



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**



TESINA
**CONSECUENCIAS DEL ABSENTISMO EN LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL SERVICIO
DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL GENERAL “GENERAL JOSÉ MARÍA MORELOS Y
PAVÓN” DEL ISSSTE**

**QUE PARA
OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA
NOE OSORIO ROJAS**

**No. cta.
30822791-6**

DIRECTORA DE TRABAJO

LIC. MARÍA DEL CONSUELO DE LOS REYES GARCÍA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A mis padres: Lahutl Rojas Reyes y Edmundo Osorio Gómez, quienes han sembrado en mí el camino de la superación profesional, que hizo posible culminar esta meta.

A mis hermanos: Edgar, Silvina, Raquel, Aide Osorio Rojas, por toda su ayuda y apoyo en todas las etapas de mi vida personal y profesional.

A mis amigos: Eduardo, Valeiri, Jazmin, Rosa Jaquekine, Estefany, Rosalba Y Juan quienes han compartido momentos significativos en mi vida personal y profesional en gran parte de mi trayectoria profesional.

A Yadira Ramírez Flores quien ha compartido momentos significativos en mi vida personal y profesional de quien he recibido diversos apoyos incondicionalmente que ha permitido que cumpla una meta más en mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A la Lic. María Del Consuelo De Los Reyes García, asesora de esta tesina por toda la paciencia y las enseñanzas recibidas de Metodología de investigación y corrección de estilo con el que fue posible culminar exitosamente esta tesina.

A la Escuela Nacional De Enfermería Y Obstetricia de la UNAM, por las enseñanzas recibidas en la Especialidad de Enfermería del adulto en estado crítico, a lo largo de un año con lo que fue posible obtener los aprendizajes significativos para mi vida profesional.

A todos los Maestros(as) y profesores(as) de la especialidad quien ha hecho de mí una Especialista de la Enfermería, para beneficio de todos los pacientes que atiendo en el Hospital General "General José María Morelos Y Pavón", En La Cd. De México.

ÍNDICE.

1. Introducción
2. Objetivos
3. Justificación
4. Metodología de la Investigación
5. Contenido temático (capítulos)
 - 5.1 Resumen
 - 5.2 Antecedentes
 - 5.3 Planteamiento del problema
 - 5.4 Justificación
 - 5.5 Hipótesis
 - 5.6 Objetivos
 - 5.6 Marco teórico
6. Conclusiones
7. Sugerencias
8. Referencias bibliohemerográficas

1. INTRODUCCIÓN.

La investigación en enfermería es una herramienta necesaria para su crecimiento como una profesión, actividad se torna crucial para el desarrollo de la enfermería como disciplina, los pasantes de enfermería tienen la ocasión de aplicar sus conocimientos en la realización de una tesina, el servicio social es un acercamiento a la aplicación de sus conocimientos en la práctica, enseñanza, y en el cuidado, basado en los conocimientos científicos, la falta de productividad en investigaciones de nuestra profesión, y estas actividades son poco retroalimentadas o no son consideradas importantes por los profesionales en su desempeño laboral.

En esta ocasión trataremos de un tema importante como es el ausentismo de enfermería. El alto costo que implica en las instituciones de salud el ausentismo, la baja calidad en el servicio la baja productividad de las enfermeras y una mala praxis hace de vital importancia para la seguridad y la vida de los pacientes el prestar atención a los factores psicosociales que afectan el trabajo de las enfermeras. El trabajo de enfermería es el pilar donde descansa el cuidado de la salud. Las enfermeras frecuentemente están exhaustas y deprimidas por el estrés y ansiedad que sufren en su empleo que deriva en estrés postraumático debido a la experiencia diaria de convivir con el sufrimiento de sus pacientes, lo que les impide desarrollar plenamente su trabajo con eficiencia. (Chandler y cols., 2001; Edwards, 1990, p. 40)

El presente trabajo de investigación de las consecuencias en el personal y su desempeño laboral comprometidas por el ausentismo en el personal de enfermería del servicio de medicina interna del turno matutino en un hospital de segundo nivel de atención, contiene el planteamiento del problema, hipótesis y el marco teórico, las conclusiones que se encontraron en las observaciones realizadas en las enfermeras profesionales y no profesionales.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Elaborar una tesina que permita al pasante ampliar la comprensión sobre contenidos particulares relacionados con la salud, el cuidado, las enfermeras en su ejercicio profesional, para que valore la importancia de la investigación en el ámbito laboral y sus repercusiones en el cuidado de las personas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Aplicar los pasos de método científico y las técnicas de la investigación en la elaboración de una tesina
- ✓ Observar los acontecimientos cotidianos en el desempeño de las enfermeras en la aplicación de los cuidados.
- ✓ Elaborar un marco teórico que permita fundamentar el trabajo académico.

3. JUSTIFICACIÓN

El desempeño científico es un importante indicador de la investigación científica que realizamos en enfermería, sus resultados en el impacto social que influye sobre la práctica clínica, el bienestar y calidad de vida de los pacientes. La proposición es que, además del desempeño científico, el impacto social debería ser una actividad que se incremente, y el servicio social es un momento ideal en donde el pasante de enfermería, se encuentra con la realidad en un entorno hospitalario, aplicando lo aprendido en el aula, con otras enfermeras con experiencia en la praxis de conocer, hacer y ser de la enfermería.

Evaluado el desempeño de las enfermeras, se observó que hay un incremento en el ausentismo, independientemente de los indicadores enfermera paciente, las prestaciones contractuales, que este ausentismo repercute en la salud de las enfermeras por el estrés y a la vez el incremento de pacientes en las áreas clínicas

Sin embargo, definir y evaluar el impacto de una investigación en enfermería sería una tarea difícil. Esto será ilustrado con una tesina de investigación realizada durante la pasantía sobre consecuencias del absentismo en las enfermeras que laboran en el servicio de medicina interna en Hospital General “General José María Morelos Y Pavón” del ISSSTE

4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La coordinadora de enseñanza asigna como parte de las actividades de investigación durante la pasantía, la realización de una tesina proporcionando los momentos y las facilidades para su realización por lo que se realiza un estudio descriptivo, observacional y transversal con el personal de enfermería del turno matutino en el servicio de medicina interna del Hospital General “General José María Morelos Y Pavón” del ISSSTE.

A través del método observacional durante la rotación por los servicios de hospitalización y urgencias adultos nos percatamos del ausentismo en el personal de enfermería y sus implicaciones en el equipo de trabajo para el cuidado de los pacientes y los efectos en la salud de la enfermera.

Se cuenta con la herramienta de la metodología de la investigación y los pasos del método científico para realizar una observación, construcción de un marco teórico una así como el planteamiento del problema y las hipótesis.

Coparticipando en los cuidados de los pacientes se realizando las observaciones en el personal de enfermería, al que se le solicito su consentimiento informado para este trabajo y que apoyo la investigación en las entrevistas realizadas sobre los indicadores de enfermera paciente, las cargas de trabajo así como el tiempo requerido para la aplicación de sus cuidados a los pacientes asignados y el estado emocional durante su jornada de trabajo y en su hogar.

No se aplicaron encuestas por la premura de la investigación y por tratarse de una tesina.

Población de estudio.

Enfermeras y enfermeros del servicio de medicina interna hombres en el turno matutino

Universo de trabajo

Servicio de medicina interna.

Tiempo de ejecución.

20 de mayo de 2016- 22 julio de 2016

ASPECTOS ÉTICOS.

Según la declaración de Helsinki, publicada por primera vez por la asociación Médica Mundial en 1964, la cual se considera como primera norma internacional para la investigación biomédica. En su última modificación en 2001, afirma que la investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la población se realiza, podrá beneficiarse de los resultados de la investigación. Por lo que en este estudio se cuidó siempre el bienestar de los participantes sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

Por lo que los resultados obtenidos de esta investigación no afectan la integridad psicoafectiva de los participantes, ya que fue hecho en forma anónima y confidencial el manejo de la información obtenida y con el consentimiento de los participantes. Incluyo formato de consentimiento informado.

APORTACIONES O BENEFICIOS GENERADOS PARA EL INSTITUTO.

Este estudio aportará conocimiento sobre enfermedades psicológicas que afectan en el desempeño laboral y cotidiano de las enfermeras y enfermeros del Hospital”.

También ayudará a disminuir el absentismo y a mejorar la atención que se brinda en el servicio de medicina interna hombres, porque se tendrá mayor conocimiento

y gracias esto se considerarán nuevas formas de trabajo en el área antes mencionada.

5. CONTENIDO TEMÁTICO (CAPÍTULOS)

5.1 RESUMEN.

De forma frecuente, los trabajadores de enfermería tienen condiciones inadecuadas de trabajo provocando serios problemas de salud, que puede ser de naturaleza física o psicológica, trastornos alimenticios, de sueño, de necesidades fisiológicas, de fatiga, daños a los diversos sistemas corporales, disminución del estado de alerta, estrés, desorganización del medio familiar y neurosis, situaciones que muchas veces pueden llevar a accidentes laborales, y en consecuencia a licencias para tratamientos de salud.

Los riesgos para la salud relacionados con el trabajo, dependen del tipo de actividad profesional y de las condiciones en que éstas son desempeñadas. El ambiente de trabajo, como variable social, puede ser una fuente importante de sufrimiento mental.

Factores del ambiente laboral que se relacionan al proceso de salud-enfermedad son: ruido, iluminación inadecuada, temperaturas extremas, vibración, estética, higiene y cuidado. Como factores relacionados a la organización del trabajo fueron indicados el contenido de la actividad, el horario de trabajo, sobrecarga o la poca carga física y mental en el trabajo, participación y compromiso, relaciones interpersonales, ritmo y presión en el trabajo y dificultad para ascenso en las funciones, debida a la poca aparición de cargos y mejores sueldos.

El ausentismo para el caso de enfermería es una fuente de preocupación, pues desorganiza el servicio, genera insatisfacción y sobrecarga entre los trabajadores; en consecuencia disminuye la calidad de la asistencia brindada al paciente.

5.2 ANTECEDENTES

ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL

El Hospital General “Gral. José Ma. Morelos y Pavón” inició su funcionamiento el 01 de agosto de 1988 y fue inaugurado oficialmente el 27 de octubre de 1988, como respuesta a la pérdida de infraestructura hospitalaria durante los sismos de 1985 y con el propósito primordial de satisfacer la demanda cada día mayor, derivada por el significativo crecimiento demográfico de la zona oriente de la Ciudad de México y su área conurbada, por lo que el Sistema Institucional de Servicios de Salud, dentro de su programa de extensión de cobertura, autorizó su construcción (1986).

A partir del 16 de Abril de 2006 la Lic. Enf. Ma. Luisa Moreno Troncoso asume la jefatura de enfermería. En este año se inicia la obra de ampliación de los servicios de Urgencias y Unidad Toco-quirúrgica. Por lo tanto el hospital amplía su capacidad a 100 camas censables y 42 no censables, teniendo una plantilla real al término del año de 210 enfermeras ubicadas en seis turnos con ampliación de la jornada laboral a 8 horas a partir del 01 de noviembre de 2006).

Con el fortalecimiento del Hospital se incrementa el área física de 436.74m² a 676.74m². En diciembre del 2007, el Consejo de Salubridad General otorgó la certificación No. 442 a esta unidad hospitalaria, con base en el dictamen emitido por la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud, la cual realizó la evaluación de criterios de estructura, proceso y resultados. Esta certificación tiene una vigencia del 4 de diciembre del 2007 al 4 de diciembre del 2010.

Hospital General:

- Contando con las 4 especialidades básicas (Cirugía Gral. Medicina Interna, Pediatría y Gineco - Obstetricia)

Nivel de atención de programas prioritarios:

- Segundo Nivel

Dentro de la estructura la jefatura se encuentra en el edificio “a” primer piso.

Área de gobierno:

- Dirección, subdirección médica, subdirección administrativa, coordinación de enseñanza e investigación, enseñanza en enfermería (biblioteca), jefatura de enfermería y finanzas.

MISIÓN

Mejorar el nivel de salud del derechohabiente y su familia, mediante acciones de prevención, detección oportuna, tratamiento médico quirúrgico, otorgando a los pacientes atención médica- hospitalaria de segundo nivel, de manera oportuna, con calidad y alto sentido humano, satisfaciendo sus necesidades y expectativas, con máximo beneficio, al menor riesgo y costo optimizado.

VISIÓN

Constituir una unidad hospitalaria, con capacidad resolutive adecuada al nivel operativo que posee dentro del Sistema Institucional de Atención a la Salud, con tecnología de vanguardia y con recursos físicos, técnicos, y humanos de alta calidad, excelencia y con alto sentido humanístico.

VALORES

- HONESTIDAD
- HUMANISMO
- EFICACIA
- COMPROMISO
- EXACTITUD
- CUMPLIMIENTO
- EFICIENCIA

- PRECISIÓN
- COMUNICACIÓN
- ORGANIZACIÓN
- HONRADEZ
- VERACIDAD
- ADECUACIÓN
- PROMOCIÓN
- AUTOSUFICIENCIA
- PUNTUALIDAD

POLÍTICAS

- Se incrementarán las acciones técnicas, administrativas y de investigación en favor de la salud individual y colectiva.
- Se preservará y mejorará la salud mental de la población especialmente en niños y jóvenes.
- Se protegerá la salud de grupos de población económicamente activa de la zona de afluencia hospitalaria.
- Se continuará con ritmo creciente los programas de higiene, saneamiento y mejoramiento del ambiente.
- Se disminuirán las enfermedades transmisibles.
- Se ampliará la cobertura y eficiencia médica.
- Se extenderán los servicios de planificación familiar y medicina preventiva a toda la población que la demande.
- Se promoverán las relaciones humanas positivas en el equipo multidisciplinario.

En el Hospital General “General José María Morelos Y Pavón” se brinda atención de calidad a personas derechohabientes, en este servicio se atiende todo padecimiento que sufre la población que no puede resolverse en unidad de medicina familiar; logrando así mejorar la calidad de vida, proporcionando cuidados específicos.

- ✓ El servicio de hospitalización incluye especialidades como medicina interna, cirugía general que abarca trauma y ortopedia, angiología, por mencionar algunas. Está dividido en hombres y mujeres. El área de hombres está compuesta por 38 camas censables para 4 enfermeras operativas y 1 jefa de servicio encargada de actividades administrativas.

El grado académico del personal es variable y va desde enfermera general, hasta enfermera especialista.

Aproximadamente el promedio de pacientes por enfermera es de 5 a 7 pacientes durante el turno.

Las patologías con mayor incidencia en este servicio son:

- Insuficiencia renal crónica
- Diabetes mellitus tipo 2
- Hipertensión arterial
- Sangrado de tubo digestivo alto
- Anemia
- Amputación supracondílea
- Artroscopia de rodilla
- Colecistitis crónica litiásica
- Apendicitis.

Antecedentes bibliográficos

En 1977 Cristina Maslach, Psicóloga social estudió las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda y calificó a los afectados de una afección llamada “sobrecarga emocional”. Esta autora describió el síndrome en tres categorías: despersonalización, agotamiento emocional y baja realización personal. Esta sintomatología ocurre entre individuos que trabajan en contacto directo con personas o pacientes donde hay un agotamiento emocional excesivo. De hecho, la teoría establecida sobre el Síndrome de Burnout manifiesta que el síndrome se considera un trastorno adaptativo crónico, en asociación con las demandas psicosociales de trabajar directamente con personas. Se requieren al menos seis meses de período desadaptativo o puede ocasionarse tanto por un excesivo grado de exigencias, como por escasez de recursos.

Así, se ha observado que el Síndrome de Burnout tiene 4 dimensiones básicas: Fisiológicas, Psicológicas, Conductuales y Laborales, que se presentan con frecuencia entre los profesionales cuyo trabajo está orientado al servicio directo hacia otras personas. Ej. Enfermeras

El personal de Enfermería tenía angustia, estrés, ansiedad, tensión emocional cuando el trabajo aumenta. Dicen las Enfermeras estar “agotadas” físicamente con insuficiencia venosa importante y muy cansadas, la enfermeras de áreas de hospitalización presentan problemas de carácter Psicológico y Fisiológico. Ante estos indicios, es contundente afirmar que el personal de Enfermería que trabaja en hospitales y que está sometido a un elevado nivel de estrés, angustia, cansancio, ansiedad, sobrecarga de trabajo, trabajo insatisfactorio, etc. tiene un problema de salud lo que implica la baja calidad de la prestación del servicio.

5.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El trabajo de enfermería en medicina interna con pacientes dependientes en su cuidado implica un trabajo físico y emocional que se exagera con el absentismo del personal de enfermería repercutiendo en un incremento de sus actividades laborales, que provoca daños en su salud, como son ansiedad, estrés, síndrome de burnout.

El trabajo que realiza la enfermera es de alta complejidad, ya que lo realiza directamente con la persona que tiene afectadas las necesidades y requieren de una enfermera que supla el autocuidado en forma dependiente o independiente. En nuestro país los mexicanos tenemos derecho a la salud como lo estipula el artículo IV de la constitución que está a cargo del sector salud , que en su gestión lo hace a través de empresas públicas o privadas, las personas que laboran para el gobierno , tienen en la seguridad social al ISSSTE que en la dependencia gubernamental otorga el servicio médico que requieren de instalaciones de salud donde las enfermeras brindan el cuidado con calidad, basada en conocimientos teóricos y prácticos, normas, estándares y metas internacionales.

Se ha visto que el exceso no carga de trabajo cada vez es más frecuente, se evidencia en los comentarios del personal cuando refiere aumento de la T/A, cansancio, distracción, que incrementa el ausentismo., que varía de acuerdo al turno, en el matutino existen más actividades como estudios de laboratorio o gabinete, asistencia en la necesidad de higiene, surtir medicamentos, curaciones que en los turnos vespertino y nocturno y de jornada acumulada no se realizan.

5.4 JUSTIFICACIÓN

El perfil del egresado de la licenciatura en enfermería y obstetricia de la (E.N.E.O.) tiene como algunas de sus habilidades intelectuales el pensamiento crítico, toma de decisiones en el cuidado y la búsqueda de nuevos conocimientos para poder brindar una mejor atención a la persona o comunidad, mejorar la calidad de la atención, ya sea que se encuentre para mejorar la salud o ayudar a recuperarla.

Una de sus tantas capacidades es el utilizar la metodología de la investigación en enfermería, como herramienta de conocimiento para describir, explicar y predecir ciertos fenómenos relacionados con el cuidado de la salud en el ciclo vital humano.

Tomando en cuenta estos puntos se decidió realizar esta investigación porque se observó que las consecuencias que se presentan cuando las enfermeras se ausentan en sus áreas laborales repercuten en sus compañeras y en la persona a la que se le está brindando el cuidado dentro del hospital.

Esto es de suma importancia, ya que la enfermera también es un ser humano que brinda cuidados a otras personas y que si vemos en lo que derivan estas consecuencias veremos que igual que a las personas que atienden ellas

5.5 HIPÓTESIS.

Problemas físicos y emocionales como el estrés, ansiedad, síndrome de burnout tienen efectos que se derivan del absentismo en las enfermeras del servicio de medicina interna del Hospital General “General José María Morelos Y Pavón” del ISSSTE

5.6 OBJETIVO GENERAL.

- Identificar en las enfermeras los signos y síntomas físicos y emocionales provocados por las cargas de trabajo en el desempeño de su trabajo y su salud para proponer estrategias que permitan al personal de enfermería identificar el efecto en su salud el trabajo dedicado al cuidado del otro, y practique medidas de higiene mental, nutricional, de recreación y descanso.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Analizar las consecuencias de la sobrecarga de trabajo en enfermería
- Reconocer los efectos del absentismo en las enfermeras
- Analizar las causas más comunes que influyen en el absentismo
- Obtener la carta de liberación del servicio social por parte del Hospital General "General José María Morelos Y Pavón".

5.8 MARCO TEÓRICO.

CUIDADO DE ENFERMERÍA

Todas las personas cuidan y esta actividad humana, ha sido entre otras una expresión de cariño, de amor a otros, significa interés, preocupación, afecto, ayuda, compasión. Enfermería se refiere a aquellos actos de asistencia, de soporte, de ayuda, de conservación de la salud

1 Se entiende por CUIDADO todas las acciones que realiza el profesional de Enfermería con el fin de incentivar o potencializar los recursos individuales y colectivos de la persona o del (los) grupo (s) a que pertenece, de manera que se constituya en un agente central, activo, decidido y autónomo de su propia salud. Torres considera que el cuidado de Enfermería, como actividad profesional, está mediado por rasgos humanos y por componentes científicos y tecno-instrumentales. Afirma que el desafío actual de la Enfermería es desarrollar y mantener la dimensión humana del cuidado pues nos encontramos "en una sociedad cuyos valores están centrados en la tecnología, el dinero, la estrategia del mercado y las organizaciones administrativas eficientes donde la dignidad humana parece no tener la misma dignidad"

Abdellah define Enfermería como un servicio a los individuos, familias y sociedad, es hacer algo para la persona y su familia, o suministrar información a éstas para identificar sus necesidades, elevar o restablecer la capacidad de autoayuda o aliviar el sufrimiento. Apoya el método holístico de asistencia centrada en el paciente y a necesidad de conceder más importancia a los factores del entorno y a la promoción de la salud.

Ernestine Wiedenbach centra su teoría en las interacciones entre la Enfermera y el paciente a quien define como “cualquier individuo que recibe ayuda de cualquier tipo, bien sean cuidados, instrucciones o avisos procedentes de un profesional de la salud, en este caso la Enfermera, por lo tanto para ser un paciente no se necesita estar enfermo”. Considera que tanto la Enfermera como el paciente son seres humanos, dotados de potenciales únicos, que luchan por la autodeterminación y que como tal actúan, piensan y sienten. Plantea además, que la Enfermera cuya actividad está dirigida a prestar cuidado de acuerdo a la necesidad de ayuda identificada en el paciente, debe aprender a disciplinar sus pensamientos y sentimientos.

Virginia Henderson basada en sus estudios, experiencias e investigaciones define la Enfermería en términos funcionales, para ella la función de la Enfermera es ayudar al individuo enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios.

Lydia Hall, su planteamiento acerca de Enfermería se centra en tres componentes: Cuidado, introspección y curación. Para ella cuidado significa alimentar y se refiere a la asistencia corporal íntima del paciente y lleva implícita una relación reconfortante y educativa. Introspección se refiere a la utilización terapéutica del YO en la comunicación con el paciente; en este sentido la Enfermera debe pensar antes de preguntar y ayudar al paciente a aclarar sus necesidades y objetivos, facilitando el proceso de autoconocimiento. Curación es el componente de la Enfermería relacionado con la administración de medicamentos y tratamientos prescritos por el médico o por otros profesionales. Hall considera que los tres componentes están

interrelacionados, y un componente precede los otros dos en diferentes momentos del progreso del paciente.

Myra Levine ve la Enfermería como una interacción humana donde existe dependencia de los individuos unos a otros. Enfatiza que las interacciones y las intervenciones de Enfermería tienen como fin “conservar la unidad y los recursos individuales que cada persona que se encuentra en dificultades aporta a la situación”. Utiliza cuatro principios de conservación para describir las acciones de Enfermería: Conservación de la energía, conservación de la integridad estructural, conservación de la integridad personal relacionada con la autoestima y el sentido de la identidad y conservación de la integridad social. En este sentido, para Levine la vida adquiere significado a través de los grupos sociales y por tanto la salud está determinada socialmente. Jean Watson en su libro: *Human Science and Human Care. A Theory of Nursing* (1985, reedición 1988) considera que el cuidado es la esencia del ejercicio profesional de la Enfermería y que el objetivo del mismo es “facilitar que las personas adquieran un grado superior de armonía entre la mente, el cuerpo y el alma; que dé lugar a los procesos de autoconocimiento, autorreferencia, autocuración y autoasistencia”. Afirma que este objetivo se logra mediante un proceso de relación interhumana y mediante actividades de asistencia que faciliten el desarrollo de los pacientes en el ámbito de la promoción de la salud mediante acciones preventivas. En la reedición de su libro (1988) analiza los aspectos relacionados a los valores del cuidado humano en Enfermería y afirma “El cuidado humano puede ser demostrado efectivamente y ser practicado solo de manera interpersonal. El proceso humano intersubjetivo mantiene vivo un sentido común de humanidad, él nos enseña cómo ser humanos al identificarnos nosotros mismos con los demás de manera tal que la humanidad de cada uno se refleje en el otro”⁸ Patricia Benner describe Enfermería como una relación de asistencia en la cual se crea la posibilidad de dar y recibir ayuda, su ciencia está guiada por el arte moral, la ética de la asistencia y por la responsabilidad. Entiende el ejercicio profesional de la Enfermería como la asistencia a la persona y el estudio de sus experiencias vividas de salud, dolencia y enfermedad y las relaciones que existen entre ellas. Benner retoma la descripción fenomenológica de Heidegger sobre la

persona “Una persona es un ser que se interpreta así mismo, es decir la persona no se incorpora al mundo predefinida, sino que se define a lo largo de la vida...” Callista Roy. Moreno hace un análisis del Modelo de Adaptación de Roy y destaca que los supuestos filosóficos del mismo se asocian con los principios del humanismo y de la veritivity.⁹ El humanismo considera esencial conocer y valorar todas las dimensiones de la persona. Roy considera que las personas como individuo o en grupos comparten un poder creativo, su existencia tiene un propósito, poseen un holismo intrínseco, buscan mantener la integridad y se dan cuenta de la necesidad de mantener relaciones con los demás. Veritivity es un término acuñado por Roy y hace referencia al propósito común de la persona humana que trasciende hacia lo espiritual, a la actividad y creatividad que busca el bien de todos y al valor y significado de la vida.

Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Vol 4. No. 2 Año 4 Mayo- Agosto 2007

Al considerar que el cuidado es la expresión del trabajo amoroso, científico y técnico, que la enfermera realiza junto con la persona, con el propósito de desarrollar sus potencialidades, para construir formas de bienestar, mantener la vida, recuperar la salud o preparación para la muerte, que ocurre en los diferentes escenarios donde atiende a la persona que piensa, siente, quiere, desea, tiene alegrías, tristezas, objetivos y planes que le posibilitan su autorrealización como profesional, la realización de su trabajo el cuidado implica el análisis de los propósito de la vida humana, de la naturaleza del ser y de la realidad, de los valores presentes en el cuidado y el discernimiento intelectual para el bienestar de la persona.

La característica fundamental del cuidado es el origen de la vida, la dignidad de la misma que conlleva al respeto y a la búsqueda del bienestar, por ello el cuidado humano es ayudar a otro a crecer, independientemente de quien sea.

“cuídate a ti mismo” representa una visión ética ontológica en donde la reflexión de la libertad implica el cuidado de sí, además de ser manifestación y constitución del ser; cuidar de sí es conocerse, formarse y superarse a sí mismo para poder asumir ciertas reglas y principios establecidos en la moral que conducen a la verdad.

El hombre libre que cuida de sí mismo como es debido está en condiciones de relacionarse adecuadamente con los demás, quien cuida de sí mismo, sobre lo que hace, sobre el lugar que ocupa entre los demás hasta el punto de saber cuáles son sus deberes, llegará a tener una relación adecuada con el grupo social al que pertenece. Desde este punto de vista, en enfermería, el cuidado de sí es una acción sustantiva para poder cuidar a otros como apunta Collière, cuando señala que hay tres tipos de cuidado: el cuidado de sí mismo, el cuidado del otro y el cuidado con otros, lo que significa que, para poder cuidar a los demás, es necesario desarrollar la conciencia de atender las necesidades propias.

Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. Sofía Rodríguez Jiménez, Margarita Cárdenas Jiménez, Ana Laura Pacheco Arce, Margarita Ramírez Pérez

MASLOW: TEORÍA DE LAS NECESIDADES BÁSICAS Y DE LA ESENCIA HUMANA

La teoría de la jerarquía de las necesidades humanas es presentada como parte de una teoría de la motivación, Maslow señala que las necesidades que usualmente son tomadas como el punto de partida para la teoría de la motivación son los llamados impulsos fisiológicos.

Estas necesidades fisiológicas son las más potentes, las más poderosas de todas las necesidades. Esto significa, que una persona que carece de alimento, seguridad, amor y estima, sentirá sobre todo la urgencia del alimento, más que ninguna otra cosa. Si todas las necesidades están insatisfechas, y el organismo está dominado por las necesidades fisiológicas, todas las demás necesidades se vuelven inexistentes o son empujadas al traspasado.

Las necesidades de seguridad.

Cuando las necesidades fisiológicas están relativamente bien satisfechas, surge un nuevo conjunto de necesidades, que podemos categorizar como las necesidades de seguridad (seguridad, estabilidad, confianza, protección, ausencia de temor, ansiedad y caos; necesidad de estructura, orden, ley y límites). El organismo puede estar igualmente dominado por éstas. Cuando ello ocurre, la situación es similar a la descrita para las necesidades fisiológicas. Otra vez, la sociedad pacífica, estable, la buena sociedad, hace que sus miembros se sientan suficientemente seguros, por lo cual no tienen ninguna necesidad de seguridad como motivación actuante. Si queremos ver, las necesidades de seguridad directa y claramente tenemos que voltear la vista hacia los individuos neuróticos o semi neuróticos, a los débiles económica y socialmente, o si no al caos social, la revolución o la quiebra de la autoridad. En condiciones normales, la necesidad de seguridad se expresa en la preferencia por los trabajos de planta, el ahorro y por los seguros de todo tipo. También se manifiesta como una preferencia a lo conocido, a tener una religión o filosofía que organice el universo y la sociedad en un todo coherente.

Las necesidades de seguridad pueden volverse muy urgentes en la escena social, cuando hay amenazas reales a la ley, al orden, a la autoridad. La amenaza de caos puede esperarse que produzca en la mayoría de los seres humanos una regresión de las necesidades más elevadas donde se encontraban a las necesidades más prepotentes.

Una reacción común, casi esperada, es que acepten un gobierno militar o una dictadura.

Esto es cierto de todos los seres humanos, incluyendo los sanos, pero en mayor medida de quienes viven cerca del nivel de seguridad.

Las necesidades de pertenencia, afecto y amor

Cuando están insatisfechas, la persona anhela relaciones con las personas en general, lograr un lugar en el grupo o en la familia, y se afanaba con gran intensidad para alcanzar tales propósitos. Lograr tal lugar importará más que ninguna cosa en el mundo. Los dolores de la soledad, del ostracismo, del rechazo, de la falta de amistad y de raíces se vuelven preeminentes. Solemos subestimar la profunda importancia del barrio, del territorio propio, del clan, de los nuestros, de nuestra clase, nuestra pandilla, nuestros colegas del trabajo. Hemos olvidado nuestras profundas tendencias animales a la manada, al rebaño, a unirnos, a pertenecer. Cualquier sociedad buena debe satisfacer esta necesidad, de una u otra manera, si ha de sobrevivir y ser sana.

La frustración de estas necesidades es el núcleo más común del inadecuado ajuste (social) y de patología severa. El amor no es sinónimo de sexo. Éste puede ser estudiado como una necesidad puramente fisiológica, aunque la conducta sexual humana es multideterminada, no sólo por la necesidad sexual sino también por la de afecto y amor. Las necesidades de amor involucran dar y recibir amor.

Las necesidades de estima

Todas las personas en nuestra sociedad (con algunas excepciones patológicas) tienen necesidad o deseo de una evaluación estable de ellos mismos, firmemente sustentada, usualmente alta, de respeto por sí mismos o autoestima, y de la estima de otros. Por tanto, este grupo de necesidades puede clasificarse en dos subconjuntos: Primero, los deseos de fuerza, logro, adecuación, maestría y competencia, confianza en sí mismos, independencia y libertad. Segundo, la necesidad de reputación o prestigio (definiéndose como el respeto o estima de otras personas), estatus, fama, y gloria, reconocimiento, importancia, autoridad, dignidad y apreciación. La satisfacción de la necesidad de autoestima conduce a sentimientos de autoconfianza, valía, fuerza, capacidad y adecuación, de ser útil y necesario en el mundo.

Y la frustración de estas necesidades produce sentimientos de inferioridad, debilidad e impotencia. Estos sentimientos llevan a la desesperanza o bien a tendencias neuróticas compensatorias. Hemos aprendido más y más de los peligros de basar la autoestima en las opiniones de los demás, más que en la capacidad real. La más estable y, por tanto, más sana autoestima proviene del merecido respeto de otros y no de la fama.

Las necesidades de autorrealización.

Aun cuando todas las necesidades previas sean satisfechas, esperaríamos que con frecuencia un nuevo descontento e intranquilidad se desarrollaran, a menos que el individuo esté haciendo lo que individualmente es apto para hacer. Los músicos deben hacer música, los artistas deben pintar, los poetas escribir si han de estar en paz consigo mismos. Lo que los humanos pueden ser, deben ser. Deben ser fieles a su propia naturaleza. A esta necesidad le podemos llamar autorrealización. Este término se refiere a los deseos de hacer real (realizar) lo que potencialmente es. El deseo de volverse más y más lo que uno idiosincrásicamente es, volverse todo lo que uno es capaz de ser.

Las necesidades cognitivas

Éstas no son importantes en la clínica y, por tanto, se sabe muy poco de ellas.

Maslow indica que ha mencionado las necesidades cognitivas de paso al verlas como técnicas para lograr seguridad básica en el mundo y, para la persona inteligente, como expresión de su autorrealización; también mencionó la libertad de información e investigación como pre-requisito de la satisfacción de necesidades. En su opinión, existen determinantes positivos para postular la existencia de impulsos positivos per se para satisfacer la curiosidad, saber, explicar, entender:

1. La curiosidad aparece desde los simios

2. Ejemplos históricos de la búsqueda de la verdad incluso poniendo en peligro la vida.
3. Los individuos sanos sienten atracción por lo misterioso, lo desconocido, lo inexplicado, mientras lo muy conocido produce aburrimiento.
4. Probablemente hay efectos psicopatológicos cuando las necesidades cognitivas quedan insatisfechas. Cuando personas inteligentes llevan vidas estúpidas en trabajos estúpidos, suelen aparecer los síntomas de aburrimiento, depresión, deterioro intelectual y de los gustos, etc. Relata Maslow que ha visto muchas mujeres inteligentes, prósperas y desocupadas, que lentamente van desarrollando estos síntomas de inanición intelectual.
5. Las necesidades de saber y entender se aprecian en la infancia tardía y en la niñez, quizás con más fuerza que en la adultez. Los niños no tienen que ser enseñados a ser curiosos, pero sí pueden ser enseñados, por la institucionalización, a no serlo.

Finalmente, la satisfacción de los impulsos cognitivos es subjetivamente satisfactoria y produce la revelación o nuevas percepciones usualmente un momento emocional brillante, feliz.

Considerando la superación de obstáculos, la presencia de patología cuando se frustra, su presencia en varias especies y en todas las culturas, la necesidad de su gratificación como prerrequisito para el más pleno desarrollo de las potencialidades humanas, su fuerte presencia en los primeros años de vida, Maslow postula la existencia de una necesidad (o deseo) cognitiva básica que comprende la necesidad de entender, sistematizar, organizar, analizar, buscar relaciones y significados y construir un sistema de valores.

Estas necesidades se organizan en una pequeña jerarquía adicional de prepotencia, relacionada con la anterior pero no incluida en ella, en la cual el deseo de saber es prepotente sobre el deseo de entender. Maslow termina este texto

advirtiéndonos sobre la inconveniencia de separar las necesidades cognitivas de las conativas (referentes a los impulsos psíquicos, al esfuerzo involucrado), ya que las necesidades cognitivas son también conativas (impulsivas) y son también necesidades de la personalidad.

Las necesidades estéticas

La experiencia clínica, aunque limitada a pocos casos, muestra que en al menos algunos individuos hay una necesidad estética: la fealdad los enferma (de manera especial) y si la belleza los rodea se curan; sólo la belleza satisface sus anhelos. Se manifiesta casi universalmente en los niños sanos y se encuentran evidencias de este impulso en todas las culturas, incluso tan lejanas como los moradores de cuevas.

El esquema completo de necesidades de Maslow consistiría, por todo lo dicho antes, de la libertades sociales como prerrequisito para la satisfacción de todas las necesidades, una jerarquía formada por cinco niveles (fisiológicas, de seguridad, afectivas, de estima y de autorrealización), las necesidades cognitivas, que tendrían su propia jerarquía (saber y entender), y las necesidades estéticas.

EL ABSENTISMO LABORAL Y ENFERMERÍA

Las consecuencias del ausentismo laboral, desde el punto de vista de la organización, impide operar a ésta con efectividad y eficiencia. En efecto, ocasiona numerosos problemas en la organización, ya que la sustitución del personal ausente requiere adiestrar a nuevos empleados o hacer horas extraordinarias para compensar el trabajo no realizado, pero hay que tener en cuenta que la simple sustitución de un empleado por otro, no resuelve las consecuencias negativas que el ausentismo ocasiona, debido a la familiaridad, conocimientos y práctica con que los empleados veteranos ejecutan su trabajo, a esto hay que añadir las quejas,

protestas, agravios comparativos, accidentes laborales, disminución de productividad y calidad, los paros o huelgas, cansancio por la sobrecarga de trabajo, que el absentismo recurrente genera.

Las tasas de ausentismo laboral crecen ante la fatiga, las tareas rutinarias, repetitivas y parcializadas que disminuyen el interés y la motivación, que llevan a una situación de alienación, de la que intenta evadirse.

A continuación veremos en qué aspectos de la persona daña el estrés laboral y posteriormente se hablarán de patologías que desencadena este mismo.

Daños fisiológicos

El ausentismo laboral en el personal de enfermería, se presenta al igual que en otros grupos. En el ambiente laboral de los servicios de hospitalización, sala de emergencias, servicio de ginecología, servicio de cirugía, servicio de traumatología, entre otras áreas; se visualizan condiciones que influyen negativamente en la salud del personal.

Cuestiones como la sobrecarga de trabajo, los cambios frecuentes de turno, las jornadas prolongadas, el personal escaso o poco orientado respecto a las actividades propias del servicio: rutinas, normas, planes y programas, así como la falta de motivación, apoyo, remuneraciones, indemnizaciones y las contrataciones laborales en que el personal se desempeña han incidido en el ausentismo generado en el ambiente de trabajo y como variable social, puede ser una fuente importante de sufrimiento mental.

Factores del ambiente laboral que se relacionan al proceso de salud-enfermedad son: ruido, iluminación inadecuada, temperaturas extremas, vibración, estética, higiene y cuidado.

Como factores relacionados a la organización del trabajo fueron indicados el contenido de la actividad, el horario de trabajo, sobrecarga física y mental,

participación y compromiso, relaciones interpersonales en el área laboral, ritmo, presión y dificultad para ascenso en las funciones debida a la poca aparición de cargos y mejores sueldos.

El ausentismo para el caso de enfermería es una fuente de preocupación, pues desorganiza el servicio, genera insatisfacción y sobrecarga entre los trabajadores; en consecuencia disminuye la calidad de la asistencia brindada al paciente.

ANTECEDENTES DE INDICADOR ENFERMERA - PACIENTE

El antecedente más fidedigno sobre el origen de los indicadores enfermera – paciente que actualmente operan en el Sistema Nacional de Salud (SNS) se encontró en un estudio de sombra realizado en una institución de la seguridad social en la década de los 80's, por un grupo de expertos en enfermería.

De la medición de estos tiempos resultaron dos datos: los indicadores horas enfermera – paciente y la constante aplicada en la fórmula para el cálculo de personal, representando esta última el tiempo de jornada efectiva de trabajo que utiliza el personal de enfermería para los cuidados directos y las actividades indirectas que realiza, independientemente de la jornada laboral contratada.

INDICADOR ENFERMERA - PACIENTE PARA MEDICINA INTERNA

Solo se tomó como indicador el servicio de M.I. a pesar de que en este servicio del H.G.G.J.M.M. y P. se atienden pacientes de las especialidades de nefrología, angiología y cirugía general entre otras.

Según los indicadores enfermera - paciente, en el servicio de M.I el índice debe ser el siguiente:

Indicadores

Horas enfermera-paciente en 24 horas

Especialidades médicas	Estándar	
	De	A
Alergología e Inmología	3.0	3.4
Cardiología	3.0	3.4
Dermatología	3.0	3.4
Endocrinología	3.0	3.4
Hematología	4.0	4.8
Infectología	4.0	4.8
Medicina Interna	4.0	4.8
Nefrología	3.0	4.8

ANSIEDAD

La palabra ansiedad viene del latín *anxietas* derivado de *angere* que significa estrechar, y se refiere a un malestar físico muy intenso, que se manifiesta principalmente por respiración anhelante. La ansiedad se presenta ante estímulos que el sujeto percibe como potencialmente peligrosos. Es la respuesta ante una situación imaginada, que no está sucediendo ahora mismo, sino que es algo que va a ocurrir o que crees que podría ocurrir en el futuro y que es interpretada como una amenaza, que puede ser tanto física, como psicológica.

Una definición aceptable de ansiedad sería: “un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, desplacer y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto”. En un ámbito descriptivo, podemos distinguir tres áreas en las que repercute la ansiedad sobre las personas.

1.- área cognitiva: temor, espera de un peligro, sentimientos pesimistas, preocupación por el futuro, malestar difuso, mal funcionamiento de la atención, memoria, concentración, etc.

2.- área conductual o relacional: irritabilidad, inquietud, temblores, discusiones, tensión familiar y ambiental, etc.

3.- área somática: hiperactivación vegetativa.

MIEDO

El miedo es una emoción que surge ante una situación real (que estás viviendo) y la interpretas como peligrosa.

El miedo o temor pasan por tres etapas que son:

1.- Cognitivos/subjetivos: Pensamientos e interpretaciones sobre lo que percibimos

2.- Activación del SNS (incremento del ritmo cardiaco, respiración, dilatación de pupilas, incremento de la respiración, del flujo sanguíneo a los músculos, etc).

3.- Conductuales: Algo que hacemos (huir o luchar)

Con esto podemos ver que el miedo es una respuesta adaptativa imprescindible para salvaguardar la integridad del individuo y para asegurar la sobrevivencia de la especie y la respuesta incluye síntomas neurovegetativos, conductuales, cognitivos y vivenciales. Por el contrario, la ansiedad se produce cuando miras al futuro y piensas que vas a vivir una situación que crees que tendrá terribles consecuencias para ti, ya sea que, esa situación (la que desencadena el miedo) esté ocurriendo o no. Un ejemplo más claro es el que nos muestra la tabla 1.

Tabla 1. Diferencias entre miedo y ansiedad.

Variable/tipo de emoción	Miedo	Ansiedad
Respuesta fisiológica	Activación vegetativa	Activación vegetativa
Respuesta psicológica	Huida y/o afrontamiento	Alteraciones cognitivas y/o conductuales
Estímulo provocador	Concreto, real y peligroso	Difuso, subjetivamente peligroso. A veces inexistente

Tipo de respuesta	Reactiva y transitoria	Generalizada y duradera
Respuesta de los otros	Compartida	No compartida

DEPRESIÓN

Definición La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo se suele plantear a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas (culpa, hipocondría, ruina...) alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas. La base para distinguir estos cambios patológicos de los ordinarios, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, y el grado de deterioro funcional y social. Muchos casos de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, aunque resulte difícil establecer su autonomía diagnóstica respecto a otras entidades psicopatológicas. Así, por ejemplo, frecuentemente se percibe el

trastorno depresivo asociado a ansiedad con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones. La depresión también puede concurrir con el abuso de alcohol y otras sustancias, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas.

También es frecuente su asociación con trastornos de la conducta alimentaria y algunos trastornos de la personalidad. Además, es más común entre personas con enfermedad física crónica y la relación entre ambas es recíproca, ya que los problemas físicos pueden exacerbar la depresión y a su vez la depresión puede afectar negativamente al curso de la patología física. La depresión también es un factor de riesgo para algunas patologías físicas, como es el caso de las enfermedades cardiovasculares

EPIDEMIOLOGÍA

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en todo el mundo, y su prevalencia es de 8 - 12%. Las enfermedades neuropsiquiátricas se colocaron entre las que más carga representa en la escala mundial. Se atribuyó a estas enfermedades el 10% de la carga global de la enfermedad (estimando que aumentará hasta el 15% para el 2020).

La Encuesta Nacional De Epidemiología Psiquiátrica (E.N.E.P) proporcionó las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales. Se estimó que el 8.4% de la población ha sufrido, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (D.S.M. IV, pos sus siglas en inglés), un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24.

En México, se han identificado 17% de mujeres en comparación con el 8.5% de hombres con síntomas de depresión. Aunque otro estudio realizado en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en la CDMX, calculan su presentación del síndrome depresivo en la población general, de 10 a 25% de las mujeres de 5 a 12% en los hombre la padecen alguna vez en la vida y actualmente su incidencia

en la población adulta es de 5 al 9% en las mujeres y de 2 a 3% en los hombres (APA, DSM-IV, 1994).

FACTORES DE RIESGO

La depresión es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. Se desconoce el peso de cada uno de ellos en relación a las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla. La investigación de los factores de riesgo de la depresión cuenta con algunas limitaciones: primero, es difícil establecer diferencias entre los factores que influyen en el inicio y/o el mantenimiento de la depresión; segundo, muchos de los factores de riesgo interactúan de tal manera que podrían ser causas o consecuencias de la misma. Además, pocos estudios han valorado su grado de influencia. Las variables que incrementan el riesgo de depresión se pueden clasificar en factores personales, sociales, cognitivos, familiares y genéticos.

Factores personales y sociales

La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta. Además, aunque la depresión es una importante causa de discapacidad tanto en hombres como en mujeres, se ha estimado que la carga de la depresión es 50% más alta en las mujeres que en los hombres. Las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales y la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco, también son factores de riesgo importantes.

Los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor y probablemente, aumentan la posibilidad de desarrollar depresión ante los acontecimientos adversos de la vida. También se asocian a otras formas de psicopatología, especialmente con los trastornos de ansiedad. Los trastornos de ansiedad son en general factores de riesgo para el

desarrollo del primer episodio de depresión mayor y también la distimia se ha visto como un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo mayor.

Por otra parte, se ha observado que pacientes, fundamentalmente varones, con antecedentes de ataques de pánico, tienen mayor riesgo de desarrollar depresión mayor. Dicha correlación no se ha encontrado con otros trastornos mentales. Se ha descrito una asociación entre migraña y depresión, de manera que los pacientes con depresión mayor presentan mayor riesgo de sufrir migraña y a su vez, los que presentaban migraña (no otro tipo de cefalea) tenían mayor riesgo de depresión mayor.

También, la presencia de enfermedad cardíaca y diversas patologías endocrinas, como la diabetes, el hipo o hipertiroidismo, el síndrome de Cushing, la enfermedad de Addison y la amenorrea hiperprolactinemia, parecen aumentar el riesgo de depresión. Dentro del papel atribuido a las circunstancias sociales se ha destacado el bajo nivel de recursos económicos y las circunstancias laborales. Las personas en desempleo y baja laboral presentan depresiones con mayor frecuencia.

En un estudio de cohortes prospectivo publicado recientemente se desprende que las personas de los grupos socioeconómicos y ocupacionales más desfavorecidos tienen índices más altos de depresión, indicando que el riesgo de depresión sigue un gradiente socioeconómico, especialmente cuando el trastorno es crónico. El estado civil (estar soltero, divorciado o viudo) y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión, y también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos.

Factores cognitivos

La investigación sobre el papel de los factores cognitivos en la depresión se ha guiado predominantemente por el modelo de Beck, en el que los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales tienen un papel fundamental en el procesamiento de la información. Estos y otros factores como la reactividad cognitiva hacia los eventos negativos, el

estilo rumiativo de respuesta y los sesgos atencionales se consideran claves en el desarrollo y mantenimiento de la depresión. Factores familiares y genéticos Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de riesgo tanto para enfermedades somáticas como para trastornos mentales. Así, los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general, proporción también importante en los de segundo grado.

CUADRO CLÍNICO

El síndrome depresivo se manifiesta por un conjunto de síntomas psíquicos como tristeza, desmoralización, falta de ilusión, desinterés, pesimismo, pérdida de autoestima, sentimientos de culpa y minusvalía, pérdida del impulso vital, y otros síntomas somáticos como astenia, hipoactividad, anorexia, pérdida ponderal, desregulación vegetativa (palpitaciones, xerostomía, sudoración, estreñimiento, etc.) y trastornos del sueño. En ocasiones el cuadro clínico se acompaña de ansiedad, ideas delirantes, agitación o inhibición psicomotriz, múltiples quejas somáticas ideación autolítica.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se establece en función de múltiples factores. Los antecedentes hereditarios, el estilo de la personalidad, la ausencia o presencia de desencadenantes y principalmente de la clínica son los puntos básicos en los que se afianza el diagnóstico sindrómico. En determinados casos que se sospeche de una enfermedad orgánica subyacente, será imprescindible el examen físico y las exploraciones complementarias para aclarar el diagnóstico.

La aplicación de dos instrumentos a fin de confirmar su concordancia, lo cual aunado a los criterios diagnósticos del cuadro clínico que presente el paciente, permitirá al médico de cuidado primarios incrementar la confiabilidad de su diagnóstico y contar con un parámetro para monitorear la respuesta terapéutica, existen diversos instrumentos disponibles, lo que se ocupan a continuación son dos de ellos, la Escala de Hamilton y el Cuestionario Clínico de Calderón Narváez.

TRATAMIENTO

Una vez diagnosticada la depresión, el paciente debe iniciar el tratamiento, siendo en casi todos los casos una acción combinada de terapia farmacológica con apoyo psicológico. Es muy importante que antes de que el paciente comience cualquier terapia, sea informado por su médico de la duración del tratamiento de la depresión, los beneficios que se van a intentar alcanzar, y los efectos secundarios que se pueden desarrollar a lo largo del tratamiento.

Tratamiento farmacológico de la depresión

De forma general, el tratamiento farmacológico de la depresión se suele limitar a los cuadros depresivos moderados o graves. En los pacientes diagnosticados de depresión leve no se suele recurrir a terapia farmacológica, debido a su estrecho perfil beneficio-riesgo. Únicamente se recomienda en caso de fracaso de otras terapias, problemas médicos o psicológicos asociados, o historial previo de depresión moderada o grave.

En los pacientes con depresión moderada o grave, la terapia farmacológica se considera un tratamiento de primera línea, aunque existe un 38% de pacientes que al cabo de 6-12 semanas no presentan respuesta al tratamiento instaurado, y en un 54% de los pacientes no existe remisión de los síntomas.

Tratamiento psicoterápico de la depresión

Las terapias psicológicas más empleadas en el tratamiento de la depresión por su carácter específico son la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la psicoterapia interpersonal (TIP).

La terapia cognitivo-conductual se ha mostrado tan efectiva como la psicoterapia interpersonal (más lenta en lograr los objetivos que la TCC y la farmacoterapia) y la terapia farmacológica, lo que la ha convertido en la terapia psicoterapéutica de elección en el abordaje de la depresión moderada, grave o resistente.

La duración de la terapia variará en función del tipo de depresión diagnosticada, la situación personal del paciente y la evolución de este. En pacientes con depresión grave o crónica, si la terapia psicoterapia se asocia a tratamiento farmacológico la efectividad siempre será superior a cualquiera de estas terapias por separado.

La terapia cognitivo-conductual, asociada al tratamiento de mantenimiento, contribuye a incrementar la efectividad del mismo para evitar la aparición de recaídas. Esto es especialmente beneficioso para aquellos pacientes con antecedentes de recaídas, o que presentan síntomas residuales, ya que son los que tienen un mayor riesgo de sufrir de nuevo episodios depresivos.

Otros tratamientos para la depresión

- Autoayuda guiada: su objetivo es que los pacientes adquieran capacidades de autocontrol y manejo de la sintomatología de este trastorno. Se emplean tanto soportes bibliográficos, como materiales digitales. Aunque se ha demostrado buena efectividad en pacientes con depresión leve-moderada, no se conocen los efectos a largo plazo.
- Ejercicio físico: está demostrada la capacidad del ejercicio físico para mejorar el bienestar personal, tanto físico como psíquico. En los pacientes con depresión leve-moderada, un programa de ejercicio de intensidad moderada, de 40-45 minutos, 2-3 veces a la semana, durante un periodo de 10 a 12 semanas, podría repercutir en una clara mejoría de la sintomatología depresiva.

COMPLICACIONES

Riesgo de suicidio

La depresión es uno de los factores más asociados a la conducta suicida. Se ha estimado que el riesgo de suicidio es cuatro veces mayor en las personas con depresión en comparación con la población general, y 20 veces mayor en el caso de la depresión grave.

Debido a ello diferentes GPC de depresión recogen la importancia de la evaluación del riesgo de suicidio ante un paciente depresivo. La conducta suicida es el resultado de la confluencia de distintas situaciones y factores que se combinan entre sí para generar un abanico que iría desde la ideación hasta el suicidio consumado.

En la actualidad se considera que el suicidio se mueve a lo largo de un continuum de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio). El riesgo de suicidio se puede incrementar durante el episodio de depresión y en el período de remisión parcial. Algunos de los factores que se han asociado con mayor riesgo de suicidio en pacientes con depresión son: sexo masculino, historia familiar de trastorno mental, intento de suicidio

El Síndrome de Burnout

Esta patología, fue descrita por primera vez en 1969 y al principio se denominó "staff burnout", para referirse al extraño comportamiento que presentaban algunos oficiales de policía de aquella época. Posteriormente, en la década de los 70, se acuñó el término que conocemos hoy en día. En 1986, las psicólogas norteamericanas C. Maslach y S. Jackson definieron el Síndrome de Burnout como "un síndrome de cansancio emocional, despersonalización, y una menor realización personal, que se da en aquellos individuos que trabajan en contacto con clientes y usuarios".

El síndrome de Burnout (*del inglés "burn-out": consumirse o agotarse*) se caracteriza por un progresivo agotamiento físico y mental, una falta de motivación absoluta por las tareas realizadas, y en especial, por importantes cambios de comportamiento en quienes lo padecen. Éste cambio de actitud, relacionado generalmente con "malos modales" hacia los demás o con un trato desagradable, es una de las características clave para identificar un caso de Burnout.

Este síndrome suele darse con mayor frecuencia en aquellos puestos de trabajo relacionados con atención a terceros, como docentes, personal sanitario o personas

que trabajan en atención al cliente y puede llegar a ser motivo de baja laboral, ya que llega un momento en que el empleado se encuentra física y mentalmente incapacitado para desarrollar su trabajo.

Los síntomas del Burnout

Los síntomas del Síndrome de Burnout son muy similares a los síntomas asociados al estrés laboral de modo general, sin embargo, en el caso del Burnout pueden aumentar de intensidad, especialmente en lo relacionado con cambios de comportamiento o de carácter. Entre ellos, podemos encontrar:

Síntomas a nivel emocional

Cambios en el estado de ánimo: Se trata de uno de los síntomas principales del Síndrome de Burnout. Es frecuente que el trabajador se encuentre irritable y de mal humor. En muchas ocasiones los buenos modales desaparecen y se generan conflictos innecesarios con clientes y usuarios. La suspicacia o "estar a la defensiva" y el sarcasmo suelen ser habituales. En algunas ocasiones este cambio de actitud se produce en un sentido totalmente diferente, en el que el trabajador simplemente muestra indiferencia hacia los clientes o usuarios, e incluso hacia los compañeros.

Desmotivación: El trabajador pierde toda ilusión por trabajar. Las metas y objetivos dejan paso a la desilusión y al pensamiento de tener que soportar día tras día situaciones estresantes que superan sus capacidades y cada jornada laboral se hace larga e interminable.

Agotamiento mental: El desgaste gradual que produce el Burnout en el trabajador, hace que su resistencia al estrés sea cada vez menor, por lo que al organismo le cuesta cada vez más trabajo hacer frente a los factores que generan ese estrés.

Falta de energía y menor rendimiento: Se trata de una consecuencia lógica del punto anterior; como el organismo gestiona de modo deficiente los recursos de que

dispone, su capacidad de producción disminuye y el rendimiento por tanto baja. Además, toda situación de estrés laboral prolongada en el tiempo, produce a medio y largo plazo un deterioro cognitivo, lo que puede provocar pérdidas de memoria, falta de concentración y mayor dificultad para aprender tareas o habilidades nuevas.

Síntomas a nivel físico

El Síndrome de Burnout no nos afecta sólo a nivel psíquico, entre los síntomas a nivel físico que produce, podemos encontrar:

Afecciones del sistema locomotor: Es frecuente la aparición de dolores musculares y articulares, que se dan como resultado de la tensión generada por el estrés laboral y que por lo general están provocadas por contracturas musculares.

Otras alteraciones psicosomáticas: como problemas gastrointestinales, cardiovasculares, afecciones de la piel, dolores de cabeza o cefaleas, mareos, alteraciones del apetito sexual y mayor riesgo de obesidad entre otros.

CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Además de todos los síntomas vistos anteriormente, el Síndrome de Burnout puede tener consecuencias como las siguientes:

Aumento del riesgo de alcoholismo o consumo de drogas: Se ha demostrado que el estrés laboral aumenta el riesgo de conductas perjudiciales, como el consumo alcohol, tabaco u otras drogas. En aquellos empleados en que el consumo ya estaba presente, la tendencia es a incrementar el consumo.

Alteraciones del sueño: Al igual que otros tipos de estrés laboral, el "síndrome de burnout", puede producir dificultades a la hora de conciliar el sueño (insomnio), además, es frecuente que la persona tienda a despertarse repentinamente en varias ocasiones a lo largo de la noche, con el trastorno que ello ocasiona a quien lo sufre.

Baja de las defensas: El "síndrome del trabajador quemado" repercute negativamente sobre nuestro sistema inmunológico, haciendo que seamos más

propensos a sufrir enfermedades infecciosas provenientes del exterior. Además un sistema inmune más débil prolongará la duración de las mismas una vez que las hayamos contraído e incluso puede provocar situaciones más graves.

Además, 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.

Ocio y Tiempo libre

El tiempo libre es uno de los nichos espacio-temporales que más incide en la formación de las representaciones e imaginarios de los individuos en cuanto a su perspectiva como seres colectivos y sociales; se destacan, sobre todo, en términos de cómo los sujetos se construyen a través de sus actividades lúdicas, de esparcimiento, entretención y diversión.

El tiempo libre y el ocio hacen referencia a la cultura, a la forma como las sociedades emplean los momentos de no compromisos Y no obligaciones para situarse en espacios de lúdica, de descanso, de contemplación o de reflexión sobre sí mismos y sobre su entorno; es decir, tiene que ver con los grupos humanos con los cuales prefieren compartir esos momentos.

Como parte del trabajo de reflexión sobre lo que representa el tiempo libre en el contexto universitario, un piloto realizado durante el 2007 revela, a propósito de la pregunta de, para usted, ¿qué es el tiempo libre?, algunos resultados que una aproximación a lo que se habla cuando se transita por los imaginarios de los integrantes de la comunidad Pedagógica, con respecto al tema.

La formación en todos los ámbitos y campos, se percibe como una necesidad que debe ser cubierta de manera más eficiente. Los horarios, la intensidad de las actividades académicas y laborales, así como la falta de oferta en algunos casos no estarían permitiendo el acceso a estos espacios de desarrollo integral.

En conjunto, un tema que parecería, por momentos, banal y de mero trámite individual, se convierte en uno de los tópicos más importantes en procura de un

ejercicio de inclusión e integración de la diversidad de actores que habitan el campus educativo. La relación cotidiana de los diferentes sujetos sociales y de las redes desde las cuales tejen y son tejidos como parte de un proyecto de vida, encuentra en el tiempo libre un nicho que identifica y que al mismo tiempo desde la misión y autonomía universitarias, respeta la diferencia cultural.

Los programas de prevención basados en el desarrollo de alternativas de ocio y tiempo libre intentan ofrecer una oferta, generalmente amplia, de actividades saludables que permitan a la población destinataria (generalmente, infantil o juvenil) lograr un empleo satisfactorio del ocio al margen del consumo de drogas.

A menudo estos programas se realizan a través de la iniciativa comunitaria, implicando al movimiento asociativo en su ejecución. Entre las actividades habitualmente ofertadas cabe citar los deportes, cine, teatro, animación a la lectura, actividades de aventura (acampada, senderismo, etc.), objetivos se orientan tanto a proporcionar actividades satisfactorias, alternativas al consumo de droga (especialmente de sustancias legales), como a reducir la presión hacia el consumo (generando espacios en los que el consumo de drogas no se produce y favoreciendo la creación de grupos de iguales organizados en torno a intereses distintos del consumo de drogas.

EFFECTO DEL ESTADO EMOCIONAL DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO

El cuidado de enfermería depende de la presencia de las enfermeras al lado de los pacientes, quienes por lo menos esperan un saludo; que en muchas ocasiones el acercamiento con el enfermo se circunscribe a la realización de procedimientos dirigidos al cuidado físico y no a la asistencia emocional o psicológica. El paciente es considerado como una labor por cumplir, una tarea y un tratamiento por realizar, una enfermedad, un diagnóstico, un número de cama, razones por las cuales las enfermeras no ofrecen calor humano y afecto durante las interacciones del cuidado. Y que aun cuando la realización de procedimientos establecidos para la curación y

recuperación de la salud de los pacientes pone en contacto directo a la enfermera con sus pacientes, no siempre observa ni interpreta los gestos, movimientos y posiciones con los cuales los pacientes comunican sus sentimientos, emociones y percepciones; además las dificultades para escuchar generan informaciones difusas incompletas o falsas que pueden conducir a decisiones o conclusiones erróneas

En cuanto a las técnicas interpersonales positivas los pacientes describieron a las enfermeras como: amigables, amables, afectuosas, compasivas, interesadas en su persona, confiables, alegres, les gusta su trabajo, sentido del humor, organizadas, buena memoria, buena apariencia, con buena escucha, confortadoras; en cuanto a técnicas negativas: tímidas, bruscas, rudas en sus respuestas, tensas, con actitud negativa, nerviosas, están de malas, pero deben dejar sus problemas en otro lado. Respecto al pensamiento crítico afirmaron que toman decisiones clínicas rápidas y correctas, tienen habilidad para explicar signos y síntomas, complicaciones, intervenciones y uso de medicamentos. En cuanto a habilidades técnicas describieron aspectos positivos y fallas en la aplicación de inyecciones intravenosas y en el uso del equipo.

6. CONCLUSIONES

6.1 CONCLUSIONES DE LA HIPÓTESIS

1. Actualmente el incremento de la insatisfacción de las enfermeras en la realización de su trabajo está presente en las enfermeras que atienden a los pacientes hospitalizados.
2. Aunque los indicadores enfermera paciente en la plantilla del personal está completa en teoría, el personal tiene prestaciones en tiempo, y no hay personal suplente para esas faltas justificadas.

3. El personal refiere sobre carga de trabajo en el turno matutino, mencionando varias razones, todos descansan sábado y domingo, y faltan por compromisos familiares y otros que requieren su presencia en los días hábiles de la semana
4. Algunas enfermeras refieren que debido a la ansiedad que siente por la presión laboral, económica, familiar comen más hidratos de carbono que contribuye al aumento del peso corporal.
5. Las enfermeras refieren dolor de cabeza, alteración de la tensión arterial, gusto por llegar a su área de trabajo, realizar mecánicamente sus procedimientos.
6. Algunas mencionaron que en sus hogares se crean situaciones de enojo y agresión con la pareja o hijos, inclusive con algunas compañeras de trabajo.

6.1 CONCLUSIONES DEL TRABAJO

1. Se logró el objetivo de la aplicación de los conocimientos teóricos en la práctica al realizar esta tesina, al identificar que es importante que las enfermeras y enfermeros realicemos proyectos de investigación en nuestras áreas de trabajo.
2. Es una actividad difícil para el pasante, ya que los conocimientos con respecto a la investigación no fueron aplicados en situaciones reales.

3. Realizar las actividades técnicas, administrativas, docentes y de investigación la supervisión constante del docente retrasa la elaboración del trabajo, además de las actividades encomendadas en el servicio social.
4. En el sentir del personal operativo este tipo de actividades está frenada por ellos, no dan importancia de la trascendencia de su experiencia clínica, ni tienen interés en ocuparse en mejorar su hacer profesional.
5. Algunas personas manifestaron que con asistir a cursos monográficos se actualizan.
6. Es importante incentivar desde los primero semestres a la investigación, iniciando con la conformación de marcos teóricos y manejo de acervo de la Biblioteca y de la base de datos de la biblioteca virtual de la UNAM

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Inducción al ISSSTE. (2010). Recuperado el 23 de 05 de 2016, de http://www.issste.gob.mx/images/downloads/instituto/administracion/inducccion_issste_2010.pdf

Álvarez, C. A. (s.f.). Metodología a la Investigación. Recuperado el 27 de 05 de 2016, de <https://carmonje.wikispaces.com/file/view/Monje+Carlos+Arturo++Gu%C3%ADa+did%C3%A1ctica+Metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n.pdf>

Artículo Científico. (s.f.). Recuperado el 31 de 05 de 2016, de <http://www.udlap.mx/intranetWeb/centrodeescritura/files/notascompletas/art%C3%ADculoCientifico.pdf>

Barcellos, R. d. (2014). Carga horaria de trabajo de los enfermeros y su relación con las reacciones fisiológicas de estrés. Recuperado el 24 de 05 de 2016, de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/es_0104-1169-rlae-22-06-00959.pdf

Becker, S. (2008). ESTUDIO SOBRE AUSENTISMO EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL CENTRO PSIQUIÁTRICO DE MANAUS, BRASIL. Recuperado el 20 de 05 de 2016, de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/es_16.pdf

Beltrán, F. M. (s.f.). Condiciones que fomentan el ausentismo laboral en Enfermería. Recuperado el 29 de 01 de 2016, de <http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/12062/1/JimenezBeltranFlorMariela2014.pdf>

Cardoso, M. (2013). AUSENTISMO Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN LABORAL EN ENFERMERÍA. Recuperado el 20 de 05 de 2016, de

bdigital.uncu.edu.ar:http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5756/cardoso-mara-m.pdf

Cronograma y etapas de la investigación. (s.f.). Recuperado el 23 de 05 de 2016, de <http://es.slideshare.net/gonzaloplaza/cronograma-de-una-investigación>

El Ausentismo Laboral "Golpea" a Empresas Mexicanas . (s.f.). Recuperado el 23 de 05 de 2016, de <http://www.forbes.com.mx/ausentismo-laboral-golpea-empresas-mexicanas/>

Guevara, D. (2013). Revista portalesmedicos.com. Recuperado el 24 de 05 de 2016, de Causas del ausentismo laboral en enfermería: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/causas-ausentismo-laboral-enfermeria/3/>

Herrera, E. (1999). Universidad de Colima. Recuperado el 12 de 02 de 2016, de http://digeset.uco.mx/tesis_posgrado/Pdf/Jose%20Enrique%20Herrera%20Cordova.pdf

Martínez, P. (2015). eleconomista.com.mx. Recuperado el 20 de 05 de 2016, de México es informal en el manejo del ausentismo: <http://eleconomista.com.mx/industrias/2015/02/25/mexico-informal-manejo-ausentismo>

Metodología de la Investigación. (s.f.). Recuperado el 19 de 05 de 2016, de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/4424/9/09%20Capitulo%205.pdf>

Ocio y Tiempo libre: una aproximación a sus representaciones y percepciones en la Universidad Pedagógica Nacional recuperado el 08 de julio de 2016 de:

http://www.pedagogica.edu.co/observatoriobienestar/docs/OCIO_Y_TIEMPO_LIBRE.pdf

Navarrete, G. G. (2005). www.medigraphic.com. Recuperado el 12 de 02 de 2016, de Ausentismo laboral en una institución de seguridad social y factores relacionados:<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im055b.pdf>

Solís, A. (2014). Ausentismo laboral 'golpea' a empresas mexicanas. Recuperado el 24 de 05 de 2016, de [forbes.com.mx](http://www.forbes.com.mx): <http://www.forbes.com.mx/ausentismo-laboral-golpea-empresas-mexicanas/>

Urbanetto, J. d. (2011). Estrés en el trabajo de Enfermería en el hospital de Emergencia.

Isaura cárdenas Velásquez. (1985). ausentismo en el personal de enfermería del hospital 20 de Noviembre. MEXICO, D.F.: E.N.E.O.-U.N.A.M. Recuperado el 31 de 01 de 2016, de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/es_09.pdf

Servicio social. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Recuperado el 21 de junio de 2016 de:

<http://www.dgosever.unam.mx/portaldgose/servicio-social/htmls/ss-carreras/ssc-perfil-profesional/ssc-perfiles-biologicas-salud/ssc-perfil-enfermeria-y-obstetricia.html>

Maslow: teoría de las necesidades básicas y de la esencia humana. Recuperado el 08 de julio de 2016

de:<http://www.juliboltvinik.org/documento/Tesis%20Ampliar%20la%20mirada%20PDF/Vol%20I/Cap%C3%ADtulo%203.%20Maslow.pdf>