoso J J, 2001. Nitric oxide inhibits mitochondrial NADH: ubiquinone reductase activity through peroxynitrite formation. *Biochem. J.* 359: 139-145.
- Lissi E A, Salim-Hanna M, Sir T, Videla L A, 1992. Is spontaneous urinary visible chemiluminescence a reflection of in vivo oxidative stress? *Free Rad. Biol. Med.* 12: 317-322.
- Ríos de Molina M C, Suárez Lissi M A, Armesto A, Lafourcade C, Lissi E, 1998. Rat urinary chemiluminescence: effect of ethanol and/or hexachlorobenzene uptake. *J. Biolumin. Chemilum.* 13: 63-68.
- Castro G D, Delgado de Layño A M A, Costantini M H, Casto J A, 2002. Rat Ventral Prostate Microsomal Biotransformation of Ethanol to Acetaldehyde and 1-hydroxyethyl radicals: Its potential contribution to prostate tumor promotion. *Teratogenesis, Carcinogenesis and Mutagenesis.* 22: 1-8.
- Becker K, Gromer S, Heiner Schirner R, Muller S, 2000. Thioredoxin reductase as a pathophysiological factor and drug target. *Eur. J. Biochem.* 267: 6118-6125.
- Wenbo Qi, Reiter R J, Tan D-X, Manchester L C, Calvo J R, 2001. Melatonin prevents d- aminolevulinic acid-induced oxidative DNA damage in the presence of Fe⁺⁺. *Mol Cell. Biochem.* 218: 87-92.
- Klatt P, Lamas S, 2000. Regulation of protein function by S- glutathiolation in response to oxidative and nitrosative stress. *Eur. J. Biochem.* 267: 4928-4944.
- Rubbo H, Rad R, Anselmi D, Kirk M, Barnes S, Butler J, Eiserich J P, Freeman B A, 2000. Nitric oxide reaction with lipid peroxide radicals spares alpha-tocopherol during lipid peroxidation. Greater oxidant protection from the pair nitric oxide/alpha-tocopherol than alpha-tocopherol/ascorbate. *J. Biol. Chem.* 275: 10812-10818.

- Potter J D, 1997. Cancer prevention: epidemiology and experiment. Cancer Lett. 114: 7-9.
- Lee A Y, Chung S S, 1999. Contributions of polyol pathway to oxidative stress in diabetic cataract. FASER J. 13: 23-30.

10.2 COMPLEMENTARIA

- <http://www.monografias.com/trabajos58/estres-personal-enfermeria/estres-personal-enfermeria.shtml>
- <https://www.biografiasyvidas.com/biografia/s/selye.htm>
- http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1029/1/Davalos_ph.pdf
- http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5761/campero-lourdes.pdf
- http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/es_09.pdf
- <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-015.pdf>
- <http://www.comoves.unam.mx/numeros/articulo/89/cuando-el-estres-oxidativo-nos-alcance>

GLOSARIO.

A

- **ABSENTISMO:** Costumbre o práctica habitual de no acudir al lugar donde se ejerce una obligación, en especial al trabajo.
- **AGORAFOBIA:** Comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil.
- **ANHEDONIA:** Pérdida de la capacidad para disfrutar de las cosas.
- **Abuso de sustancias:** El uso excesivo de una sustancia, el alcohol o una droga en particular. (No existe una definición universalmente aceptada de abuso de sustancias.)
- **ÁCIDOS GRASOS:** Las moléculas que son largas cadenas de lípidos-carboxílico encontrados en grasas y aceites y en las membranas celulares como un componente de los fosfolípidos y glicolípidos. (Ácido carboxílico es un ácido orgánico que contiene el grupo funcional-COOH).
- **ADRENALINA:** Una sustancia producida por la médula (interior) de la glándula suprarrenal. Técnicamente hablando, la adrenalina es una catecolamina simpaticomimético. Esto causa aceleración de los latidos del corazón, fortalece la fuerza de contracción del corazón, abre los bronquiolos de los pulmones y tiene muchos otros efectos. La secreción de adrenalina por las glándulas suprarrenales es parte de la "lucha o huida" de reacción que tenemos en la respuesta a tener miedo. Una sustancia producida por la médula (interior) de la glándula suprarrenal. La epinefrina nombre fue acuñado en 1898 por el farmacólogo estadounidense y el químico fisiológico (bioquímico) de John Jacob Abel que lo aislado de la glándula suprarrenal que se encuentra por encima de (epi) del riñón ("nephros" en griego).(Insulina Abel también cristalizado). Técnicamente hablando, la adrenalina es una catecolamina simpático mimética. Esto causa aceleración de los latidos del corazón, fortalece la fuerza de contracción del corazón, abre las vías respiratorias (bronquiolos) en los pulmones y tiene muchos otros efectos.

La secreción de adrenalina por las glándulas suprarrenales es parte de la reacción de lucha o huida.

- **ALPRAZOLAM:** Un sedante benzodiazepina que causa relacionada con la dosis depresión del sistema nervioso central. Alprazolam es útil en el tratamiento de la ansiedad, ataques de pánico, el insomnio y los espasmos musculares. La marca es Xanax. Una versión genérica está disponible.
- **ANÁLISIS:** Un término que la psicología de los procesos utilizados para obtener la comprensión de los complejos problemas emocionales o de comportamiento.
- **ANSIEDAD:** una sensación de aprensión y el miedo se caracteriza por síntomas físicos como palpitaciones, sudoración y sensación de estrés. Estos trastornos llenen vida de las personas con Sistema nervioso autónomo: Parte del sistema nervioso que se pensó una vez para gozar de independencia funcional del cerebro. A diferencia de la ansiedad relativamente suave, breve causada por un evento estresante, como una presentación de negocios o una primera cita, los trastornos de ansiedad son crónicos, implacables, y pueden empeorar progresivamente si no se tratan.
- **ANTIDEPRESIVOS:** Cualquier cosa, y en especial un medicamento utilizado para prevenir o tratar la depresión.
- **ASMA:** Es una enfermedad común en la que la inflamación crónica de los bronquios (bronquios) hace que se hinchen, el estrechamiento de las vías respiratorias. El asma involucra sólo a los bronquios y no afecta a los sacos de aire (alvéolos) o el tejido pulmonar (el parénquima del pulmón) en sí.
- **ATROFIA:** Atrofia o disminución. La atrofia muscular es la atrofia muscular, disminución de la masa muscular.
- **AZÚCAR EN SANGRE:** glucosa en sangre. Ver también: azúcar en la sangre, azúcar en la sangre baja.
- **ABSORCIÓN (MENTAL):** estado de la atención durante el cual el individuo se encuentra plenamente concentrado, con toda o la mayor parte de su capacidad atencional focalizada en un único estímulo.

- **ABSORTO:** alguien que se encuentra en un estado de absorción mental, es decir, con la mayor parte de su atención focalizada en un solo estímulo o grupo de estímulos.
- **ABUSO:** uso desproporcionado por exceso. Por ejemplo, abuso de alcohol significaría uso excesivo de alcohol.
- **ACTITUD:** predisposición ante algo. Por ejemplo, una actitud colaboradora significaría que se está dispuesto a colaborar.
- **ACTIVACIÓN:** preparación para la acción. En este contexto, alerta. Con el cuerpo y la mente dispuestos a actuar.
- **ACONTECIMIENTO ESTRESANTE:** algo que, al ocurrir, genera nerviosismo y tensión psicológica.
- **ADHD:** Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder. Traducción inglesa de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
- **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:** cumplimiento de las instrucciones del terapeuta en referencia al tratamiento, y cumplimiento de la toma misma de la medicación.
- **ADOLESCENCIA:** etapa del desarrollo en la que se produce el paso desde la niñez hacia la edad adulta. Generalmente comprende desde los 13-14 años de edad, hasta los 18-20. Conlleva numerosos cambios en la persona a nivel físico, psicológico y social.
- **ADAPTACIÓN FUNCIONAL:** proceso de reincorporación a un nivel de funcionamiento diferente al previo, después de que entre ambos niveles haya ocurrido un acontecimiento o circunstancia especial (ej. Enfermedad o acontecimiento vital estresante).
- **APECTO/APECTIVO:** sentimiento de cercanía y cariño hacia otra persona. El término afectivo significa relativo al afecto, es decir, a los sentimientos de cercanía y cariño hacia alguien. Técnicamente afectivo se usa también para referirse a todo aquello relacionado con los sentimientos, las emociones o los estados de ánimo (ej. Trastorno afectivo).
- **AGITACIÓN:** estado de extrema inquietud psicomotriz durante el cual, un individuo no dispone de un adecuado control de su conducta, lo que genera un

riesgo para sí mismo y/o para los demás (a veces puede acompañarse de o preceder a la agresividad).

- **AGRESIVIDAD:** uso de la violencia en la interacción con algo o alguien. Podría producirse en la interacción con uno mismo, lo que recibiría el nombre de auto agresividad.
- **AGUDO:** referencia temporal que señala la corta duración o evolución de un proceso (trastorno, episodio, enfermedad, síntoma...). Generalmente implica que duró, dura o durará días (suelen ser inferiores a un mes).
- **AJUSTE DE MEDICACIÓN:** cambio en la pauta definida de medicación que generalmente conlleva subida o bajada de alguna dosis y/o supresión/adición de algún nuevo fármaco.
- **ALUCINACIÓN:** percepción sin objeto. Es decir, ver, oír, oler, saborear o sentir algo a través del tacto sin que exista un estímulo real que lo desencadene.
- **ANSIEDAD:** sensación subjetiva de aprensión y temor que se acompaña de síntomas físicos como sensación de falta de aire, temblor, palpitaciones, aceleración del ritmo cardiaco, etc., que ocurre sin que exista un estímulo externo aparente que la provoque o con estímulos que no suelen producir una respuesta tan exagerada en la mayoría de la gente.
- **AUTOESTIMA:** valoración subjetiva que las personas hacen de sí mismas.
- **ATENCIÓN:** capacidad cognitiva que permite la relación de un ser con su entorno a través de tres funciones fundamentales: el alerta, la orientación y la función ejecutiva (resolución de conflictos).
- **ATOMOXETINA:** fármaco utilizado para el TDAH. No es de la familia de los estimulantes sino que presenta un perfil farmacológico similar al de los antidepresivos, es decir, necesita tomarse todos los días y el inicio del efecto tarda unas dos-tres semanas en producirse.

B

- **BLUE:** especies bio luminiscentes C
- **BIOGRAFÍA:** conjunto de vivencias de una persona a lo largo de su vida.

- **BIPOLAR:** hace referencia a dos estados contrapuestos, en nuestro contexto implica estados de ánimo extremos: depresión y manía (hipertimia). Si hablamos del trastorno bipolar nos referimos a un trastorno caracterizado por una alternancia de episodios de eutimia (estado de ánimo habitual), depresión y manía (o hipomanía, que es similar a manía pero con síntomas más atenuados).
- **BROTE:** cada uno de los episodios de una enfermedad que cursando con recaídas y períodos de estabilidad puede conllevar cierto grado de deterioro funcional entre ellos (ej. esquizofrenia, artritis reumatoide) También se usa para referirse al empezar de una enfermedad en una persona o en una población (ej. brote de meningitis). Ver “fase”.

C

- **CATATONIA:** engloba un abanico de trastornos motores entre los que se incluyen la inmovilidad motora o la adopción de posturas extrañas. A veces se puede manifestar en forma de actividad motora excesiva o agitación.
- **CLIMA EMOCIONAL:** tipo y calidad de las relaciones entre los miembros de la familia.
- **COGNITIVO:** relativo a la capacidad de pensar y a las llamadas funciones mentales superiores (ej. memoria, atención, reconocimiento de estímulos). Existe un tipo de psicoterapia cognitiva que se centra en pensamientos “mal aprendidos” y hay que pueden ser reformulados para tener una repercusión en la conducta (TCC: Terapia Cognitivo Conductual).
- **COMPENSACIÓN:** ver “estabilidad”.
- **COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO:** conducta inapropiada con respecto al contexto (de repente, se agita y se confunde o se sienta y mira fijamente, como si estuviera inmovilizado).

- **COMUNICACIÓN NO VERBAL:** componente de la comunicación que no incluye la palabra. Incluiría gestos, miradas, posturas, movimientos, tono de voz, etc.
- **CONCERTA:** uno de los nombres comerciales de metilfenidato de liberación prolongada (ver definición en este glosario más adelante).
- **CONCIENCIA DE ENFERMEDAD:** grado en el que alguien sabe que está enfermo. Se dice que es alta cuando el paciente tiene claro que tiene una enfermedad y cuál es. Sería baja si el paciente no admitiera que está enfermo o aun reconociendo que tiene algún problema no lo atribuyese a la enfermedad que le ha diagnosticado).
- **CONDUCTUAL:** relativo a la conducta, es decir, al comportamiento. Hay un tipo de psicoterapia que se centra en la modificación de la conducta / comportamiento.
- **CRISIS:** en el curso de una enfermedad, una crisis es una etapa de florecimiento o incremento de los síntomas. Período especialmente difícil.
- **CRÓNICO:** referencia temporal que señala la duración prolongada o evolución de un proceso (trastorno, episodio, enfermedad, síntoma...). Generalmente implica que duró, dura o durará años.
- **CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO:** ver “adherencia al tratamiento”.
- **CURSO:** proceso evolutivo de la enfermedad.

D

- **DISTRES:** Estrés negativo que va acompañado de un desorden fisiológico producido por la aceleración de las funciones.
- **DEPRESIÓN:** síndrome caracterizado por una tristeza profunda o una pérdida significativa del interés por las cosas. Suele acompañarse de otros síntomas como la pérdida de energía, de apetito o alteraciones del sueño. Son habituales también los sentimientos de culpa, de vergüenza, el pesimismo patológico, etc.

- **DESCOMPENSACIÓN:** pérdida de un estado de funcionalidad en el que el individuo no es capaz de enfrentar las exigencias habituales de la vida diaria; pérdida de un estado previo de estabilidad.
- **DINÁMICA FAMILIAR:** patrón habitual de interacciones que tienen lugar en el seno de una familia.
- **DOBLE VÍNCULO:** en este contexto, el doble vínculo hace referencia a la transmisión de informaciones contradictorias a través de dos canales distintos de comunicación. Por ejemplo, se produce cuando verbalmente transmitimos un contenido y no verbalmente el opuesto. Se postuló como un factor favorecedor de la aparición de psicosis.

E

- **ESTRÉS:** Reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada.
- **EUTIMIA:** Estado de ánimo normal.
- **EUSTRES:** Estrés positivo en donde la relación con las impresiones del mundo externo no produce un desequilibrio orgánico.
- **E°:** potencial de reducción estándar
- **Estado de resistencia:** Cuando un individuo es sometido en forma prolongada a la amenaza de agentes lesivos, sean estos físicos, químicos, biológicos o sociales, el organismo tiende a utilizar mecanismos de adaptación a dichas demandas de manera progresiva, a fin de que pueda ocurrir un equilibrio dinámico u homeostasis entre el medio interno y externo del individuo.
- **EROs:** especies reactivas del Oxígeno
- **ERNs:** especies reactivas del Nitrógeno

- EFECTO REBOTE: obtención del resultado contrario al deseado y/o supuesto a una determinada intervención (por ejemplo, cuando al administrar un fármaco relajante, el paciente se excita).
- EMOCIÓN: expresión afectiva generalmente intensa, de presentación más o menos brusca y que va siempre acompañada de manifestaciones físicas (ej. Llanto).
- EMPATÍA: capacidad de entender cómo se siente el otro, es decir, de ponerse en su lugar y entenderle. A veces se utiliza como una habilidad para conectar con los demás.

F

- FASE DE AGOTAMIENTO: La disminución progresiva del organismo frente a una situación de estrés prolongado conduce a un estado de gran deterioro con pérdida importante de las capacidades fisiológicas, sobreviviendo la fase de agotamiento en el cual el sujeto suele sucumbir ante las demandas, pues se reducen al mínimo sus capacidades de adaptación e interrelación con el medio.
- FASE DE AFRONTAMIENTO: Capacidad de cada persona para hacer frente a su aquello le ocurre, a sus tareas, y para poder manejarse en el mundo que le rodea.

G

- GSH: glutatión reducido
- GSSG: glutatión oxidado
- GPx: glutatión peroxidasa

H

- HIPOMANÍA: Estado de ánimo persistentemente alterado de manera eufórica, exaltado, expansivo, irritable, hiperactivado,... pero de intensidad menor que en el caso de la manía.
- HUMOR: Estado afectivo relativamente estable y de duración prolongada, que persiste durante algún tiempo afectando positiva o negativamente a la experiencia vital global de las personas.
- HO.: radical oxidrilo

I

- INSTITUCION TOTAL: Lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente.

M

- MANÍA: Alteración del estado de ánimo caracterizado por mostrarse anormalmente exaltado, eufórico, irritable y excitable, acompañado de una activación acelerada.
- MECANISMOS DE DEFENSA: Reacción inconsciente e intrapsíquica que ofrece protección ante una situación, encargados de la regulación de la energía, de forma que el organismo se mantenga en un equilibrio, minimizando las consecuencias de eventos demasiado intensos, para que la persona pueda continuar con sus funciones.
- MOBBING: (Acoso Laboral) Situación en la que una persona o grupo de personas ejercen sobre otra/s una presión psicológica extrema de manera muy frecuente, y durante un periodo bastante prolongado en el tiempo.
- MMP: metalloproteases de matriz

O

- O₂⁻: radical superóxido

- OCI-: hipoclorito
- ONOO-: peroxinitrito

P

- **PENSAMIENTO AUTOMÁTICOS:** Autodiálogo personal e interno, de carácter involuntario, expresado como pensamientos o imágenes de temas muy concretos, relacionados con estados emocionales intensos, que crean versiones erróneas de las cosas, dando lugar a una falsa interpretación de los hechos.
- **PERCEPCIÓN:** La percepción obedece a los estímulos cerebrales logrados a través de los 5 sentidos, vista, olfato, tacto, auditivo y gusto, los cuales dan una realidad física del entorno. Es la capacidad de recibir por medio de todos los sentidos, las imágenes, impresiones o sensaciones para conocer algo. También se puede definir como un proceso mediante el cual una persona selecciona, organiza e interpreta los estímulos, para darle un significado a algo. Toda percepción incluye la búsqueda para obtener y procesar cualquier información, de igual manera la asimila y la interioriza para después utilizarla en la vida cotidiana.
- **PERFILES DE PERSONALIDAD:** Conjunto de rasgos que conforman un patrón de conductas, comportamientos, sentimientos e ideas particular y reconocible de un individuo. Sin determinar a la persona o sus acciones, en ningún caso, los perfiles de personalidad describen un estilo de comportamiento. También referido a los resultados de las escalas de personalidad que producen un perfil de personalidad a modo de conjunto de datos numéricos y de gráficos que ilustran cuantitativa y cualitativamente qué rasgos y en qué grado se hallan presentes en la personalidad de un individuo.
- **PSICOTERAPIA INDIVIDUAL O GRUPAL:** Si vamos más allá de las diferencias evidentes entre la psicoterapia individual (PI en adelante) y la grupal (PG en adelante), encontraremos que ambas técnicas de tratamiento

pueden ser planteadas como complementarias en el proceso que una persona inicia en un trabajo personal como es la psicoterapia.

R

- RASGOS DE PERSONALIDAD: Cualidad de la personalidad relativamente estable a lo largo del tiempo y de las circunstancias internas y/o externas.
- REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA: Estrategia para identificar, modificar y analizar las interpretaciones o pensamiento erróneos que experimenta una persona ante determinadas situaciones o ante otras personas.
- RESILIENCIA: Capacidad de las personas para afrontar y reponerse ante la adversidad, para sobreponerse a periodos de dolor extremo y traumas, e incluso saliendo fortalecido de tales periodos, y totalmente sanos.
- RIESGOS PSICOSOCIALES: Condición que experimenta el hombre cuando se relaciona con su entorno o sociedad, que solo se convierte en un indicativo de peligro cuando se convierte en algo nocivo para el bienestar de individuo llegando a desequilibrarlo a nivel social, laboral
- REACCIÓN DE ALARMA: El organismo cuando es, amenazado por las circunstancias se altera fisiológicamente por la activación de una serie de glándulas, especialmente en el hipotálamo y la hipófisis ubicadas en la parte inferior del cerebro, y por las glándulas suprarrenales localizadas sobre los riñones en la zona posterior de la cavidad abdominal.
- RIESGO: Considerado como toda posibilidad de daño
- RIESGO PSICOSOCIAL: Todos aquellos aspectos de la concepción, organización y gestión del trabajo, así como de su contexto social y ambiental, que tienen la potencialidad de causar daños físicos, sociales o psicológicos al ser humano.

S

- SINDROME DE BURNOUT: Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede aparecer en personas que trabajan.

- SINTOMATOLOGÍA: El síntoma es un aviso útil de que la salud puede estar amenazada sea por algo psíquico, físico, social o combinación de las mismas.
- SUICIDIO: Acción voluntaria por la que un individuo se causa daño a si mismo con intención letal.
- SOD: superóxido dismutasa

T

- TALENTO KINESTÉSICO: Hace referencia al dominio psicomotriz, es decir, el desarrollo de habilidades, destrezas y facultades motoras.
- TEMPERAMENTO: Base biológica del carácter (tendencia a la consecución de un tipo de comportamiento que conforma la manera de cada uno para enfrentar la vida), determinado por los factores genéticos y fisiológicos que inciden sobre los comportamientos. Conforman la manera en que el ser humano interactúa con el entorno.
- TIPOS DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD: Las definiciones de los distintos trastornos descritos (paranoide, límite, esquizoide, etc.) están disponibles en nuestra web.
- TRASTORNO AFECTIVO: Alteración del estado de ánimo manifestado de forma que las emociones son vividas de forma exageradamente intensa.
- TRASTORNO BIPOLAR: Es una enfermedad mental en la cual las personas que la sufren alternan entre periodos de un estado de ánimo muy bueno o irritable y depresión, dándose entre fases periodos de estabilidad.
- TRASTORNO DE ADAPTACIÓN: Estado de malestar acompañado por emociones, que interfieren en la vida de la persona, producido por un cambio vital importante o por la presencia de uno o varios acontecimientos estresantes. El malestar es mayor al esperado según la naturaleza del estresor e interfiere de manera significativa en la vida de la persona.
- TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD: La personalidad límite o borde de línea está marcada por: comportamientos impulsivos, humor muy inestable que les hace vivir en un estado crítico casi permanente asaltado por violentas emociones que no pueden controlar, estados de intensa cólera,

contra otros o contra sí mismos. El humor depresivo es el siguiente paso a esa rabia, con un sentimiento de vacío y malestar. Demandan a sus allegados ser amados y asistidos de forma invasiva, que alternan con huidas cuando la intimidad se vuelve demasiado amenazante para ellos.

- **TRAUMA:** Generalmente se denomina trauma psíquico o trauma psicológico tanto a un evento que amenaza profundamente el bienestar o la vida de un individuo, como a la consecuencia de ese evento en el aparato o estructura mental o vida emocional del mismo.
- **TRASTORNO DE ANSIEDAD:** Forma diferente de un tipo de enfermedad mental caracterizado por miedo y ansiedad anormal y patológica.
- **TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO:** Problema de salud mental que incluye como característica principal una alteración del humor (estados de depresión y manía).

U

- **UVA:** radiación ultravioleta A

V

- **VULNERABILIDAD:** Aspectos que aumentan la probabilidad futura de ser afectados.