



**UNIVERSIDAD ALHER ARAGÓN**  
INCORPORADA A LA UNAM

---

---

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA  
CLAVE DE INCORPORACIÓN 895225

**“ESTRÉS LABORAL EN UN GRUPO DE  
ENFERMERÍA DEL HOSPITAL PEDIATRICO  
VILLA”**

**T E S I S**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

**P R E S E N T A**

BLANCA YAZMÍN LAÍZA MORALES

**ASESOR**

MTRO. MIGUEL ÁNGEL AGUILAR PADILLA

CIUDAD NEZAHUALCÓYOTL,

ESTADO DE MÉXICO DICIEMBRE 2018



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.

## AGRADECIMIENTOS

Cada instante por el que trasciende nuestra existencia, está plagado de nuevas oportunidades de aprendizaje y de actitudes frente a la vida, mismas que debemos aprovechar en cada momento y ser agradecidos con la vida que nos ha tocado, los momentos, los lugares y las personas que han transitado a nuestro lado por el sendero recorrido hasta hoy.

El cumulo de experiencias en la vida de un estudiante universitario, está impregnado de un sinfín de oportunidades para moldear y pulir a ese profesionista que todos deseamos llegar a ser, que con la ayuda de nuestros padres y de Dios, hacen posible realizar ese tan anhelado sueño, que hoy se ve realizado.

Agradezco a Dios por permitirme ver realizado mi sueño, por los logros alcanzados y los bienes otorgados que, con gran gozo, resultan ser fruto de su infinita bondad.

De la misma manera doy gracias por la vida de mis padres y de mis seres queridos, así como sus buenos deseos, compañía, que, sin su apoyo, consejo y cariño, esto no hubiera sido posible.

De igual manera agradezco a mi asesor de Tesis, el profesor Miguel Ángel Aguilar padilla por su paciencia, dedicación y motivación, al profesor Francisco A. Sánchez Chávez por su ayuda incondicional durante este proceso, ha sido un honor poder contar con su guía, apoyo y amistad.

A todos mis profesores que a lo largo de mi formación dejaron huella con sus enseñanzas y esfuerzos, porque de cada uno me llevo una grata experiencia personal, profesional y de aprendizaje.

¡A todos ellos... mil gracias!

	<b>INDICE</b>	<b>Pág.</b>
RESUMEN		1
ABSTRACT		
INTRODUCCIÓN		2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		5
Preguntas de investigación		
Objetivos		6
<b>CAPÍTULO I ESTRÉS</b>		
1.1 Antecedentes de la investigación		8
1.2 Qué es el estrés		10
1.3 Síntomas del estrés		11
1.4 Fases del estrés		12
1.5 Síndrome de Burnout		13
1.6 Estrés laboral		14
1.7 Modelos del estrés laboral		15
1.8 Tipos de estresores laborales		17
1.9 Fuentes del estrés laboral		19
1.10 Causas y factores desencadenantes		23
1.11 Peligros relacionados con el estrés		26
1.12 Síntomas y consecuencias del estrés laboral		28
1.13 Bienestar psicológico		30
1.14 Bienestar psicológico según diferentes autores		31
1.15 Determinantes individuales del bienestar psicológico		34
<b>CAPÍTULO II ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA EL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS LABORAL</b>		
2.1 Prevención e intervención para el afrontamiento del estrés laboral		37

2.2 Enfoque Psicoeducativo	38
2.3 Terapia Cognitivo-Conductual	39
2.4 El paradigma Cognitivo-Conductual	41
2.5 Terapias de grupo, grupos de autoayuda y apoyo social	50
CAPITULO III ENTORNO LABORAL DE LA ENFERMERIA	
3.1 Enfermería y su entorno laboral	53
3.2 La enfermería socialmente valorada	54
3.3 Hospital y sus áreas de trabajo	58
3.4 ¿Qué es la enfermera, Licenciado en enfermería y enfermera pediátrica?	59
3.5 Servicios hospitalarios	62
3.6 Funciones de enfermería	64
3.7 Importancia del control del estrés en el profesional de la salud	76
CAPITULO IV INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON EL ESTRÉS LABORAL EN ENFERMERIA	
4.1 Investigaciones relacionadas	79
4.2 Artículo 1 Entorno laboral estresante en Enfermería	80
4.3 Artículo 2 Las enfermeras: un recurso vital para la salud	100
4.4 Artículo 3 Estrés laboral de un hospital de Veracruz México	104
4.5 Artículo 4 Condiciones laborales o desgaste profesional en trabajadores de la salud	114

MÉTODO	
Enfoque de investigación	131
Alcance del estudio	
Diseño de investigación	132
Variables	
Hipótesis	134
Muestra	135
Población	
Instrumentos	
Materiales	138
Procedimiento	139
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	141
LIMITANTES Y ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN	144
REFERENCIAS	145
ANEXOS	148

## **RESUMEN**

Esta investigación cuantitativa con un diseño de diferencia de grupos y un alcance causal-explicativo, tuvo como propósito conocer el grado de estrés laboral, comparando tres grupos del personal de enfermería del Hospital Pediátrico Villa. Para generar una propuesta de intervención grupal con un enfoque cognitivo-conductual para fortalecer las estrategias de afrontamiento.

Palabras clave:

Enfermería, estrés laboral, intervención grupal cognitivo-conductual

## **ABSTRACT**

This investigation with a design of difference of groups and a scope causal-explanatory, had as purpose to know the grade from stress laboral, comparing three groups of the staff from nursing of the Hospital Pediatric Villa.

For generate a proposal from groupal intervention with a focus cognitive-behavioral for strengthen the strategies from coping.

Key Words:

Nursing, stress laboral, intervention groups cognitive-behavioral

## INTRODUCCIÓN

El estrés es un tema que cada día adquiere mayor importancia por los efectos dañinos que trae al hombre que lo padece y por el aumento de situaciones sociales, laborales, familiares y personales que lo provocan.

El estrés es fácil de reconocer a través de los cambios que provoca en la persona. Principalmente se ha estudiado desde el punto de vista orgánico o sea las alteraciones que produce en el cuerpo del individuo.

Muchos estudiosos del tema consideran que el estrés es perjudicial porque afecta negativamente la salud física y mental, pero la gran mayoría señala que el estrés en sí mismo no es dañino; que simplemente es una respuesta orgánica y mental a un estímulo del medio externo o interno que pone a funcionar mecanismos psicofisiológicos suplementarios para hacerle frente. Es nocivo cuando es frecuente e intenso o cuando la respuesta dada por el individuo no logra solucionar la situación.

En el medio laboral los trabajadores están expuestos a una variedad o diversidad de factores que provocan estrés, a corto o a largo plazo, lo cual trae como consecuencia alteraciones de la salud física o mental y cambios en el comportamiento; a ellos se unen los factores fuera del área de trabajo, lo que agrava la situación.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) se refiere al estrés laboral en los siguientes términos: "Esta enfermedad es un peligro para las economías de los países industrializados y en vías de desarrollo. Resiente la productividad, al afectar la salud física y mental de los trabajadores". A nivel mundial se ha reconocido al estrés laboral como un problema cada vez más importante, que se presenta en todos los oficios pero especialmente en los trabajos asistenciales como es la enfermería. Las investigaciones que se han llevado a cabo en torno a este tema sugieren que el personal de enfermería experimenta mayor estrés ocupacional que cualquier otro tipo de trabajadores, en ese sentido, la Health Education Authority (1998), clasificó la enfermería como la cuarta profesión más



estresante. Los principales componentes del proceso del estrés son: los estresores (factores de riesgo), las manifestaciones a corto y a largo plazo frente al estrés y los factores modificadores del proceso del estrés. Los principales estresores identificados en el personal de enfermería que trabajan en un hospital son: el estar en continuo contacto con el sufrimiento y la muerte, la sobrecarga de trabajo, los problemas de interrelación con el resto del equipo de enfermería, el conflicto con los médicos y la falta de apoyo social en el trabajo. En cuanto a las manifestaciones del estrés se pueden distinguir: a) en el ámbito de la salud y la calidad de vida del personal de enfermería (alteración del bienestar psicológico, trastornos músculo-esqueléticos, síntomas gastrointestinales, síntomas cardiovasculares, síntomas a nivel del sistema nervioso central, disfunciones sexuales, etc.); b) en el ámbito de la productividad del hospital (disminución de la satisfacción laboral, aumento del absentismo laboral, etc.). Los profesionales de enfermería, debido al ámbito donde desempeñan sus funciones, están sometidos a un alto nivel de estrés, considerándola una profesión estresante, con un alta prevalencia de trastornos psicológicos, relacionados con el estrés, insatisfacción laboral, ausentismo y frecuentes cambios de puesto de trabajo o abandono de la profesión. El estrés relacionado con el trabajo es una de las causas más importantes de esta situación, ya que se caracteriza por el manejo de situaciones críticas, y un desempeño eficiente y efectivo, de ahí que diversos autores han señalado que esta profesión conlleva a una gran responsabilidad y por ende a presiones, conflictos y cambios continuos. Muchos son los factores de riesgo, también llamados estresores laborales que se han identificado como causales de estrés en el personal de enfermería. Por un lado están aquellos que son implícitos a la profesión, como son los relacionados con la dificultad de afrontar el dolor, el sufrimiento y la muerte de los pacientes y por otro, los relacionados con la organización del trabajo como es la falta de personal, la sobrecarga de trabajo y los problemas con los compañeros del equipo, tanto de enfermería y médico. Día tras día se pone de manifiesto mayor número de fuentes de estrés así como signos indicativos de un aumento de problemas relacionados con éste, en los trabajadores de sistema de salud los aspectos emocionales más intensos del

cuidado del paciente (sufrimiento, miedo y muerte). En la atención especializada existen múltiples factores que pueden influir entre el esfuerzo realizado por la enfermera y el resultado obtenido por el paciente, sujeto de los cuidados, alguno de estos factores son los que se denominan agentes estresores, presentes en el entorno hospitalario. Lazarus y Folkman (1986) definen al estrés en su modelo transaccional como una relación entre la persona y el ambiente, evaluado por el individuo como que excede sus posibilidades y recursos para afrontarlo. En otras palabras, el estrés resulta del fracaso del individuo para afrontar con éxito las demandas personales y/o ambientales.

El presente trabajo, pretende brindar información sobre el estrés y sus manifestaciones, señalar factores del trabajo que lo producen y algunas medidas laborales y personales para su control.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los entornos hospitalarios suelen ser muy demandantes en lo referente a procedimientos, normas y protocolos de intervención, situación que demanda un alto rendimiento físico y mental del personal. Particularmente en esta investigación se enfatiza el impacto del estrés en el personal de enfermería del Hospital Pediátrico Villa, que afecta su desempeño laboral y repercute directamente en la calidad del servicio médico que dicha institución ofrece a la población. Principalmente para ofrecer la posibilidad de que el personal del área de enfermería logre gestionar satisfactoriamente el estrés y esto permita aminorar sus efectos adversos. Por lo tanto resulta conveniente preguntar. ¿Cómo identificar oportunamente al personal de enfermería del Hospital Pediátrico Villa, que se encuentra afectado en su rendimiento físico y mental, debido a la sintomatología de estrés laboral?

## **PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

1. ¿Qué situaciones se identifican como estresantes en las diferentes áreas del Hospital Pediátrico Villa por parte del personal de enfermería?
2. ¿Cómo realizar registros observacionales oportunos para identificar la sintomatología física y mental, resultantes de situaciones estresantes del personal de enfermería del Hospital Pediátrico Villa?
3. ¿Qué estrategias de intervención grupal convendría emplear para reducir los niveles de estrés en el personal de enfermería del Hospital Pediátrico Villa?

## **OBJETIVO GENERAL**

Identificar oportunamente al personal de enfermería del Hospital Pediátrico Villa, que se encuentre afectado en su rendimiento físico y mental, debido a la sintomatología de estrés laboral.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Identificar las situaciones en las diferentes áreas del Hospital Pediátrico Villa, son percibidas como estresantes por parte del personal de enfermería.
2. Observar oportunamente la sintomatología física y mental que resulta de situaciones estresantes en el personal de enfermería del hospital pediátrico villa.
3. Implementar estrategias de intervención para reducir los niveles de estrés en el personal de enfermería del hospital pediátrico villa.

# **CAPÍTULO I**

## **ESTRÉS**

## 1.1 Antecedentes de la Investigación.

Con el siguiente estado del arte se busca una cartografía de todo lo producido hasta el momento respecto al tema de investigación. Permite estudiar los distintos autores a través de sus aportes teóricos en torno a un tema en común. Conecta la teoría y la práctica, marcando la dialéctica que se establece entre ambas en pos de la construcción y generación de conocimiento. El estado del arte de ninguna manera puede contener todo lo que hay producido sobre un área temática, vale decir que es imprescindible tener conciencia de las limitaciones que el mismo posee.

ESTRÉS LABORAL Stavroula Leka BA., Amanda Griffiths., Cox Tom. (1999), en su libro “La organización del trabajo y el estrés”, reconocen que el estrés laboral es uno de los principales problemas de salud de los trabajadores y el buen funcionamiento de las entidades para la que trabajan. El tipo de trabajo que produce más estrés es aquel que las exigencias y presiones superan los conocimientos y capacidades del trabajador, hay pocas oportunidades de tomar decisiones o ejercer control, y el apoyo que se recibe de los demás es escaso. “El estrés laboral es la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación”. Por su parte, (Lazarus y Folkman, 1986) en el libro “Estrés y procesos cognitivos” plantean que 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 de la valoración de Lazarus (Lazarus y Folkman, 1986), 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, surgirá una reacción de estrés, en la que se pondrán en marcha los recursos de afrontamiento para intentar eliminar 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 que 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. La reacción de estrés será mayor que si la amenaza no fuera tan grande y los recursos de afrontamiento fuesen superiores. Una vez que ha surgido la reacción de estrés el individuo seguirá realizando revaluaciones 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 revaluaciones son continuas y pueden modificar la intensidad de la reacción, disminuyéndola o aumentándola. Toda persona hace constantes esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar adecuadamente las situaciones que se le presentan, por lo tanto no todo el estrés tiene consecuencias negativas. Sólo cuando la situación desborda la capacidad de control del sujeto se producen consecuencias negativas. Este resultado negativo se denomina distrés, a diferencia del estrés positivo, o eustrés, que puede ser un buen dinamizador de la actividad conductual (laboral, por ejemplo). Martínez (2004) en su libro "Estrés laboral", el autor habla que el estrés en el entorno laboral es un problema creciente con un costo personal, social y económico notable. Expone las distintas formas en que el estrés laboral se manifiesta, y describe tanto las actuaciones de gestión que pueden disminuirlo, como todo lo que puede hacer el directivo o empleado para prevenir y eliminar este tipo de estrés. El autor persigue establecer un puente entre la psicología científica y las prácticas y sistemas actuales de gestión empresarial, con el objetivo de contribuir a disminuir este grave y ubicuo problema y sus consecuencias. El objetivo general de este libro es describir el estrés laboral y sus principales variantes y las formas de prevenirlo, afrontarlo y atenuar sus

efectos. El estrés laboral es una forma específica de estrés que ocurre en el contexto del trabajo, donde se pueden identificar una serie de situaciones o factores generales y específicos, que actúan aislados o en conjunto como agentes estresantes. Las consecuencias del estrés laboral no se limitan a la esfera profesional sino que se extienden a menudo a la vida personal y familiar. La mayoría de las personas pasa una gran parte de su tiempo en el trabajo y éste desempeña un papel central en sus vidas, tanto como fuente de sustento como de identidad personal y de relaciones con los demás. Para muchos, el trabajo es una medida de sí mismos, de cuál es su valor como persona. En consecuencia, lo que ocurre en el trabajo tiene muchas veces una gran influencia en el estado de ánimo.

## **1.2 ¿Qué es el estrés?**

El estrés es a veces definido como una condición meramente muscular: "es una rigidez o endurecimiento de los músculos y del tejido conjuntivo que excede del tono necesario para su funcionamiento normal". Sin embargo es mucho más que eso. El estrés es una respuesta importante, el Dr. en medicina Hans Selye pionero en las investigaciones sobre el estrés, lo define como "una respuesta corporal no específica ante cualquier demanda que se le haga al organismo (cuando la demanda externa excede los recursos disponibles)". Esta respuesta es parte normal de la preparación del organismo para el enfrentamiento o para la huida.

Desde el punto de vista de la psicología, el estrés ha sido entendido desde los tres enfoques siguientes: (Cano, 2002).

-Como estímulo: El estrés es capaz de provocar una reacción o respuesta por parte del organismo.

-Como reacción o respuesta: El estrés se puede evidenciar en cambios conductuales, cambios fisiológicos y otras reacciones emocionales en el individuo.



-Como interacción: El estrés interactúa entre las características propias de cada estímulo exterior y los recursos disponibles del individuo para dar respuesta al estímulo.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S, 1994) postula que el estrés es "el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción". Aunque el estrés si tenga un papel fundamental en el proceso salud- enfermedad, autores como Lazarus y Folkman (1986) afirman que no siempre constituye un proceso negativo en nuestras vidas, ya que dependerá de la valoración que cada sujeto hace del proceso y de su capacidad para controlar la situación y afrontar las consecuencias del estrés. El estrés es un proceso dinámico en el que intervienen variables tanto del entorno como individuales, y aparece cuando la persona evalúa una situación como amenaza. Todas estas formas de definir el estrés muestran la complejidad del fenómeno.

### **1.3 Síntomas del estrés**

El estrés afecta órganos y funciones de todo el organismo.

Los síntomas más comunes son:

-Depresión o ansiedad -Dolores de cabeza -Insomnio -Indigestión -Sarpullidos - Disfunción sexual -Nerviosismo -Palpitaciones rápidas -Diarrea o estreñimiento.

Uno de los primeros síntomas en aparecer es el nerviosismo, un estado de excitación en el que el sistema nervioso responde de forma exagerada o desproporcionada a estímulos considerados normales. El consumo de tabaco, o de alcohol y café u otras sustancias estimulantes, son la causa más común de nerviosismo y falta de equilibrio en el sistema nervioso. La ansiedad también suele ser punto común en personas que se sienten "estresadas". Se trata de un trastorno psicossomático, que comienza afectando a la mente pero acaba repercutiendo sobre diversos órganos del cuerpo, produciendo taquicardia, dolor de estómago, colon irritable (alternancias entre estreñimiento y diarrea), etc.

Se han identificado tres etapas en la respuesta al estrés.

En la primera etapa, alarma, el cuerpo reconoce el estrés y se prepara para la acción, ya sea de agresión o de fuga. Las glándulas endocrinas liberan hormonas que aumentan los latidos del corazón y el ritmo respiratorio, elevan el nivel de azúcar en la sangre, incrementan la transpiración, dilatan las pupilas y hacen más lenta la digestión.

En la segunda etapa, resistencia, el cuerpo repara cualquier daño causado por la reacción de alarma. Sin embargo, si el estrés continúa, el cuerpo permanece alerta y no puede reparar los daños. Si continúa la resistencia se inicia...

La tercera etapa, agotamiento, cuya consecuencia puede ser una alteración producida por el estrés. La exposición prolongada al estrés agota las reservas de energía del cuerpo y puede llevar a situaciones extremas. Ciertos tipos de jaqueca y dolor de cara o espalda, el asma, úlcera péptica, hipertensión, asma y estrés premenstrual, son ejemplos de alteraciones relacionadas con el estrés. Además, el estrés emocional puede causar o empeorar muchos trastornos de la piel, desde picores, cosquilleo y dolor hasta los que producen sarpullido y granos.

## **1.4 Fases del estrés**

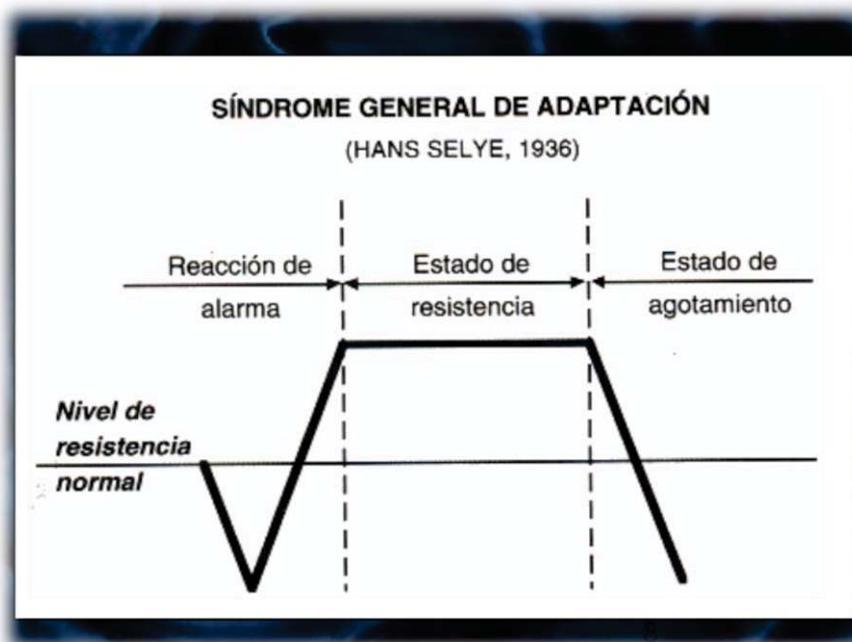
Hans Selye ( 1926 ), habla de tres fases del síndrome general de adaptación:

**Alarma:** Se caracteriza por la liberación de hormonas. Se movilizan los sistemas defensivos del organismo para lograr la adaptación y afrontar la situación de estrés. Hay aumento de la secreción de glucocorticoides, de la actividad de sistema nervioso simpático, de la secreción de NA por la médula suprarrenal. Síndromes de cambios de lucha o huida. Y se presenta una baja resistencia a los estresantes.

**Resistencia:** La activación hormonal sigue siendo elevada. El organismo llega al clímax en el uso de sus reservas, al reaccionar ante una situación que lo desestabiliza. Se normalizan, la secreción de glucocorticoides, la actividad

simpática y la secreción de NA. Desaparece el síndrome de lucha/huida, y hay una alta resistencia (adaptación) a los estresantes.

Agotamiento: El organismo pierde de manera progresiva su capacidad de activación. Queda inhibida la provisión de reservas, lo que trae como consecuencia enfermedades e incluso la muerte. Hay aumento de la secreción de glucocorticoides, pero finalmente hay un marcado descenso. Triada de estrés (suprarrenales hipertrofiadas, timo y ganglios linfáticos atrofiados, úlceras sangrantes de estómago y duodeno). Pérdida de la resistencia a los estresantes, puede sobrevenir la muerte.



## 1.5 Síndrome de Burnout

El constructo psicológico del síndrome de burnout se caracteriza por agotamiento; despersonalización, cinismo y desmotivación e insatisfacción en el trabajo, que conllevan a un pobre desempeño laboral, lo anterior como consecuencia de factores de estrés prolongados tanto en la esfera emocional como en las relaciones interpersonales en el trabajo.

- El síndrome descrito como burnout se refiere exclusivamente a la actitud en el desempeño laboral y debe diferenciarse claramente de la depresión clínica que afecta otras esferas de la vida.

En general se acepta que el factor central desencadenante es el excesivo agotamiento emocional que gradualmente lleva a quien lo experimenta, a un estado de distanciamiento emocional y cognitivo en sus actividades diarias, con la consecuente incapacidad de responder adecuadamente a las demandas de servicio. En el proceso de este distanciamiento ocurre una despersonalización caracterizada por indiferencia y actitudes cínicas hacia las responsabilidades o hacia las personas que demandan la atención de quien lo padece.

El síndrome de burnout se caracteriza por:

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

## **1.6 Estrés laboral**

El estrés en el entorno laboral es un problema creciente con un costo personal, social y económico notable. En toda situación de estrés en la empresa puede hablarse de la responsabilidad de los directivos y de la propia organización en la medida en la que ésta lo causa o lo facilita, o en la medida en la que no lo detecta a tiempo o no lo remedia. Pero hay una responsabilidad ineludible también que reside en el propio empleado que es quien debe salir de esa situación, buscar asesoramiento, tomar decisiones difíciles y emprender cambios importantes en algunas parcelas de su vida, siendo a veces necesario incorporarse a un proceso terapéutico, no siempre fácil ni cómodo y a menudo prolongado. Todo ello requiere

un esfuerzo y una perseverancia personal e intransferible. El estrés en el trabajo aparece cuando las exigencias del entorno laboral superan la capacidad de las personas para hacerles frente o mantenerlas bajo control. El estrés laboral, según Cano (2002) señala que "hablamos de estrés cuando se produce una discrepancia entre las demandas del ambiente, y los recursos de la persona para hacerles frente". El estrés es una respuesta adaptativa por parte del individuo, que en un primer momento nos ayuda a responder más rápida y eficazmente a situaciones que lo requieren. Nuestro cuerpo se prepara para un sobreesfuerzo, somos capaces de procesar más información sobre el problema y actuamos de forma rápida y decidida. El problema es que nuestro cuerpo tiene unos recursos limitados y aparece el agotamiento. Desde este punto de vista, puede considerarse al estrés laboral como el factor que desencadena o libera efectos tanto físicos (consecuencias físicas) como psicológicos (consecuencias psicosociales) en los individuos. Además produce cambios en: la percepción, las respuestas emocionales y afectivas, la apreciación primaria y secundaria, las respuestas de afrontamiento (Peiró, 1992). Según Martínez (2004) surge de un desajuste entre las capacidades del individuo y las exigencias de su trabajo, que puede ser crónico, cuando la persona no puede recuperarse completamente durante el período laboral, o agudo, tratándose entonces de situaciones de corta duración. Sin embargo, en ocasiones es difícil diferenciarlos, ya que sus efectos (psicofisiológicos y/o sociales) pueden ser igualmente duraderos (Peiró & Salvador, 1993).

## **1.7 Modelos de estrés laboral**

Se han descrito dos modelos de estrés laboral que han dado origen a numerosas investigaciones. Se trata del modelo demanda-control, propuesto por Karasek y Theorell (1990, citado por Calnan, Wainwright & Almond, 2000) y del modelo esfuerzo y recompensa de Siegrist (Siegrist & Marmot, 2004). El modelo demanda-control ha sido desarrollado para describir situaciones laborales con estresores crónicos y propone dos aspectos que generan estrés en el trabajo. Por un lado, las exigencias demandantes que se imponen al trabajador, tanto

psicológicas como físicas y, por el otro, el escaso control que el individuo puede ejercer sobre éstas, entendido como el grado de libertad que tenga un trabajador para tomar decisiones sobre su tarea y utilizar sus habilidades (Tsutsumi & Kawakami, 2004). Posteriormente se incorporó un tercer componente, el apoyo social, que, según Calnan et al. (2000) brinda la protección necesaria contra el estrés resultante de un trabajo con demandas excesivas y escaso control. El modelo también predice que altas demandas asociadas a elevada autonomía configuran trabajos que aumentan la motivación y permiten el aprendizaje, generando efectos protectores sobre la salud ya que posibilitan a los individuos desarrollar un mayor rango de estrategias de afrontamiento, aumentando la satisfacción laboral. En general, el control provee la oportunidad de ajustarse a las demandas acorde a las necesidades y circunstancias. Investigaciones orientadas a verificar empíricamente este modelo han llegado a resultados contradictorios. A su vez, se ha observado que otras variables (no contempladas en el modelo) pueden amortiguar los efectos anticipados por Karasek, tales como el manejo del tiempo que compensa bajos niveles de autonomía (Peeters & Rutte, 2005) o el optimismo, que modera la relación entre altas demandas y bajo control, llevando a los pesimistas a experimentar más ansiedad y depresión (Totterdell, Wood & Wall, 2006). Las mayores críticas que ha recibido este modelo se centran en su simplicidad, desde el momento que no incluye aspectos tan importantes como las características personales que pueden llevar a algunos a describir un trabajo como desafiante y estimulante, y a otros como inmanejable y estresante (Calnan et al., 2000). En cuanto a las escalas que evalúan las demandas, se ha observado su falta de discriminación entre 18 demandas cualitativas y cuantitativas (Mikkelsen et al., 2005) y, lo que es más objetable, en algunos casos se han obtenido resultados inconsistentes al probar los efectos combinados de demanda y control (Siegrist & Marmot, 2004). Sin embargo, este modelo es muy popular debido a su sencillez, ya que en lugar de un amplio conjunto de variables sólo se incluyen dos aspectos centrales, lo que facilita el diseño de intervenciones tendientes a mejorar aspectos del trabajo reduciendo la tensión laboral, disminuyendo las demandas o aumentando el margen de decisión (Schaufeli, 1999). El modelo de esfuerzo y

recompensa, propuesto por Siegrist enfatiza la importancia que tiene el trabajo para ofrecer opciones que contribuyan a aumentar la autoeficacia en las personas a través de recompensas materiales, psicológicas y sociales. El modelo postula que la falta de reciprocidad o percepción de injusticia entre la inversión que el trabajador considera haber realizado para la empresa donde trabaja y los beneficios que obtiene (dinero, aumento de su autoestima o desarrollo de su carrera), generan las consecuencias del estrés. Calnan et al. (2000) sugieren que este modelo está basado en la premisa que si bien el estatus ocupacional provee una oportunidad de incrementar la imagen de uno mismo y la autoeficacia a través del desempeño efectivo del rol, los beneficios psicológicos asociados con el trabajo dependen de una relación recíproca en la cual la inversión del esfuerzo está relacionada con adecuadas recompensas. Este modelo goza de amplia aceptación entre los especialistas ya que coinciden en señalar que la combinación de factores situacionales o extrínsecos (que hacen al trabajo más demandante) e intrínsecos (como la motivación) provee un indicador más sensible del estrés que, por ejemplo, el modelo demanda-control que sólo considera características objetivas.

## **1.8 Tipos de estresores laborales**

Según Slipack (1996, citado en Campos, 2006) existen dos tipos de estrés laboral:

El episódico: Es aquel que ocurre momentáneamente, es un estrés que no se posterga por mucho tiempo y luego de que se enfrenta o resuelve desaparecen todos los síntomas que lo originaron; un ejemplo de este tipo de estrés es el que se presenta cuando un trabajador es despedido de su empleo. El crónico: que se puede presentar cuando la persona se encuentra sometida a las siguientes situaciones: 1- Ambiente laboral inadecuado. 2- Sobrecarga de trabajo. 3- Alteración de ritmos biológicos. 4- Responsabilidades y decisiones muy importantes. El estrés crónico es aquel que se presenta varias veces o frecuentemente cuando un trabajador es sometido a un agente estresor de manera constante, por lo que los síntomas de estrés aparecen cada vez que la

situación se presenta y mientras el individuo no afronte esa exigencia de recursos el estrés no desaparecerá.

Se clasifican en:

a.- Estresores del ambiente físico, entre los que se encuentran: - La iluminación. No es lo mismo trabajar en turno nocturno que en el diurno. - El ruido. Trabajar con alarmas continuamente, puede afectar no sólo al oído, sino al desempeño del trabajo: satisfacción, productividad, etc. - Ambientes contaminados. La percepción de los riesgos, puede producir mayor ansiedad en el profesional, repercutiendo en el rendimiento y en el bienestar psicológico. - La temperatura. A veces trabajar en un ambiente caluroso genera un tremendo discomfort. Campos (2006).

Los profesionales que han de trabajar en quirófano muchas horas con delantales o guantes protectores de plomo pueden estar sometidos a cargar con un peso importante. El cansancio puede duplicarse.

b.- Estresores de la tarea. La generación de estrés varía de unas personas a otras, ya que las características de cada tarea y de lo que genera en los profesionales van en función de lo que gusta o no hacer. Cuando la tarea se adecúa a las expectativas y a la capacidad de profesional, contribuye al bienestar psicológico y supone una importante motivación. Entre estos estresores se encuentran: - La carga mental de trabajo. Es el grado de movilización de energía y capacidad mental que el profesional pone en juego para desempeñar la tarea. Ejemplo: tener que preparar 25 sueros llenos de medicación en un horario reducido. - El control sobre la tarea. Ocurre cuando no se controla la tarea, es decir, cuando las actividades a realizar no se adecuan a nuestros conocimientos. Ejemplo: Han cambiado a un profesional de puesto de trabajo, y ha sido trasladado a un servicio de nefrología, cuando resulta que los cinco últimos años ha trabajado en la unidad de cardiología. No controla la tarea a realizar y no se atreve a tomar las iniciativas adecuadas por temor a la falta de conocimientos y atención que requieren este tipo de pacientes.



c.- Estresores de la organización: Los estresores más importantes que aparecen en la organización son los siguientes: - Conflicto y ambigüedad del Rol. Ocurre cuando hay diferencias entre lo que espera el profesional y la realidad de lo que le exige la organización. Puede haber conflictos como por ejemplo recibir órdenes contradictorias de un responsable de enfermería o cuando los deseos y metas no se corresponden con lo que realmente estamos haciendo. Cuando no se tiene claro lo que se tiene que hacer, los objetivos del trabajo y la responsabilidad inherente que conlleva, nos puede estresar de forma importante. También influyen los tiempos de descanso, las relaciones interpersonales, sentirse observado-criticado por los compañeros, las dificultades de comunicación y las escasas posibilidades de promoción. Estos factores también pueden generar estrés laboral.

- La jornada de trabajo excesiva produce desgaste físico y mental e impide al profesional hacer frente a las situaciones estresantes. Por ejemplo una jornada nocturna puede ser más larga que una de mañana o tarde y por tanto al final de la jornada, el profesional se encontrará más agotado y su capacidad física y mental puede verse disminuida.
- Las relaciones interpersonales pueden llegar a convertirse en una fuente de estrés. Piénsese en un profesional desequilibrado emocionalmente que hace la vida imposible a todos sus compañeros. Es una fuente continua de estrés. Por el contrario, cuando existe buena comunicación interpersonal y cuando se percibe apoyo social y de la organización, se amortiguan los efectos negativos del estrés laboral sobre nuestra salud.
- Promoción y desarrollo profesional. Si las aspiraciones profesionales no se corresponden con la realidad por falta de valoración de méritos, se puede generar una profunda frustración apareciendo el estrés.

## **1.9 Fuentes del estrés laboral**

Hay muchas condiciones de trabajo que se han estudiado en relación al estrés laboral, por resultar estresantes para el trabajador. Entre ellas se puede destacar el trabajo repetitivo, el trabajo en cadena, la vigilancia o supervisión de monitores, las horas extras involuntarias, los horarios inflexibles o la falta de habilidad para realizar el trabajo. Se puede distinguir seis fuentes típicas de estrés laboral: - Las

condiciones físicas de trabajo son unos de los aspectos más evidentes a la hora de evaluar las fuentes del estrés. Las medidas preventivas y las inspecciones disponen de indicadores que permiten conocer el grado de salubridad del empleo, el grado de peligrosidad que pueden encerrar y sus posibles repercusiones. Sin embargo esta situación no está tan clara cuando pasamos a hablar de otros agentes que pueden causar estrés. - La distribución temporal del trabajo y la velocidad a la que se completa son factores muy importantes. La exigencia continua de completar tareas en un tiempo limitado o escaso es un importante factor de estrés. Dependiendo del empleo, el trabajador tiene más o menos flexibilidad para ordenar temporalmente los procesos o las tareas que pueden hacer y administrar las pautas, por lo que puede aprovechar estas circunstancias y distribuir y ordenar sus tareas de la manera que le sea más ventajosa o más fácil realizarlas. Sin embargo, muchas personas no aprovechan esta oportunidad cuando la tienen, y tienden a sobrecargarse de trabajo y a plantearse exigencias máximas de manera continuada que no pueden asumir o sacar adelante. Las condiciones de trabajo por turnos pueden suponer un factor de estrés y, a menudo, son el origen de trastorno del sueño y de sus consecuencias. - La demanda o carga de trabajo y, obviamente, la sobrecarga es una de las fuentes más frecuentes de estrés. Puede tratarse de una demanda excesiva, hablando en términos de cantidad de trabajo o de una demanda relacionada con la calidad del mismo, cuando éste es muy difícil o de mucha responsabilidad. La carga cuantitativa es equiparable al estrés cotidiano del que se quejan muchas personas y equivale a estar fatigado de trabajo. La sobrecarga cualitativa es más subjetiva de evaluar y si no está reglamentada, implica juicios de valor acerca de lo que alguien está capacitado o no para asumir. Esta sobrecarga está relacionada con las necesidades de formación y habilidades para ejecutar la tarea, su dificultad y complejidad. Las exigencias del trabajo vienen de la mano de la búsqueda de una mayor productividad y calidad, del ajuste a normas nuevas, de adaptación al uso de nuevas tecnologías que frecuentemente conllevan cambios en los procedimientos y la necesaria adopción de los mismos por parte del empleado. Estas situaciones pueden derivar en críticas o exigencias por no llevar a cabo las

tareas de una manera suficientemente efectiva o rápida. Muchos investigadores apuntan a razones sociales de carácter general como las responsables del estrés laboral. Al candidato a un puesto se le exigen cada vez mayores habilidades y destrezas. La competitividad excesiva y la inseguridad en el puesto de trabajo llevan a exigir más al empleado y a que éste abandone otras áreas de la vida más gratificantes, como el tiempo que se pasa con la familia o el tiempo que pasa con los amigos, las aficiones o el deporte. Todas las personas necesitamos tiempo privado y de ocio que se ve mermado cuando aumentan las exigencias o demandas en el trabajo. La dificultad de conciliación entre la vida familiar y laboral es un ejemplo actual de estrés laboral. El aburrimiento y el carácter repetitivo de las tareas son también estresantes. Hay una asociación entre la realización de tareas repetitivas de corta duración por un lado y el estrés y la quejas de salud por el otro, asociación que no se da en los empleos caracterizados por su variedad. La falta de trabajo, o infracarga, pueden también ser estresantes. - Otra fuente de estrés deriva del ámbito genérico que se denomina nivel ocupacional y de las tareas que desempeña el trabajador, relacionados con las demandas o exigencias de rol, de cuál es su papel en la empresa, de lo que tienen o de lo que no tienen que hacer, o de dónde termina el ámbito de su responsabilidad. Están relacionados estos aspectos con características intrínsecas a las relaciones interpersonales como la ambigüedad y el conflicto de roles. La falta de definición de las tareas a realizar lleva a la ambigüedad de rol, de forma que el empleado no sabe que tiene qué hacer o qué se espera de él, porque tiene información insuficiente. El conflicto de rol surge cuando hay importantes diferencias entre la descripción del trabajo, por ejemplo de las tareas que lo componen, y de cómo lo perciben los demás o también cuando no se corresponden las expectativas generadas en el candidato con la realidad del empleo. Este tipo de conflicto suele afectar más bien a los escalones inferiores de la organización, aunque puede darse también en profesionales cualificados. Es importante una buena comunicación entre la empresa y el trabajador y un buen conocimiento del puesto de trabajo, relacionado con las habilidades de desarrollo de la carrera profesional. La responsabilidad especialmente sobre otras personas más que sobre máquinas

o procesos, es un factor de estrés, como lo es la responsabilidad excesiva cuando y toman decisiones con consecuencias graves sobre otras personas o sobre el negocio en general. La responsabilidad excesiva provoca reducción en la satisfacción laboral y una actitud negativa hacia el trabajo. En el lado opuesto, la falta de responsabilidad, la ausencia y control propio sobre los procesos o procedimientos, la falta de autonomía y de participación en la toma de decisiones son factores de estrés. - Las relaciones sociales en el trabajo son otro factor de estrés laboral. Las relaciones personales son muy importantes, y dentro de ellas destacan los conflictos personales con factor de estrés. Por el contrario, el apoyo social y las relaciones sociales proporcionan recursos para adaptarse a las situaciones estresantes, generan lazos emocionales y fomentan las habilidades para afrontar el estrés. La cohesión grupal contrarresta los efectos negativos de la ambigüedad y del conflicto de rol, comentados anteriormente. El factor social más importante es la falta de comunicación o el apoyo del superior o supervisor, que cuando no existe o se deteriora puede ser una fuente principal de estrés. A veces se manifiesta en la falta de reconocimiento y de valoración de las tareas hechas cuando estas exigen un esfuerzo especial. En otros casos la fuente de estrés laboral es un excesivo entrometimiento o crítica de la labor del trabajador. La falta de relaciones personales en el trabajo, el aislamiento social y la falta de apoyo que conlleva es un estresor importante que las propias habilidades sociales pueden atenuar: Unas habilidades dependen de la persona, ya que hay quien es más extravertido y otras pueden aprenderse en el puesto de trabajo o fuera de él. La formación en habilidades de comunicación, liderazgo, solución de conflictos y negociación tiene su lugar en las actividades de desarrollo profesional y deben incluirse en los planes de formación de las empresas. Las interacciones entre la vida personal y familiar son complejas. La vida familiar desempeña un importante papel en el ajuste personal de todos y tiene un papel decisivo en la satisfacción laboral y en el estrés laboral. Precisamente un problema que poseen muchas personas es la incapacidad de “desconectar” de los problemas del trabajo y de llevarse a casa los agobios, pequeños o grandes, del trabajo. El hogar puede provocar estrés, pero es también la mayor fuente de apoyo social que existe. La

vida familiar afecta decisivamente a la carrera profesional de varias formas. - Frente a la estructura de la organización, que tiene se influencia, el clima laboral, clima organizacional o psicológico de la empresa es un factor, muchas veces subjetivo, que influye en el estrés laboral. Frecuentemente depende de cómo le va a cada cual en la organización. Determina procesos internos de trabajo y de funcionamiento. Este muy afectado por el estilo de gestión de los directivos y por lo tanto es uno de los ámbitos de actuación de la empresa que puede influir, hasta cierto punto, en la satisfacción laboral y en prevenir o aliviar el nivel de estrés de los trabajadores.

Algunos factores que influyen en el clima organizacional son: ·

- Tamaño de la organización
- Tipo de negocio, actividad
- Estrategia general
- Cultura corporativa
- Historia y antecedentes cooperativos de trato al empleado

## **1.10 Causas y factores desencadenantes**

Factores desencadenantes Día a día nos encontramos con personas que dedican la mayor parte de su tiempo al trabajo, viven agobiados y angustiados por buscar la perfección en el área laboral, descuidando aspectos importantes de la vida como la familia, los amigos. Son estas situaciones las que muchas veces llevan a los individuos a ser adictos de su empleo y estas mismas son las que generalmente ocasionan estrés laboral. Los agentes estresantes pueden aparecer en cualquier campo laboral, a cualquier nivel y en cualquier circunstancia en que se someta a un individuo a una carga a la que no puede acomodarse rápidamente, con la que no se sienta competente o por el contrario con la que se responsabilice demasiado. El estrés laboral aparece cuando por la intensidad de las demandas laborales o por problemas de índole organizacional, el trabajador comienza a experimentar vivencias negativas asociadas al contexto laboral.

(Doval, Moleiro & Rodríguez, 2004). González Cabanach (1998 citado en Doval et. al, 2004) distingue que algunas de los factores estresantes en el contexto laboral son:

1. Factores intrínsecos al propio trabajo
2. Factores relacionados con las relaciones interpersonales
3. Factores relacionados con el desarrollo de la carrera profesional
4. Factores relacionados con la estructura y el clima organizacional.

Santos (2004) menciona que el avance tecnológico en el área industrial ha incorporado como factor estresante la monotonía, haciendo énfasis que este fenómeno no es perceptible fácilmente por los individuos en su trabajo. La vida rutinaria ocasiona desánimo, apatía, cansancio, etc. en los individuos miembros de una organización y estos son síntomas del trastorno denominado estrés, por lo que las personas al encontrarse sometidas a situaciones como esta no desarrollan todo su potencial, el cual queda limitado a hacer únicamente lo que se les ordena impidiéndose de esta forma el pleno desarrollo en el campo laboral.

Basado en Bresó (2008) y Dolan et al. (2005) podemos indicar tres factores intervinientes en el Estrés Laboral (ver Figura 3):

1. Recursos personales: refiere a las características del trabajador tales como habilidades, aspiraciones, necesidades, valores, creencias de eficacia personal (autoeficacia), capacidad de control del medio (locus de control), entre otros aspectos.
2. Recursos laborales: son las características del trabajo que reducen las demandas y sus costos asociados; y / o estimulan el crecimiento personal, el aprendizaje y la consecución de metas
3. Demandas laborales: entendidas como las características del trabajo que requieren un esfuerzo físico y/o psicológico (mental y emocional) y por tanto tiene

costes físicos y/o psicológicos. El balance o desbalance de estos factores incidirá en el tipo y grado de estrés que una persona viva. (Duran, 2010)



FUENTE: Adaptado de Bresó (2008)

Una mala organización del trabajo, es decir, el modo en que se definen los puestos y los sistemas del trabajo, y la manera en que gestionan, puede provocar estrés laboral. El exceso de exigencias y presiones o la dificultad para controlarlas pueden tener su origen de una definición inadecuada del trabajo, una mala gestión o la existencia de condiciones laborales insatisfactorias. Del mismo modo, estas circunstancias pueden hacer que el trabajador no reciba suficiente apoyo de los demás, o no tenga suficiente control sobre su actividad y las presiones que conlleva. La mayor parte de las causas del estrés laboral están relacionadas con la forma en que se define el trabajo y el modo en que se gestionan las entidades. Tales factores pueden ser perjudiciales, por lo que se denominan “peligros relacionados con el estrés”. Por lo general, en la literatura sobre el estrés se acepta la existencia de nueve categorías de peligros relacionados con el estrés, enumerados en el cuadro. No debemos olvidar, no obstante, que algunos de esos peligros pueden no ser universales o no considerarse perjudiciales en determinadas culturas.

## 1.11 Peligros relacionados con el estrés

### Características del trabajo:

#### *Características del puesto*

- Tareas monótonas, aburridas y tribales.

Falta de variedad.

- Tareas desagradables.
- Tareas que producen aversión.

#### *Volumen y ritmo del trabajo*

- Exceso o escases de trabajo.
- Trabajos con plazos muy estrictos.

#### *Horarios de trabajo*

- Horarios de trabajo estricto e inflexible.
- Jornadas de trabajo muy largas o fuera del horario normal.
- Horarios de trabajo imprevisibles.
- Sistemas de turnos mal concebidos.

#### *Participación y control*

- Falta de participación en la toma de decisiones.
- Falta de control (por ejemplo, sobre los métodos de trabajo, el ritmo de trabajo, el horario laboral y el entorno laboral).

### Contexto laboral:

#### *Perspectivas profesionales, estatus y salario*



- Inseguridad laboral.
- Falta de perspectivas de promoción profesional.
- Promoción excesiva o insuficiente.
- Actividad poco valorada socialmente.
- Remuneración por trabajo o destajo
- Sistema de evaluación del rendimiento injusto o poco claro.
- Exceso o carencia de capacidades para el puesto.

#### *Papel en la entidad*

- Papel indefinido
- Funciones contrapuestas dentro del mismo puesto.
- Tener a cargo a otras personas.
- Atender constantemente a otras personas y ocuparse de sus problemas.

#### *Relaciones interpersonales*

- Supervisión inadecuada, desconsiderada o que no proporciona apoyo. · Malas relaciones con los compañeros. · Intimidación, acoso y violencia.
- Trabajo aislado o en solitario.
- Ausencia de procedimientos establecidos para tratar de resolver problemas y quejas.

#### *Cultura institucional*

- Mala comunicación.
- Liderazgo inadecuado.
- Falta de claridad en los objetivos y en la estructura de la entidad.

### *Relación entre la vida familiar y la vida laboral*

- Exigencias contrapuestas entre la vida laboral y la vida familiar.
- Falta de apoyo en la familia con respecto a los problemas laborales

## **1.12 Síntomas y consecuencias del estrés laboral**

El estrés supone una reacción compleja a nivel biológico, psicológico y social. La mayor parte de los cambios biológicos que se producen en el organismo cuando está sometido a una reacción de estrés no son perceptibles para el ser humano y se precisan procedimientos diagnósticos para determinar el nivel de la reacción. Sin embargo, a nivel psicológico muchos síntomas producidos por el estrés pueden ser fácilmente identificados por la persona que está sufriendo dichos cambios. La reacción más frecuente cuando nos encontramos sometidos a una reacción de estrés es la ansiedad. Los síntomas de ansiedad más frecuentes son: (Cano, 2002) 1. A nivel cognitivo-subjetivo: Preocupación, temor, inseguridad, dificultad para decidir, miedo, pensamientos negativos sobre uno mismo, pensamientos negativos sobre nuestra actuación ante los otros, temor a que se den cuenta de nuestras dificultades, temor a la pérdida del control, dificultades para pensar, estudiar, o concentrarse, etc. 2. A nivel fisiológico: Sudoración, tensión muscular, palpitaciones, taquicardia, temblor, molestias en el estómago, otras molestias gástricas, dificultades respiratorias, sequedad de boca, dificultades para tragar, dolores de cabeza, mareo, náuseas, tiritar, etc. 3. A nivel motor u observable: Evitación de situaciones temidas, fumar, comer o beber en exceso, intranquilidad motora (movimientos repetitivos, rascarse, tocarse, etc.), ir de un lado para otro sin una finalidad concreta, tartamudear, llorar, quedarse paralizado, etc. El estrés, además de producir ansiedad, puede producir enfado o ira, irritabilidad, tristeza-depresión, y otras reacciones emocionales, que también podemos reconocer. Pero además de estas reacciones emocionales podemos identificar claramente otros síntomas producidos por el estrés, como son el agotamiento físico, la falta de rendimiento, etc. Finalmente, si el estrés es muy intenso y se prolonga en el tiempo, puede llegar a producir enfermedades físicas y

desórdenes mentales; en definitiva problemas de salud. Los costos del estrés laboral pueden ser muy altos tanto desde su valor personal como empresarial u organizacional. Se puntualizan aquí algunos de los aspectos mencionados en apartados anteriores, sin agotar las posibilidades de manifestaciones:

En el ámbito personal:

- Salud física: trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, endocrinos, dermatológicos, musculares, aumento del ritmo cardíaco y presión sanguínea, sudoración, sequedad de la boca, escalofrío, dilatación de pupilas, tensión muscular, insomnio o hipersomnia, alergias, úlceras, etc.
- Salud Mental (emocional/cognitivo): frustración, ansiedad/angustia, depresión, enojo/irritabilidad, baja autoestima, culpa, incapacidad para tomar decisiones y concentrarse, olvidos frecuentes, hipersensibilidad, bloqueo mental.
- Aspectos Conductuales: irritabilidad y mal humor, adicciones, agresividad, apatía.
- Dimensión Social: distanciamiento y/o dificultades en las relaciones de pareja, familia, amigos y compañeros de trabajo.

En el ámbito organizativo: disminución de producción, ya sea en cantidad, calidad o ambas; falta de cooperación entre compañeros, aumento de peticiones de cambio de puesto de trabajo; necesidad de una mayor supervisión del personal; aumento de quejas y de conflictos, incremento de costos en salud (incapacidades, médico de empresa y otros), aumento de ausentismo, accidentes e incidentes. Propicia más conflictos interpersonales, mayor índice de errores, bajo rendimiento ocupacional, distanciamiento afectivo con clientes, aumento en los gastos en materia de salud y rotación de personal, entre otros aspectos (Dolan 2005). Se incrementan el acoso moral y la violencia en el trabajo (mobbing o acoso psicológico); también es frecuente que se presenten casos de Síndrome del Burnout (Quemado o agotamiento emocional producido por agotamiento laboral y actitudes negativas hacia el desempeño laboral), lo cual remite también a

diferentes grados de fatiga fisiológica y patológica que pueden ocasionar envejecimiento prematuro, con reducción de esperanza de vida, accidentes de trabajo y muerte, además de enfermedades profesionales y adicciones (alcohol, tabaco, trabajo, sexo, comida, gasto, internet, juego...) Todas estas condiciones han incidido en que la Organización Mundial de Salud (2005) destacara que el estrés en el trabajo se constituye en una de las máximas prioridades en el ámbito mundial en el campo laboral pues se espera para el futuro un incremento progresivo del mismo por las condiciones actuales del mercado y los retos que impone el mundo de los negocios del nuevo siglo, constituyéndose en un peligro para las economías de los países industrializados y en vías de desarrollo en tanto que los efectos del estrés lesionan la productividad y competitividad de las empresas, al afectar la salud física y mental de los trabajadores, lo cual les ocasiona costos económicos y humanos muy altos a las organizaciones (Del Pino, 2005).

### **1.13 Bienestar psicológico**

Una aportación relevante, es la medida del bienestar psicológico de los trabajadores, es importante tener presente que el bienestar psicológico puede y debe ser estudiado teniendo en cuenta diferentes niveles de integración de los comportamientos humanos. Los estudios tradicionales acerca del bienestar se han perfilado en dos líneas: una vinculada con la felicidad como indicadora de la calidad de vida, y otra ligada al desarrollo del potencial humano, lo cierto es que la mayoría de las investigaciones sobre bienestar psicológico no han tenido un marco teórico claro como respaldo. En este campo existe una cantidad de datos empíricos, pero muy pocos modelos teóricos que guíen la construcción de los instrumentos y la interpretación de los resultados de las investigaciones. Durante mucho tiempo se creyó que el bienestar psicológico estaba relacionado sólo con variables objetivas como la apariencia física y la inteligencia, pero hoy se sabe que está más vinculado con otras de nivel individual y subjetivo. Así, diferentes estudios han resaltado que aquellos individuos más felices y satisfechos sufren menor malestar, tienen mejores apreciaciones personales, un mejor dominio del

entorno y un manejo de los vínculos interpersonales más saludable, y consideran que el bienestar se operacionaliza fácilmente a través de los índices de afecto positivo o negativo, o de las escalas unidimensionales de satisfacción, ignorando la adjudicación de significados de los actos humanos, tales como el sentido de orden o la coherencia en la existencia personal.

## **1.14 El bienestar psicológico según diferentes autores**

Diener 1994 (citado en Casullo et al., 2002) sostiene que en la investigación científico-académica se evita referirse al término “felicidad” por sus usos diversos a nivel popular. La autora comenta que el bienestar psicológico son componentes estables y cambiantes al mismo tiempo. La valoración de los eventos vitales se modifica en función del afecto negativo y positivo predominante. El bienestar psicológico es estable a largo plazo, pero experimenta variaciones circunstanciales en función de los afectos predominantes. Reconoce tres características: subjetividad, presencia de indicadores positivos y no solo la ausencia de factores negativos y una valoración global de la vida. Un alto bienestar depende de una apreciación positiva de aquélla que perdura a lo largo del tiempo, y el bajo bienestar depende del desajuste entre expectativas y logros. Veenhoven (1991), define al bienestar psicológico como el grado en el que un individuo juzga globalmente su vida en términos favorables. Andrews y Withey (1976), definen al bienestar subjetivo tomando en cuenta los aspectos cognitivos y los afectivos (afecto positivo y negativo). (Andrews y Withey (1976), citados en Casullo et al., 2002). La opinión de García y González (2000), el bienestar psicológico se diferencia claramente de la calidad de vida. De hecho, ésta incluye el concepto de bienestar, puesto que implica una interacción bastante compleja entre factores objetivos ligados a condiciones externas de tipo económico, sociopolítico, cultural y ambiental, mientras que el bienestar está signado por la autovaloración vital que hace la persona en función de su nivel individual de satisfacción. Autores como Ryff (1989) critica los estudios clásicos sobre satisfacción; ya que en general, considera el bienestar psicológico como la ausencia de malestar o de trastornos psicológicos, ignorando las teorías sobre la

autorrealización y el ciclo vital. En este sentido, la autora plantea serias dudas sobre la unidimensionalidad del concepto del bienestar psicológico, señalando su multidimensionalidad. En este sentido, después de algunos años de investigaciones Ryff y Keyes (1995), plantean que el bienestar es una dimensión fundamentalmente evaluativa que tiene que ver con la valoración del resultado logrado con determinada forma de haber vivido. Así, el bienestar tiene variaciones importantes según el género, la edad y la cultura. A través de sus estudios pudo observar que el bienestar psicológico está compuesto por seis dimensiones: (a) una apreciación positiva de sí mismo; (b) la capacidad para manejar de forma efectiva el medio y la propia vida; (c) la alta calidad de los vínculos personales; (d) la creencia de que la vida tiene propósito y significado; (e) el sentimiento de que se va creciendo y desarrollándose a lo largo de la vida y (f) el sentido de autodeterminación.

DIMENSIONES	EL BIENESTAR PSICOLOGICO ES...
Control de situaciones	Tener la sensación de control y de autocompetencia. Las personas con control pueden crear o moldear contextos para adecuarlos a sus propias necesidades e intereses. Aquellos que presentan una baja sensación de control tienen dificultades en el manejo de los asuntos de la vida diaria y creen que son incapaces de modificar el ambiente en función de las necesidades.
Aceptación de sí mismo	Poder aceptar los múltiples aspectos de sí mismo, incluyendo los buenos y los malos. Sentirse bien acerca de las consecuencias de los eventos pasados. No tener aceptación de sí mismo es

	estar desilusionado respecto de la vida pasada y querer ser diferentes de cómo se es.
Vínculos Psicosociales	Capacidad para establecer buenos vínculos con los demás. Tener calidez, confianza en los demás y capacidad empáticas y afectivas. Tener malos vínculos significa tener pocas relaciones con los demás, sentirse aislado y frustrado. Incapacidad para establecer relaciones comprometidas con los demás.
Autonomía	Poder tomar decisiones de modo independiente. Tener asertividad. Poder confiar en el propio juicio. Ser poco autónomo es depender de los demás para tomar decisiones y estar preocupado por lo que ellos dicen, piensan y sienten.
Proyectos	Tener metas y proyectos en la vida. Considerar que la vida tiene significado. Asumir valores que otorgan sentido y significado a la vida.

En esta misma línea de estudio se encuentran los trabajos de Antonovsky (1988) en los que apunta que el bienestar psicológico de una persona depende de los recursos suficientes disponibles para afrontar las demandas del medio.

## 1.15 Determinantes individuales del bienestar psicológico

Peter Warr (1987), propuso “el modelo vitamínico del bienestar psicológico en el trabajo”, es un modelo integrador de la literatura existente de los factores y variables que pueden estar influyendo en el bienestar psicológico de una persona trabajadora tanto fuera como dentro del ambiente de trabajo.

A continuación se comentarán los factores individuales que Warr tiene en cuenta en su modelo.

- 1- Disposiciones afectivas: Existen dos disposiciones afectivas principales, a las que se hace referencia como rasgos de la personalidad de “afectiva negativa” (AN) y “afectiva positiva” (AP). Ambos rasgos tiene una influencia general sobre las respuestas positivas (emocionales) a las características y a lo que ocurre en el ambiente. Estas dos disposiciones pueden ser conceptualizadas del siguiente modo: La afectividad negativa abarca un amplio rasgo de estados emocionales aversivos, de manera de que las personas con una alta afectividad negativa tiene mayor probabilidad que otras de experimentar elevados niveles de distres y de insatisfacción en cualquier circunstancia. Tienden a centrarse en el lado negativo de sí mismos y del mundo en general. Las personas con bajo AN tienen mayor probabilidad de sentirse seguras y satisfechas con su ambiente. Por otra parte, la afectividad positiva abarca a personas con altos niveles de energía, excitación y entusiasmo. Individuo con alto AP tienden más a llevar vidas activas que las persona con bajo AP, y a ver sus ambientes de una manera positiva. Los rasgos de personalidad están sujetos a ser reflejados en el estado de la persona cuando ésta se encuentra en una situación relevante de rasgos.
- 2- Estándares personales de comparación y bienestar en el trabajo: los sentimientos de las personas sobre su trabajo son una función en sí mismo como de su propia personalidad. Y uno de los factores que puede estar afectando el bienestar psicológico en el trabajo son los estándares personales de comparación. La gente selecciona a otros individuos y grupos (además de a



sí mismo) para poder evaluar información ambigua pero emocionalmente significativa. Estos estándares de comparación probablemente derivarán en parte de las elecciones personales de que referente considerar.

- 3- Otras características personales: según Warr otros factores individuales que influirán sobre este bienestar en el trabajo incluyen preferencias estables por ciertos tipos de actividad, así como un nivel específico de habilidad que influenciará estas preferencias (además del tipo de trabajo que la persona lleve a cabo). El bienestar psicológico del trabajo en cualquier situación está afectado por las actitudes hacia el contenido de la tarea (al menos en grados extremos), así como su habilidad para realizar dichas tareas.

## **CAPÍTULO II**

# **ESTRATÉGIAS DE INTERVENCIÓN PARA EL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS LABORAL**

## **2.1 Prevención e intervención para el afrontamiento del estrés laboral**

Para llevar a cabo un adecuado control del estrés laboral las intervenciones han de centrarse en una doble vertiente, ya que el control ha de ejercerse desde la prevención y desde la intervención de la experiencia del estrés y de sus consecuencias negativas (Peiró, Ramos y González, 1994).

En la literatura existe un consenso prácticamente unánime en cuanto a que todas las intervenciones han de centrarse tanto en el individuo como en la organización, normalmente se ha dejado el peso de la responsabilidad de superar el estrés al individuo de forma individual, pero solo alcanzará el éxito cuando se apoyen en el resto de los elementos de la organización (González, 2006).

Con la implementación de estrategias de prevención, se pretende un control de los estímulos que pueden generar el estrés, eliminando los desencadenantes e impidiendo que lleguen a convertirse en generadores de estrés, una modificación de causas y por tanto una modificación de los factores psicosociales relacionados con el estrés. Esta forma de abordaje consistiría en la llamada prevención primaria (Luceño, Martín, Rubio y Díaz, 2004).

La prevención secundaria se identificaría más plenamente con la intervención y la terciaria consistiría en la modificación de síntomas o tratamiento, ya sea este psicológico o médico.

En cuanto a la intervención, las estrategias y programas se dirigen a la reducción de los efectos negativos del estrés. La intervención se puede plantear tanto a nivel del individuo como a un nivel organizacional no oponiéndose en ningún momento las estrategias de intervención a las estrategias de prevención.

Siguiendo a Peiró, Ramos y González (1994), a nivel individual encontramos aquellas intervenciones que se centran en la mejora de los recursos para afrontar situaciones de riesgo, técnicas dirigidas a modificar la valoración de los estímulos y de los recursos disponibles así como las intervenciones que llevan por objeto

aumentar las estrategias de afrontamiento del sujeto (técnicas cognitivas conductuales, relajación o ejercicio físico). A nivel organizacional los programas se centran en la mejora de las condiciones de trabajo, cambios en los procesos organizacionales, ajuste de las personas con su entorno de trabajo, formación de equipos de trabajo y comités de seguridad y salud, modificación del clima y/o cultura organizacional, participación en la gestión de la organización, incremento de la autonomía o los programas de intervención de crisis organizacional.

A menudo los programas de intervención se realizan de forma conjunta, a nivel individual/grupal, es decir a nivel personal dentro de las organizaciones. Para que tengan éxito las intervenciones que persigan el aumento del control percibido por el trabajador han de acompañarse de estrategias de afrontamiento a nivel individual y grupal (Amutio, 2004; Durán, 2010).

Otros autores recomiendan las intervenciones a nivel exclusivamente organizacional cuando se orienten al control de los estresores (Gómez, Lupiani, Gala y Guillen, 2003). En muchas ocasiones, los miembros de una misma unidad o de un mismo entorno están sometidos a iguales estresores, por lo que pueden buscar y ensayar estrategias de afrontamiento grupales ante dichos estresores (González, Zurriaga y Peiró, 2002).

Los programas cognitivos conductuales son tratamientos de primera elección, tanto a nivel individual como a nivel grupal, mostrándose efectivos para la reducción de la sintomatología asociada al estrés y para incrementar las estrategias de afrontamiento (Lago y Pizá, 2011; Mañas, Franco y Justo, 2011).

## **2.2 Enfoque psicoeducativo**

El enfoque psicoeducativo implica promocionar al paciente/familia información básica sobre su enfermedad, síntomas básicos y diversas estrategias de afrontamiento.

Esta primera categoría de tratamientos incluye compartir información básica con el sujeto, a través de libros, artículos y otros documentos de interés que permita

adquirir al paciente nociones esenciales de conceptos relacionados con el trastorno como conocimientos de psicofisiología, introducción al concepto de respuesta de estrés, conocimientos jurídicos básicos relacionados con el problema (como por ejemplo en casos de violación, delincuencia, etc).

A nivel familiar incluye la enseñanza de estrategias de afrontamiento y habilidades de solución de problemas para facilitar la relación con la persona afectada por el trastorno.

El enfoque psicoeducativo, a nivel familiar, parece reducir considerablemente las sensaciones de estrés, confusión y ansiedad, que suelen producirse dentro de la estructura familiar y que pueden llegar a desestructurarla, ayudando de manera significativa en la recuperación del paciente.

En todo caso, es importante destacar la necesidad de un enfoque colaborativo donde, tanto paciente como terapeuta, compartan información relevante, en una y otra dirección, facilitando de esta manera el proceso terapéutico.

## **2.3 Terapia cognitivo-conductual**

Surgida a partir de la Segunda Guerra Mundial, originariamente bajo el concepto de codificación de la conducta, se fundamentaba en sus primeros orígenes en técnicas de naturaleza básicamente conductista, basados en los trabajos de Pavlov y Skinner.

Posteriormente, con la incorporación de los trabajos de autores como Bandura y más recientemente Ellis, Beck, Meichenbaum o Cautela, la codificación de la conducta ha ido “asimilando” a su repertorio de técnicas de intervención las estrategias y procedimientos de la Psicología cognitiva, basada en la modificación de patrones de pensamiento distorsionado y el entrenamiento en habilidades de solución de problemas, manejo de ansiedad e inoculación de estrés.

Tanto por el número de estrategias eficaces de intervención disponibles como por la propia naturaleza multi-dimensional del trastorno, el enfoque cognitivo-

conductual parece especialmente adecuado en el abordaje psicoterapéutico de este tipo de trastornos.

La búsqueda de diferentes maneras para ayudar a las personas a gestionar y afrontar diferentes problemas psicológicos y conductuales es una constante de la psicología. A lo largo de la relativamente corta historia de esta disciplina, diferentes personas y escuelas de pensamiento han logrado desarrollar técnicas más o menos eficaces para tratar dichos problemas y trastornos.

Algunas de las aportaciones que mayor evidencia científica ha demostrado en el tratamiento exitoso de dichos problemas provienen del paradigma cognitivo-conductual, el predominante en la actualidad.

Desde la perspectiva cognitivo-conductual se entiende que los pensamientos, creencias y actitudes afectan a los sentimientos y emociones y al comportamiento. Por tanto, esta forma de terapia combina distintos métodos derivados de la terapia cognitiva y de la terapia conductual. Es decir, la terapia cognitivo-conductual (TCC) consiste en una serie de técnicas que se centran en enseñar al paciente una serie de habilidades para afrontar mejor los distintos problemas.

La TCC se basa en la idea de que lo que pensamos sobre las diferentes situaciones afecta a nuestra manera de sentirnos y comportarnos. Por ejemplo, si interpretamos una situación de manera negativa experimentaremos emociones negativas como resultado, y eso nos provocará que nos comportemos de una manera poco adaptativa. En la TCC el paciente trabaja con el terapeuta para identificar y cambiar los patrones de pensamiento disfuncionales. Para identificar el problema, el terapeuta realiza lo que se conoce como análisis funcional de la conducta. El análisis funcional de la conducta intenta averiguar los factores responsables de la producción o mantenimiento de los comportamientos calificados como desadaptativos y la relación de contingencias que se establece entre ellos.

Una vez detectado y analizado el problema, se utilizan distintas técnicas cognitivo-conductuales como el entrenamiento en habilidades sociales, técnicas expositivas, técnicas de resolución de problemas, reestructuración cognitiva, etc.

La terapia cognitiva-conductual, se basa en el principio de que si un comportamiento inadaptado puede ser aprendido, puede también ser desaprendido. De acuerdo a esto, las actitudes, los hábitos y los pensamientos negativos son respuestas

## **2.4 El paradigma cognitivo-conductual**

Nacido de la fusión entre las técnicas y procedimientos conductistas que buscan el conocimiento científico en base a lo observable y el conocimiento de que detrás de la conducta hay diversos procesos psicológicos que explican por qué actuamos, pensamos y sentimos cómo lo hacemos, el modelo o enfoque cognitivo-conductual se basa en el trabajo sobre los aspectos cognitivos de cara a producir una modificación significativa y profunda de la conducta.

Se trabaja sobre la herencia dejada por el conductismo, aplicando y adaptando numerosas técnicas propias de esta corriente con el fin de que la modificación conductual no sea algo mecánico y temporal sino que provoque un cambio en el modo de percibir la realidad y la existencia de problemas en los pacientes. Se tienen en cuenta aspectos como el procesamiento de la información, los mecanismos de afrontamiento, el autoconcepto y autoestima u otras variables como las habilidades, creencias y actitudes respecto al mundo.

A través de los métodos derivados de este enfoque se tratan muy diversos problemas mentales que desde un punto de vista validado por la ciencia y centrado en la problemática actual, trabajando a partir de los síntomas presentes para obtener una mejoría en la calidad de vida del paciente y un alivio de su malestar.

Dentro del paradigma cognitivo-conductual son múltiples los tratamientos, terapias y técnicas que pueden utilizarse de cara a producir una mejoría al paciente. Muchas de ellas son técnicas surgidas del conductismo a las cuales se les han añadido elementos cognitivos.

**La Teoría de Aarón Beck**, mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Beck, 1967 y 1976). El concepto de estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de esquema cognitivo y en el ámbito clínico el de supuestos personales (Beck, 1979). Los esquemas pueden permanecer "inactivos a lo largo del tiempo" y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social), se activan y actúan a través de situaciones concretas produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas).

## **COMPONENTES DE LA TEORIA COGNITIVA**

### **ESQUEMAS COGNITIVOS**

Constituyen una abstracción fruto de la experiencia previa. Son organizaciones de significado referentes a uno mismo, los otros, los eventos y las cosas. Están organizados en la memoria a largo plazo, tanto de forma semántica como de manera episódica, mediante escenas de guiones.

Contienen las creencias y los supuestos personales así como otros significados de desarrollo más tempranos de tipo pre-verbal. Aprendidos en la infancia y estables, lo que supone una vulnerabilidad específica a la depresión en concurrencia con eventos apropiados (son el núcleo de los trastornos cognitivos).



## COMPONENTES

### LA TRIADA COGNITIVA:

- Visión negativa de uno mismo.
- Visión negativa del mundo.
- Visión negativa del futuro.

### DISTORSIONES COGNITIVAS O ERRORES LÓGICOS:

Provocan una activación disfuncional de los esquemas cognitivos y distorsionan la realidad.

#### DISTORSIONES COGNITIVAS

**Pensamiento Todo/Nada:** Interpretar los acontecimientos en términos absolutos (uso de términos como todo, nunca, siempre, cuando su uso no está justificado por las circunstancias).

**Sobregeneralización:** Tomar casos aislados y generar su validez para todo.

**Etiquetado:** Asignar un nombre a algo en vez de describir la conducta observada objetivamente. La etiqueta asignada suele ser absoluta, inalterable o con fuerte connotaciones prejuiciosas.

**Filtro mental:** Fijarse exclusivamente en ciertos aspectos, usualmente negativos, de un evento o persona con exclusión de otras características positivas.

**Descalificar lo positivo:** Despreciar experiencias positivas por razones arbitrarias.

**Saltar conclusiones:** Asumir algo negativo cuando no hay apoyo empírico para ello. Subtipos: lectura de pensamiento, adivinación.

**Magnificación y minimización:** Subestimar y sobreestimar las circunstancias y las personas. Subtipo: Catastrofismo: imaginar y rumiar el peor resultado posible sin importar lo improbable de su ocurrencia, o bien pensar que la situación es insostenible o imposible, cuando en realidad solo es incómoda o inconveniente.

**Razonamiento emocional:** Formular argumentos basados en los sentimientos en vez de en las circunstancias objetivas.

A continuación, se explican brevemente algunas de las técnicas empleadas.

### 1. Técnicas de exposición

Este tipo de técnicas son empleadas especialmente en los casos de fobias y trastornos de ansiedad y control de los impulsos. Se basan en confrontar al paciente al estímulo temido o generador de ansiedad hasta que ésta se reduzca, de manera que pueda aprender a gestionar su conducta ante él a la vez que a nivel cognitivo reestructura los procesos de pensamiento que le hacen sentir malestar ante dicho estímulo o situación.

En general, se procede a hacer entre paciente y terapeuta una jerarquía de estímulos temidos, de manera que este pueda ir poco a poco acercándose y exponiéndose a ellos paulatinamente. La velocidad de aproximación puede variar enormemente según el paciente se sienta más o menos capaz de hacer frente a lo temido.

Las técnicas de exposición pueden aplicarse de muy diversa manera, tanto en vivo como en imaginación e incluso es posible aprovechar las posibilidades tecnológicas para aplicar exposición a través de realidad virtual.

### 2. Desensibilización sistemática

Si bien el procedimiento aplicado en la desensibilización sistemática es semejante al de la exposición, ya que en él se establece también una jerarquía de estímulos ansiógenos a los que el paciente va a exponerse, se diferencia de las técnicas anteriores en el hecho de que previamente se ha entrenado al paciente en la realización de respuestas incompatibles con la ansiedad.

Así, se busca reducir la ansiedad y la evitación de situaciones y estímulos mediante la realización de conductas que eviten que esta aparezca, y con el tiempo provocar un contracondicionamiento que se termine generalizando.

Diferentes variantes de esta técnica son las escenificaciones emotivas (aplicada especialmente con niños y empleando un contexto agradable en que poco a poco se introducen los estímulos), la imaginación emotiva (en que se usan imágenes mentales positivas que eviten en lo posible la ansiedad) o la desensibilización por contacto (en que el terapeuta ejercería el modelo para enseñar cómo actuar).

### 3. Reestructuración cognitiva

Esta técnica resulta básica en el tratamiento de la mayor parte de trastornos psíquicos, formando parte de casi todas las técnicas cognitivo-conductuales. Se basa en la modificación de los esquemas de pensamiento del paciente a través de diversos métodos, identificando los propios patrones de pensamiento y su influencia sobre la vida del paciente y generando junto al paciente alternativas cognitivas más adaptativas y funcionales.

Así pues, se modifican creencias, actitudes y puntos de vista, todo ello con el objetivo de hacer que la persona pase a interpretar las cosas de otro modo, por un lado, y se planteen diferentes objetivos y expectativas, por el otro. Estas modificaciones tendrían el poder de hacer que apareciesen nuevos hábitos y desapareciesen esas rutinas que son poco útiles o generadoras de malestar.

### 4. Técnicas de modelado

El modelado es un tipo de técnica en la que un individuo realiza una conducta o interactúa en una situación con el objetivo de que el paciente observe y aprenda una manera de actuar concreta de manera que sea capaz de imitarlo. Se busca que el observador modifique su conducta y/o pensamiento y dotarle de herramientas para afrontar determinadas situaciones.

Existen diferentes variantes según el observador deba o no replicar la conducta, el modelo domine desde el inicio de realizar la conducta deseada o tenga recursos semejantes al paciente de modo que se vaya haciendo una aproximación al

objetivo, el número de personas que actúan como modelo o si el modelado se realiza en vivo o a través de otros medios como la imaginación o la tecnología.

## 5. Inoculación de estrés

Esta técnica se basa en la preparación del sujeto de cara a hacer frente a posibles situaciones de estrés. En ella se pretende en primer lugar ayudar al paciente a entender cómo le puede afectar el estrés y cómo puede hacerle frente, para posteriormente enseñarle diferentes técnicas cognitivas y conductuales como las otras aquí reflejadas y finalmente hacer que las practique en situaciones controladas que permitan su generalización a la vida cotidiana.

El objetivo es que la persona se acostumbre a afrontar las situaciones estresantes de manera racional, sin quedar bloqueada por sus emociones.

## 6. Entrenamiento en autoinstrucciones

Creado por Meichenbaum, el entrenamiento en autoinstrucciones se basa en el papel de éstas sobre la conducta. Se trata de las instrucciones que con las que guiamos nuestra propia conducta indicando qué y cómo vamos a hacer algo, las cuales están teñidas por las expectativas hacia los resultados a obtener o a la propia eficacia.

Determinadas problemáticas tales como una baja autoestima o percepción de autoeficacia pueden producir que la conducta se vea perjudicada y no pueda realizarse con éxito e incluso evitarse. Con esta técnica se pretende ayudar al individuo a que sea capaz de generar autoverbalizaciones internas correctas, realistas y que le permitan llevar a cabo las acciones que desea realizar.

El proceso pasa porque en primer lugar el terapeuta realice un modelado de la acción a realizar indicando los pasos en voz alta. Posteriormente el paciente

llevará a cabo dicha acción a partir de las instrucciones que irá recitando el terapeuta. A continuación se procederá a que sea el propio paciente quien se autoinstruya en voz alta, para luego repetir el proceso en voz baja y finalmente mediante habla subvocal, interiorizada.

Esta técnica puede emplearse por sí misma, si bien es frecuente que se incorpore como parte de otras terapias dedicadas al tratamiento de diferentes trastornos como la depresión o la ansiedad.

## 7. Entrenamiento en resolución de problemas

El entrenamiento en resolución de problemas es un tipo de tratamiento cognitivo-conductual a través del cual se pretende ayudar a los sujetos a hacer frente a determinadas situaciones que por sí mismos no son capaces de solucionar.

En este tipo de técnica se trabajan aspectos como la orientación hacia el problema en cuestión, la formulación del problema, la generación de posibles alternativas para solucionarlo, la toma de una decisión respecto a la más apropiada y la verificación de sus resultados. En resumidas cuentas, se trata de saber enforcar las situaciones complicadas del modo más constructivo posible, sin dejarse llevar por los miedos y la ansiedad.

## 8. Técnicas operantes para la modificación de conductas

Si bien de origen conductista, este tipo de técnicas forman parte también del repertorio cognitivo-conductual. A través de este tipo de técnicas se trata fundamentalmente de provocar una modificación en la conducta a través de la estimulación.

Permiten tanto motivar y contribuir a aprender nuevas conductas como a reducirlas o modificarlas mediante la aplicación de refuerzos o castigos. Dentro de

las técnicas operantes podemos encontrar el moldeamiento y el encadenamiento para potenciar conductas adaptativas, el reforzamiento diferencial para reducir conductas o cambiarlas por otras, el tiempo fuera o la sobre corrección como manera de modificar o extinguir las conductas.

## VENTAJAS DE LAS TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

Las técnicas cognitivo-conductuales han manifestado un muy elevado nivel de eficacia en el tratamiento de diversos problemas y trastornos psíquicos. A través de ellos es posible modificar la conducta del paciente y contribuir a la adquisición de hábitos de vida y comportamiento más adaptativos, trabajándose y modificándose también la base cognitiva que induce los comportamientos originales.

Con este tipo de técnicas se estimula la mente y la conducta, produciendo una mejoría clara en un gran número de casos. Su nivel de eficacia es tal que hoy en día es considerada la terapia de elección para la mayoría de trastornos mentales.

Otra gran ventaja de este tipo de técnicas es su adscripción al método científico, siendo las terapias, técnicas y tratamientos cognitivo conductuales contrastados a nivel experimental.

## DESVENTAJAS Y LIMITACIONES

A pesar de la gran eficacia de estas técnicas en el tratamiento de los síntomas de los trastornos y problemas mentales, las técnicas de tipo cognitivo-conductual tienen una serie de limitaciones que hace que no siempre sean efectivas.

En primer lugar destaca el hecho de que si bien tienen en cuenta el pasado a la hora de recabar información para entender la problemática actual, las técnicas cognitivo-conductuales se centran en el aquí y el ahora no haciendo a nivel

terapéutico demasiado hincapié en lo ya ocurrido que pueda haber provocado la conducta desadaptativa.

Si bien estas técnicas son de gran utilidad para tratar el síntoma actual, en su mayoría detrás de un trastorno mental se encuentra un profundo sufrimiento producido por bloqueos o eventos experimentados durante largo tiempo y que puede acabar generando el trastorno. Si el origen de dicho sufrimiento no es tratado y el paciente no es capaz de hacerle frente, el trastorno podría llegar a reaparecer.

También destaca el hecho de que estas técnicas por norma general pretenden erradicar lo que genera malestar, pero en el proceso no es infrecuente que se generen comportamientos rígidos que a su vez pueden provocar otros problemas de adaptación.

Además, algunos estudios han reflejado que muchos pacientes sienten que este tipo de terapia no tiene en cuenta su padecimiento, sintiéndose incomprendidos y habiendo casos de poca adherencia al tratamiento y abandono de éste. Por estos motivos han surgido otras terapias como las de tercera generación y otras provenientes de otros paradigmas.

A continuación se presenta, de forma esquemática, las técnicas de intervención potenciales, desde una perspectiva cognitivo-conductual:

Técnicas de relajación/control de la activación emocional

- La relajación progresiva de Jacobson
- El entrenamiento autógeno
- La meditación
- Técnicas de respiración
- Técnicas de Biofeedback

Técnicas de reestructuración cognitiva

- Terapia Racional-Emotiva de Ellis
- Terapia Cognitiva de Beck
- Entrenamiento en Autoinstrucciones de Meichenbaum
- Reestructuración racional sistemática de Goldfried

Técnicas de habilidades de enfrentamiento

- Inoculación de Estrés de Meichenbaum
- Entrenamiento manejo de ansiedad de Suinn y Richardson
- Desensibilización de autocontrol de Goldfried
- Modelado encubierto de Cautela

Técnicas de resolución de problemas

- Terapia de Resolución de problemas de D’Zurilla y Goldfried
- Técnica de resolución de problemas interpersonales de Spivack y Shure

## **2.5 Terapias grupo, Grupos autoayuda y Apoyo social**

La terapia de grupo es considerada una opción terapéutica efectiva, en la medida que permite al paciente compartir sus recuerdos traumáticos en un ambiente de seguridad, cohesión y empatía proporcionada por los otros pacientes y el propio terapeuta.



Compartir la propia experiencia y afrontar directamente la ira, ansiedad y culpa, a menudo asociadas a los recuerdos traumáticos, permite a muchos pacientes afrontar de forma eficaz sus recuerdos, sus emociones e integrarlos de forma adaptativa en su vida cotidiana.

A pesar de que existen una gran variedad de aproximaciones grupales al tratamiento del trauma, en general, la terapia de grupo pretende alcanzar los siguientes objetivos terapéuticos:

- Estabilizar las reacciones, tanto a nivel físico como psíquico, frente a la experiencia traumática.
- Explorar, compartir y afrontar emociones y percepciones
- Aprender estrategias efectivas de afrontamiento ante el estrés

En cuanto a los grupos de autoayuda y apoyo para los pacientes y las familias con enfermedades mentales, afortunadamente van haciéndose progresivamente más comunes.

Aun en el caso de que no se encuentren dirigidos por profesionales de la salud mental, su valor terapéutico es indudable, en la medida que proporciona a los miembros del mismo un apoyo emocional considerable.

Compartir experiencias, éxitos, fracasos, información y recursos son algunas de las posibilidades que ofrecen estos grupos.

El hecho de unirse permite, además, una mayor efectividad en la lucha por erradicar los estigmas que aún permanecen en la sociedad sobre las personas con problemas psicológicos.

## **CAPITULO III**

### **ENTORNO LABORAL DE LA ENFERMERIA**

### **3.1 Enfermería y su entorno laboral**

En el presente capítulo se abordara el tema de la enfermería y el medio en el que se desenvuelve. En su día a día le resulta comprometedor poner en riesgo su salud, debido a las exigencias del ámbito hospitalario, desde realizar sus propias funciones, hasta el solucionar situaciones alternas a su área.

El llegar un día rutinario iniciando con revisión de los pacientes, toma de constantes vitales, higiene del paciente y arreglo de la unidad, revisión y ejecución de indicaciones médicas, preparación de soluciones y medicamentos, instalación de sondas, curaciones de heridas, instalación de catéteres, realización y/o asistencia a procedimientos estériles, cuidado al paciente en estado crítico, manejo del paciente pediátrico por edades (neonato, lactante, preescolar, escolar, adolescente) y su respectivo madre/padre de familia, además de atender al familiar que en ocasiones suelen ser cooperadores, amables o hasta exigentes o demandantes.

Es difícil realizar las propias funciones de enfermería con cada paciente a su cargo, además de tener la carga de los padres de familia, que a su vez desconocen la rutina hospitalaria, las reglas y/o normas, que existe más personal al cuidado del niño, más pacientes en estado delicado y con más cuidados.

En ocasiones el personal de enfermería debido a la carga de trabajo le es imposible acudir a sus propias necesidades fisiológicas, mucha gente desconoce tales situaciones.

También hay cambios normativos desde los mandos directivos, como constantes supervisiones de distintos departamentos para el control de enfermería, nuevos lineamientos que se deben acatar y ponerse al margen, siendo todo entorno al paciente y su bienestar.

En el área hospitalaria se encuentra más personal del área de la salud que trabajando en conjunto resulta un equipo multidisciplinario, pero que a su vez hay

ocasiones que existe un incumplimiento por parte de los otros departamentos y se deja la responsabilidad al personal de enfermería.

Existe infinidad de factores intrínsecos y extrínsecos que detonan el estrés en el personal de enfermería, por eso resulta importante el control del estrés, ya que es uno de los causantes de numerosas enfermedades, tanto físicas como mentales, llegando a su control se puede lograr tener un mejor estilo de vida.

### **3.2 La enfermería socialmente valorada**

La enfermería en México tiene una muy larga historia, y cuenta con un profundo arraigo social. Su ejercicio ha ido de la mano con el desarrollo de la medicina y contar con recursos humanos altamente profesionalizados ha permitido ampliar, en muchos sentidos y ámbitos, las coberturas de los servicios públicos de salud en nuestro país.

Actualmente existe un debate abierto en torno a la necesidad de fortalecer la profesionalización de esta disciplina, ante la cual, la mayoría de expertas y expertos señalan que es urgente fortalecer la formación universitaria de quienes ejercen esta profesión, y continuar con la ampliación de las ofertas formativas de posgrado, especialización y educación continua.

La Encuesta sobre la Percepción Pública de la Ciencia y la Tecnología (ENCYPET 2013), levantada e interpretada por el INEGI, cuenta con un módulo relativo a las profesiones que son mejor valoradas socialmente en nuestro país. Una de ellas es precisamente la enfermería.

De acuerdo con el instrumento citado, la profesión que mejor se valora en México es la de los bomberos, considerada como “la más respetable” por 49.5% de la población nacional.

En segundo lugar de la lista se encuentra la enfermería, considerada así por 33.9% de la población; seguida en tercer sitio por la medicina, profesión frente a la cual 28.5% de la población la considera como la tercera más respetada; mientras

que en cuarto sitio se encuentra la actividad genérica de “investigador científico”, respecto de la cual, 27.6% de la ciudadanía considera como de alta respetabilidad.

De acuerdo con el INEGI, el personal de enfermería en México ha crecido tanto en términos absolutos como relativos en el país, en el sector público. En efecto, entre los años 2000 y 2012, pasaron de 42.9% del total del personal que labora en el sector salud, a 45.9% del total mencionado.

Asimismo, según los datos del documento del INEGI, titulado como México de un Vistazo, 2014, en el año 2012 había en el país un promedio de 2.5 enfermeras por cada mil habitantes, un indicador todavía lejano a los estándares recomendados por las instancias internacionales más importantes de promoción de la salud.

En ese sentido, no sólo hace falta más profesionalización, sino de hecho un mayor número de personas dedicadas a esta actividad.

Asimismo es de destacarse que, de acuerdo con el anexo Estadístico del Informe de Gobierno del Ejecutivo Federal en 2013, el indicador pasó de 1.7 enfermeras por cada mil habitantes en el año de 1994, a un promedio nacional de 2.7 por cada mil habitantes en 2013.

Según el propio informe, el número total de enfermeras que había en el sector salud en el año 2013 era de 137 mil 565, cifra que creció significativamente, sobre todo a partir del año 2006, en el cual, de acuerdo con la información oficial, había en el país 93 mil 393.

A la cifra de 2003 deben agregarse las poco más de 41 mil enfermeras que, según la Presidencia de la República laboraban en 2013 en el sector privado, dando con ello un total nacional de casi 178 mil personas laborando como enfermeras profesionales en el sector salud nacional.

### *Baja remuneración*

De acuerdo con algunas estimaciones, las enfermeras perciben bajos salarios, sobre todo cuando cuentan con estudios de nivel técnico. Por ejemplo, de acuerdo

con el tabulador por puestos del personal de servicios de salud del estado de Querétaro, las percepciones mensuales de una persona que trabaja como auxiliar de enfermería “A”, es de 7 mil 531 pesos, a los cuales, agregando las percepciones de seguridad social y otras prestaciones, pueden llegar a ceca de los 12 mil 500 pesos mensuales.

En este tabulador, una enfermera especialista “D”, que es la que mayores ingresos percibe, puede aspirar a un total, incluyendo prestaciones, de alrededor de 20,500 pesos mensuales.

Sin embargo, hay instancias del sector salud en las cuales las personas que cuentan con el nivel académico de técnicas en enfermería, perciben sólo 4 mil 500 pesos netos mensuales.

Comparados con otros países, estos salarios son sumamente bajos. Por ejemplo, de acuerdo con el Ministerio de Salud de España, aún en medio de la crisis, una enfermera profesional tenía ingresos promedios mensuales de 2 mil 300 euros mensuales. Es decir, a un tipo de cambio de 17.3 pesos por euro, es una suma aproximada de 37 mil 790 pesos al mes. En Holanda el promedio es de 2 mil euros al mes, mientras que en Alemania se estima en 2 mil 300 euros mensuales

Asimismo, si se comparan los salarios en México, frente al valor de línea del bienestar para zonas urbanas, la cual ascendió en diciembre de 2014 a 2 mil 636 pesos mensuales, las enfermeras de más bajas remuneraciones percibirían menos de dos veces el valor de la línea del bienestar al mes.

#### *Lejos de los estándares*

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en México se ha avanzado muy poco en lo que respecta a la disponibilidad de personal de salud, y particularmente en lo relativo al número de médicos y personal de enfermería. Por ejemplo, en un comparativo mundial del 2009, en el país había nueve enfermeras por cada 10 mil habitantes.

En contraste, en Malasia el indicador era de 18 enfermeras por cada 10 mil personas; en Egipto era de 34, en Cuba de 74, en Dinamarca y Canadá, de 101, en Bélgica de 142 y en Noruega de 162, que era en ese año el país con mayor densidad de este tipo de personal por cada 10 mil habitantes.

La media mundial registrada por la Organización Mundial de la Salud era, en la fecha señalada de 29 enfermeras por cada 10 mil habitantes.

#### Grandes desigualdades estatales

Como ya se dijo, el promedio nacional es de 2.7 enfermeras por cada mil habitantes en el 2013; sin embargo, las cifras oficiales muestran marcados contrastes entre entidades. Por ejemplo, para el mismo año, en el estado de Chiapas el promedio registrado fue de 1.8, un indicador semejante al que tenía el país como promedio hace 20 años.

Para el estado de Guerrero el indicador es de dos enfermeras por cada mil habitantes, para Oaxaca, de 2.1 enfermeras; mientras que para Puebla es de 2.1. Comparados a nivel internacional, esos indicadores serían similares al que tenía hace seis años países como Nepal o Pakistán.

#### *El debate que sigue*

Hay en el escenario público una discusión en torno a la conveniencia o no de mantener a la enfermería como una profesión de nivel licenciatura o de posgrado, o bien, de promover la formación masiva de técnicos en enfermería, con el propósito de crecer la cobertura de la demanda de personal de salud.

Al respecto, lo que muestran los datos es una doble realidad: sin duda hace falta formar urgentemente a técnicos en la materia, con el fin de subsanar el déficit que tenemos como país, pero al mismo tiempo, deben continuarse fortaleciendo las ofertas universitarias tanto a nivel de licenciatura como de posgrado.

### 3.3 El hospital y sus áreas de trabajo

Establecimiento destinado a proporcionar todo tipo de asistencia médica, incluidas operaciones quirúrgicas y estancia durante la recuperación o tratamiento, y en el que también se practican la investigación y la enseñanza médica y de enfermería.

“parte integrante de la organización médica social cuya función es la de proporcionar a la población atención médica completa tanto preventiva como curativa es también, un centro para la preparación del personal que trabaja en salud y campo de investigación biosocial”

#### *FUNCIONES DEL HOSPITAL*

- ASISTENCIA MÉDICA INTEGRAL: - promoción - protección - recuperación - rehabilitación
- DOCENCIA: - propio personal - estudiantes y graduados - educación sanitaria
- INVESTIGACIÓN: médica y de enfermería

#### *DIVISIÓN*

A. FUNCIONES CLÍNICAS 1. Servicios clínicos 2. Archivo 3. Admisión, 4. Trabajo social 5. Servicios de enfermería 6. Servicios médicos 7. Control de calidad 8. Capacitación/enseñanza 9. Docencia e investigación. 10. Dirección médica

B. SERV. DE ASISTENCIA 1. Laboratorio 2. Servicio de Rayos X. 3. Farmacia 4. Esterilización 5. Servicios dietéticos y banco de leches 6. Control de infecciones 7. Anatomía y patología. 8. Morgue

C. FUNC. DE APOYO 1. Servicios públicos 2. Mantenimiento y reparación 3. Intendencia /sanitización 4. Residuos patológicos 5. Ambulancia 6. Lavandería 7. Almacén y depósito. 8. Comunicación/ altavoz 9. Departamento de sistemas 10. Abastecimiento de material



### 3.4 ¿Que es la enfermera, licenciado en enfermería y enfermero pediátrico?

**Enfermera** es aquella persona que se dedica al cuidado personal e intensivo de un paciente, ya sea en el centro hospitalario o de salud como en su domicilio particular. La enfermera o enfermero son personas que han seguido la carrera de enfermería, dictada dentro de las facultades de medicina y considerada una carrera universitaria

No hay dudas de que la enfermera es de gran utilidad para el servicio de salud general. Esto es así porque al ser la persona que entra en contacto más directo con el paciente, sus observaciones y permanente cuidado del mismo le permite dar un informe completo y exhaustivo al médico tratante. Las enfermeras por lo general se encargan de cuestiones relacionadas con el confort del paciente pero también con sus datos y análisis más directos

**El Licenciado en Enfermería** es un profesional con conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes necesarias para su desempeño profesional en cualquier nivel del sistema de atención de salud donde le corresponda actuar, con una formación científico-humanista que le permite comprender el proceso salud-enfermedad en una dimensión biológica-social, e intervenir conjuntamente con la comunidad y otros profesionales en la resolución de problemas individuales y colectivos, a través de una acción integral en lo referente al fomento, restitución y rehabilitación de la salud.

Realiza funciones asistenciales, administrativas, docentes e investigativas en instituciones y servicios de los tres niveles de atención de salud, mediante una firme actitud humanística, ética y de responsabilidad legal. Cuenta con autoridad para tomar decisiones y profundos conocimientos profesionales en las áreas biológicas, psicosociales y del entorno; y habilidades teórico prácticas en las técnicas específicas y de alta complejidad del ejercicio de la profesión, sustentado

en la lógica del método científico profesional de enfermería en el marco del desarrollo científico y tecnológico de las ciencias.

Los **enfermeros pediátricos** se encargan de proporcionar atención médica a bebés, niños y adolescentes hasta los 17 años 11 meses de edad. Aplican su conocimiento especializado para satisfacer las necesidades particulares de los niños. Pueden trabajar con los pacientes que tienen una enfermedad o lesión de duración variable, o con niños que tienen discapacidades. Los enfermeros pediátricos también trabajan en estrecha colaboración con las familias y cuidadores de los niños.

#### Actividades laborales

Los enfermeros pediátricos establecen un plan de atención y ponen en práctica los cuidados de enfermería en sus pacientes.

La función de los enfermeros pediátricos es diferente que la de los enfermeros de adultos en distintos aspectos. Por ejemplo, dado que los niños todavía están creciendo, los enfermeros tienen que tener en cuenta el impacto de su enfermedad o lesión en su desarrollo.

Además, un niño puede ser menos capaz de explicar cuáles son sus síntomas, por lo que los enfermeros pediátricos tienen que recoger más información a partir de señales no verbales.

El trabajo de los enfermeros pediátricos puede ser muy variado, desde el cuidado intensivo de un bebé recién nacido hasta el cuidado de un joven de 16 años con fractura.

Los enfermeros pediátricos no solo deben tratar el estado físico del niño, sino también reducir la ansiedad y la confusión que puedan sentir cuando están enfermos o deben adaptarse a un entorno inusual para ellos.

Los enfermeros pediátricos trabajan en muchos lugares diferentes, incluyendo salas pediátricas de los hospitales generales, hospitales especializados, centros de día y clínicas pediátricas de salud. Algunos enfermeros pediátricos también visitan a los niños en sus propios hogares para tratarlos.

Independientemente de dónde trabajen, los enfermeros pediátricos forman parte de un equipo multidisciplinario, que puede incluir otros enfermeros, auxiliares sanitarios, médicos, fisioterapeutas y muchos otros. Los enfermeros también pueden estar en contacto con trabajadores sociales y psicólogos educativos.

Los enfermeros pediátricos evalúan las necesidades del niño y la familia y, junto con el personal médico, elaboran un plan de atención que determina las necesidades del niño y el programa de tratamiento.

Después de trabajar con el equipo sanitario para crear un plan de cuidados, los enfermeros usan sus habilidades clínicas y de observación, y desarrollan una relación estrecha y de confianza con el niño, que les permite evaluar la eficacia del plan de atención.

Las tareas de rutina de cuidado, como hacer la cama y ayudar al paciente a comer, lavarse y vestirse, a menudo son responsabilidad de los auxiliares de salud, en lugar de los enfermeros.

Muchas áreas de la enfermería se basan en equipos complejos. Por ejemplo, un enfermero pediátrico podría dedicarse a controlar equipo de soporte vital en una unidad de cuidados intensivos.

Los enfermeros pediátricos deben involucrar a la familia del niño en el cuidado y mantenerles informados sobre la evolución de su hijo. También trabajan en estrecha colaboración con los cuidadores del niño, es decir, en la formación de los

padres o cuidadores para que aprendan a aplicar el tratamiento ellos mismos, y para que puedan continuar con el tratamiento cuando el niño vuelve a casa.

### **3.5 Servicios hospitalarios**

El Hospital Pediátrico Villa cuenta con una jefatura de enfermería, en el que se encuentra la jefa de enfermeras, dos supervisoras de enfermería para matutino de lunes a viernes, dos supervisoras para el vespertino y dos supervisoras para el nocturno, una supervisora para fin de semana, una coordinadora de enseñanza.

Para el turno de la mañana se cuenta con una plantilla de 43 enfermeras.

El vespertino 24 y el nocturno guardia A 24 y guardia B 25, un total de 116 enfermeras.

Cada área del hospital cuenta con una jefe de servicio, está, solo para el turno matutino, con dos o tres enfermeras por servicio, para cada turno, de acuerdo al rol establecido, su asistencia dependerá por motivos como descansos, incapacidades, comisiones, faltas injustificadas, pagos de días laborados, a lo que, sí se supone se contaría con cierto número de personas, gracias a esto, disminuye el número de personal, con el que se contaba.

El hospital cuenta con los siguientes servicios y en cada uno se describen actividades a realizar por parte del personal de enfermería.

- Quirófano y CEYE

En el área de centro de esterilización y equipos, se realiza toda la esterilización de los equipos e instrumental a utilizar en las cirugías programadas, así como material a utilizar en el mismo servicio o en los servicios que lo requieran. En el área de quirófano se realizan las cirugías programadas durante el turno de la mañana y la tarde.

- **Cirugía y ortopedia**  
Se lleva a cabo la preparación del niño para su entrada a quirófano, posteriormente se recibe al paciente a su salida de la operación, y se realizan los cuidados específicos y generales de enfermería, de acuerdo al tipo de cirugía realizada, así como seguimiento de tratamiento médico.
- **Preescolares**  
Aquí se ve al paciente con distintas patologías, se llevan los cuidados propios de enfermería, así como las indicaciones médicas para cada paciente
- **UCIN**  
En esta unidad es el cuidado integral del neonato en su estado crítico, actividades propias del servicio, y para cada paciente, se divide en tres áreas, terapia intensiva, terapia media y crecimiento y desarrollo. Se orienta a las madres sobre su cuidado para el hogar.
- **Lactantes**  
Manejo del paciente lactante, de acuerdo a las diferentes patologías por las que fueron hospitalizados, cuidados propios de enfermería, así como seguimiento de tratamiento médico, orientación al padre y/o madre, sobre el cuidado del mismo.
- **Urgencias/filtro**  
Se recibe al paciente, el cual acude a revisión, en donde existe una clasificación para determinar la urgencia y/o emergencia con la que se atenderá al paciente. El TRIAGE es la clasificación de la gravedad, sintomatología y problema de salud que presenta un paciente cuando llega al servicio de urgencias y que permite definir la prioridad de la atención. Esta clasificación se realiza a través de la valoración del médico o

enfermero profesional, quienes identifican qué enfermedades requieren atención inmediata para priorizarlas sobre aquellas que pueden esperar.

En el servicio de urgencias, existe un área de choque donde se atiende al paciente en estado crítico, procediendo a realizar maniobras de reanimación cardio cerebro pulmonar (RCCP), si así lo requiere, se estabiliza hemodinámicamente, y ya sea por indicación médica se traslade a otra unidad o se quede para su seguimiento, también existen más pacientes con otras patologías en estado delicado.

- Consulta externa

Aquí los pacientes acuden a consulta, según la especialidad que los hayan citado, para tratar y dar seguimiento a su enfermedad.

### **3.6 Funciones de enfermería**

1. Formar parte del equipo interdisciplinario e intersectorial participando en el cuidado integral de las personas, familias y comunidades
2. Cuidar la salud del individuo en forma personalizada, integral y continúa teniendo en cuenta sus necesidades y respetando sus valores, costumbres y creencias
3. Cumplir los principios de asepsia, antisepsia y bioseguridad según los contextos de desempeño
4. Cumplir los principios éticos y legales
5. Participar en la confección, análisis y discusión de la situación de salud de su población, detectando grupos vulnerables, factores de riesgo e implementando acciones tendientes a su disminución y/o eliminación
6. Ejecutar acciones que den solución a los problemas de salud, identificados en el Análisis de la Situación de Salud

7. Ejecutar acciones comprendidas en los programas de salud que den solución a los problemas de su comunidad
8. Realizar el proceso de Atención de Enfermería, como método científico de la profesión
  - 8.1. Registrar en la historia clínica toda la información disponible sobre los problemas identificados en individuos, familia y comunidad
  - 8.2. Valorar la información recogida para realizar acciones de enfermería, registrándolos en la H.C.
  - 8.3. Evaluar las respuestas del individuo, familia o comunidad al tratamiento y los cuidados de enfermería, registrarlos en la H.C.
9. Planificar y ejecutar actividades de promoción y fomento de la salud a individuos, familia y comunidad
10. Actuar como asesor y consultor en materia de salud de los individuos, familias y comunidades
11. Ejecutar actividades de prevención y protección de las enfermedades a individuos, familias y comunidad
12. Ejecutar actividades de curación y cuidados paliativos al individuo
13. Planificar y ejecutar actividades de rehabilitación y reinserción social a individuos y familias
14. Ejecutar técnicas y procedimientos de enfermería en el ámbito de su competencia
15. Aplicar técnicas y procedimientos de la medicina alternativa en el ámbito de su competencia

16. Realizar acciones encaminadas a mantener la vigilancia en salud y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles
17. Planificar y ejecutar acciones encaminadas al control del medio ambiente y al logro de un entorno saludable
18. Fomentar la colaboración intersectorial y multidisciplinaria en la gestión de los cuidados de salud a la población
19. Detectar las necesidades educacionales y elaborar programas de educación para la salud, en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida
20. Capacitar a brigadistas sanitarias y grupos voluntarios para su participación en la promoción de salud
21. Planificar, controlar y ejecutar acciones de enfermería en situaciones de emergencias y catástrofes
22. Garantizar las condiciones óptimas para la recepción y traslado del paciente
23. Realizar la recepción del paciente revisando en la historia clínica antecedentes personales y familiares, y complementarios en correspondencia con motivo de ingreso
24. Realizar la preparación física preoperatorio del paciente según el tipo de intervención y las normas del servicio
25. Preparar a los pacientes para las investigaciones clínicas de laboratorio (hemograma, glicemia, hemocultivo, orina, heces fecales, cultivo de secreciones, exudados, gasometría, hemograma, creatinina, leucograma) e investigaciones clínicas especiales (colon por enema, tractus urinario simple, urograma, Rx de columna, rectosigmoidoscopia, colonoscopia, mielografías, laparoscopia, arteriografía, punción lumbar, ultrasonidos y otros).
26. Cumplir tratamiento médico



27. Ejecutar la preparación y administración de fármacos por diferentes vías
28. Realizar cuidados con el fallecido
29. Identificar reacciones adversas de los fármacos y otras sustancias, detener la aplicación y participar en la valoración y la toma de decisiones de forma autónoma o en colaboración con el médico, para ejecutar acciones según el caso
30. Identificar signos y síntomas en emergencias quirúrgicas tales como: evisceración, sangramiento, shock hipovolémico o dehiscencia de la herida, participar en la valoración y la toma de decisiones de forma autónoma o en colaboración con el médico, para ejecutar acciones según el caso
32. Identificar, signos y síntomas de complicaciones, Ej.: Hipo e hiperglicemia, shock, convulsiones, infecciones y paro cardiorespiratorio y participar en la valoración y la toma de decisiones de forma autónoma o en colaboración con el médico, para ejecutar acciones según el caso
33. Preparar, conectar y controlar funcionamiento de los distintos tipos de drenajes.
34. Controlar, tomar decisiones y brindar atención a pacientes con pleurotomía, colostomía, traqueostomía, abdomen abierto y otros procedimientos de alta complejidad
35. Definir las soluciones y otros elementos a utilizar durante las curas de heridas, desinfecciones concurrentes y terminales
36. Evaluar, controlar y realizar curas húmedas y secas, incluyendo las de alta complejidad como por ejemplo abdomen abierto
37. Identificar signos y síntomas de alteraciones del equilibrio ácido básico, participar en la valoración y la toma de decisiones de forma autónoma o en colaboración con el médico, para ejecutar acciones según el caso

38. Identificar signos y síntomas de intoxicación alimentaria o medicamentosa, participar en la valoración y la toma de decisiones de forma autónoma o en colaboración con el médico, para ejecutar acciones según el caso
39. Tomar decisiones y/o consultar acciones en correspondencia a los resultados de las investigaciones clínicas
40. Tomar decisiones, controlar y/o ejecutar la administración de analgésicos y antipiréticos
41. Identificar alteraciones en las cifras de los parámetros vitales, participar en la valoración y la toma de decisiones de forma autónoma o en colaboración con el médico, para ejecutar acciones según el caso
42. Evaluar suspender y comenzar vía oral en caso de síntomas y signos del sistema digestivo
43. Decidir y ejecutar colocación y permanencia de sonda nasogástrica si hay presencia de vómitos
44. Ejecutar el manejo de la bomba de administración de sustancias farmacológicas
45. Ejecutar acciones, evaluar, tomar decisiones ante la presencia de secreciones nasofaríngeas y endotraqueales
46. Ejecutar fijación, mantenimiento y control de drenajes quirúrgicos, evaluar el momento oportuno para retirarlos
47. Identificar alteraciones electrocardiográficas participar en la valoración y la toma de decisiones de forma autónoma o en colaboración con el médico, para ejecutar acciones según el caso
48. Planificar, controlar, y/o ejecutar la necesidad de la alimentación del paciente por diferentes métodos. (gastrostomía y yeyunostomía)

49. Decidir y ejecutar la colocación y permanencia de la sonda vesical
50. Ejecutar y evaluar la administración de nutrición enteral
51. Ejecutar y evaluar la administración de nutrición parenteral
52. Interactuar en la implantación de marcapasos
53. Controlar funcionamientos de ventiladores mecánicos
54. Detectar y consultar conducta a seguir en la intubación selectiva
55. Elaborar y ejecutar técnica de comunicación extraverbal en los pacientes que lo requieren
56. Participar en Reanimación Cardiopulmonar básica y avanzada
57. Seleccionar, ejecutar y controlar la modalidad de fisioterapia respiratoria
58. Seleccionar la administración de oxígeno por los diferentes métodos

Administrativas:

1. Participar en el planeamiento de acciones interdisciplinarias e intersectoriales en los diferentes niveles de atención de salud
2. Participar en las técnicas administrativas y científica de enfermería
3. Participar en la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería
4. Controlar el cumplimiento de los principios de asepsia y antisepsia
5. Controlar por el cumplimiento de los principios éticos
6. Asesorar en materia de planificación sanitaria en los ámbitos institucional, de servicio, municipal, provincial y nacional

7. Asesorar en materia de enfermería en los ámbitos institucional, de servicio, municipal, provincial y nacional
8. Administrar unidades y/o servicios de salud, en los distintos niveles de atención
9. Dirigir el equipo de enfermería en unidades de atención comunitarias
10. Diseñar, implementar y participar en programas de evaluación de la calidad de la actividad de enfermería y establecer estándares para su medición
11. Establecer políticas de atención, educación e investigación en enfermería
12. Planificar y controlar los cuidados de enfermería
13. Velar por la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería
14. Controlar el cumplimiento de los principios de asepsia y antisepsia
15. Controlar el cumplimiento de los principios éticos-legales
16. Desarrollar actividades administrativas en dependencia de la composición del Equipo de Trabajo de Enfermería
17. Participar y/o dirigir las reuniones del servicio de enfermería que sean programadas según la pirámide del Equipo de Trabajo de Enfermería
18. Supervisar el área de desempeño de enfermería para mantener y mejorar los servicios
19. Participar en pase de visita conjunto médico y enfermería
20. Planificar, controlar y/o participar en el pase de visita enfermería
21. Dirigir y controlar y/o realizar la entrega y recibo de servicios

Docentes:

1. Participar en programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud
2. Participar en el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de Enfermería
3. Impartir docencia incidental en el puesto de trabajo
4. Desarrollar actividades formativas en los estudiantes ubicados en su servicio teniendo en cuenta la composición del Equipo de Trabajo de Enfermería
5. Diseñar, planificar y participar en programas de educación permanente para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud
6. Planificar, ejecutar y controlar el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de enfermería
7. Asesorar en materia de planificación educacional en el ámbito municipal, provincial, nacional e internacional
8. Desempeñar funciones directivas y docentes en carreras y escuelas universitarias y no universitarias nacionales e internacionales
9. Integrar los tribunales de otorgamiento y ratificación de categoría docente
10. Desempeñar funciones metodológicas en instituciones docentes nacionales e internacionales
11. Coordinar cursos, estancias, pasantías, diplomados y maestrías, tanto nacionales, como internacionales

Investigativas:

1. Coordinar, controlar y participar en la ejecución de ensayos clínicos en centros de investigación

2. Integrar los consejos científicos en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud

3. Realizar y/o participar en investigaciones en enfermería y otras áreas con el objeto de contribuir al desarrollo profesional y mejoramiento de la salud de la población

4. Divulgar y aplicar los resultados de las investigaciones a fin de contribuir a mejorar la atención de salud, la atención de enfermería y el desarrollo profesional

Técnicas asistenciales de enfermería:

1. Administración de medicamentos por VO, IM., ID, SC, ET,IV

4. Canalización de vías venosas periféricas

5. Extracción de muestras sanguíneas venosas punción directa

6. Fisioterapia respiratoria

7. Alimentación por distintas técnicas (SNG, SOG, Parenteral)

8. Instauración de sonda nasogástrica: neonato, lactante, niño y adulto

9. Administrar aerosolterapia y oxigenoterapia

10. Mensuraciones y ponderaciones: neonato, niño, adolescente

11. Lavado de manos (social, médico y quirúrgico)

12. Desinfección concurrente y terminal

13. Traslado del paciente de la cama a la camilla o viceversa

14. Anotación en la Historia Clínica

15. Recepción del paciente

16. Realizar los diferentes tendidos de camas
17. Aseos matutinos y vespertinos
18. Mecánica corporal
19. Ejercicios activos y pasivos
20. Colocar al paciente de acuerdo a los tipos de posición y decúbitos
21. Restricción e inmovilización del paciente
22. Medición de constantes vitales
23. Técnica de lavado ótico
24. Técnica de lavado gástrico
25. Técnica de lavado ocular
26. Técnica de lavado vesical
27. Técnica del cateterismo vesical
28. Registro y control de ingresos y egresos de líquidos en el organismo
29. Rasurado y preparación de la zona a intervenir quirúrgicamente o puncionar
30. Curas de las Úlceras por presión
31. Realización de Electrocardiogramas
32. Realización de enemas con distintos fines
33. Realización de la higiene corporal del paciente encamado
34. Baño del recién nacido
35. Reanimación Cardio-Pulmonar en neonatos, niños y adultos

36. Medición de la PVC
37. Aspiración naso-buco endotráqueal
38. Recogida de distintas muestras corporales para análisis y cultivos. (Sangre, orina, esputos, heces, secreciones...)
39. Retirada de algunos drenajes quirúrgicos
40. Descontaminación del material
41. Confección y preparación del material
42. Examen físico general, por aparato y sistemas
43. Aplicación de calor (Bombillo, bolsa, fomentos)
45. Aplicación de frío. (Bolsas, fomentos)
46. Cura de la traqueostomía
47. Aspiración de secreciones de traqueostomía
48. Cambio de cánula de traqueostomía
49. Cuidados de colostomía
50. Cuidados de ileostomía
51. Cuidados de la yeyunostomía
58. Retirada de puntos y demás medios de sutura quirúrgica
59. Toma de muestras (orina, fecal, sangre, exudado faringeo)
60. Inmovilización en accidentados
61. Valoración de apgar del recién nacido



- 62. Cura del muñón umbilical
- 63. Fototerapia
- 64. Alojamiento conjunto
- 65. Preparación del material y realización de la exanguíneo-transfusión o transfusiones de hemocomponentes sanguíneos.
- 66. Preparación del material para el cateterismo umbilical
- 67. Preparación de la consulta
- 68. Preparación de los salones de actividad quirúrgica
- 69. Visita domiciliaria
- 72. Administración de citostáticos
- 73. Realización de electrocardiograma
- 77. Debridación de tejido necrosado
- 78. Cateterismo
- 79. Preparación y realización de mortaja al fallecido

### **3.7 Importancia del control del estrés en el profesional de la salud**

El personal de enfermería debe aprender a controlar el estrés porque, como seres humanos hay que buscar un equilibrio, entre los deberes tanto laborales como personales y la tranquilidad mental, para así elaborar las funciones diarias de una manera óptima, ya que el personal de enfermería se encuentra en su totalidad al cuidado de los pacientes, y así poder brindar una atención de calidad, libre de presiones. El personal de enfermería en conjunto con otras áreas son un pilar importante en el hospital, pero enfermería es el que lleva todo el peso del cuidado de los pacientes.

#### **Razones por la cuales es importante controlar el estrés:**

- El estrés agota los nutrientes del cuerpo. Si a esto se suman los malos hábitos alimenticios, la ansiedad con la que comemos o dejamos de comer, el cuerpo empieza a sufrir desnutrición o malnutrición.
- Las personas que padecen de estrés crónico son más propensas a sufrir enfermedades autoinmunes, tales como la diabetes, la esclerosis múltiple, la artritis reumatoide, trastornos de la glándula tiroides y síndrome de colon irritable, entre otras.
- El estrés crónico predispone a las personas a sufrir de enfermedades cardiovasculares y cáncer principalmente.
- El estrés afecta la calidad de la vida sexual, ya que reduce la libido natural.
- El estrés afecta la productividad: funcionamos en piloto automático y se pierde capacidad de análisis, lo cual afecta la toma de decisiones. Sin duda, al sentirnos extenuados nuestro rendimiento también se reduce y la capacidad para resolver problemas se ve pronunciadamente disminuida así como nuestra capacidad de concentración.
- El estrés afecta las relaciones interpersonales, disminuye la tolerancia, la empatía, y la paciencia.

- El estrés afecta el sueño, por tanto el organismo empieza a limitar su capacidad de recuperación.
- El estrés afecta el metabolismo: es altamente probable que se empiecen a experimentar alteraciones en el apetito y el peso.
- El estrés afecta el tono muscular, por lo cual las personas son más propensas a desarrollar espasmos y dolores musculares permanentes.
- El estrés produce dolores de cabeza frecuentes y migrañas.

Resulta de importancia atenderse y prevenir todo este tipo de enfermedades, en la que la sociedad se ve sumergida por la falta de atención, pudiendo poner en práctica intervenciones terapéuticas para el afrontamiento del estrés.

## **CAPÍTULO IV**

# **INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON EL ESTRÉS LABORAL EN ENFERMERÍA**

## 4.1 Investigaciones relacionadas

En este capítulo se revisarán cuatro investigaciones que de igual manera se encuentra relacionadas con el estrés laboral en el personal de enfermería, el primer estudio se realizó con enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y la Unidad Médico Quirúrgicas, se valoró a través del MBI, en donde se ve reflejado que el personal presenta altos niveles en Bournout y agotamiento laboral, cabe resaltar como factores importantes de esta investigación que se basan en la experiencia, capacitación, formación de las enfermeras que maneja a los pacientes, relación paciente-enfermero, mal índice de paciente-enfermera, entorno laboral deteriorado, se asocian a resultados adversos como eventos adversos, infecciones, costes, calidad de los cuidados. A mejor calidad de cuidados menor insatisfacción laboral y menor nivel de bournout.

En el segundo artículo se habla sobre la escasez de profesionales, el nivel de formación de las enfermeras sufre dificultades para mantenerse a la altura de las exigencias, cuanto mejor es el entorno de trabajo de las enfermeras, menores son los casos de muertes y fracasos terapéuticos. Lugares de trabajo poco saludables e inseguros “afectan a la salud física y psicológica de las enfermeras por el estrés de las pesadas cargas de trabajo, largas horas, difíciles relaciones de trabajo, problemas del desempeño de las funciones profesionales y variedad de riesgos laborales. Así como también no hay suficiente tiempo para atender a cada persona y hay complicaciones.

La tercer investigación se realiza en un Hospital de la Secretaria de Salud del Estado de Veracruz-México, en donde se pretende identificar los principales estresores, en donde el aspecto más afectado fue el físico, la carga de trabajo fue el factor que genera más estrés.

El hospital es un área laboral que tiene mayor capacidad de generar estrés, por las altas demandas laborales, las enfermeras constituyen el mayor grupo de trabajo dentro de un hospital, deben emplear tiempo considerable de intensa relación con personas que se encuentran en situaciones problemáticas, con

necesaria intervención de crisis, ya sea por sus condiciones médicas o por sus demandas psicológicas. Este tipo de relaciones en muchas ocasiones derivan en eventos de intensa carga emocional para el enfermero.

Existe un alta prevalencia de estrés en los profesionales debido a la gran responsabilidad que tienen sobre la calidad y equilibrio de salud del paciente, el trato con ellos, así como los problemas de organización en el hospital.

Un estudio en Guadalajara muestra la sobrecarga de trabajo, la falta de apoyo, el trato con familiares de los pacientes, como los principales generadores de estrés, presentando repercusiones negativas en su salud física y mental, tales como cansancio emocional, despersonalización y sentimiento negativos hacia su profesión.

El cuarto artículo presenta una investigación que se realiza a trabajadores del Sector Salud del Estado de México, en donde menciona como aspectos relacionados al estrés, los altos niveles de responsabilidad, sobrecarga laboral, escasez de personal y material para ejecutar sus actividades, ambigüedad de roles, conflictos interpersonales, falta de incentivos motivacionales y económicos. Como Principales detonadores de estrés que provocan alteraciones biológicas, psicológicas y sociales.

## **4.2 Artículo 1 Entorno laboral estresante en enfermería.**

### Introducción

Los pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Críticos (UC) consumen una gran cantidad de recursos. Una parte sustancial de estos recursos está relacionada con los cuidados de enfermería, y, específicamente, con la dotación de las plantillas de enfermeras.

Establecer la dotación de dichas plantillas es una tarea compleja. En primer lugar, por las grandes diferencias entre los hospitales y las propias unidades. Además, las necesidades de cada paciente, en función de su situación clínica, son muy

diversas, como lo es también la experiencia, la formación y la capacitación de las enfermeras que los atienden<sup>1</sup>.

Tradicionalmente, las ratios paciente/enfermera en las UC se han establecido en función de la gravedad de los pacientes, la frecuencia de las intervenciones del personal para tareas de monitorización, la administración de tratamientos o los cuidados básicos. Por el contrario, la formación, la experiencia y la habilidad del personal no suelen tenerse en cuenta.

Diversos estudios han demostrado la relación entre las ratios paciente/enfermera y los resultados, en términos de mortalidad, eventos adversos, infecciones, costes y calidad de los cuidados, en el caso de los pacientes, y de deterioro de la calidad del entorno laboral en el caso de los profesionales de enfermería. No obstante, la mayoría de estos estudios se han llevado a cabo en unidades de hospitalización médica o quirúrgica (UMQ), no en UC, y habitualmente con diseños observacionales. En ellos, se sugiere que una peor ratio paciente/enfermera en las UC y un entorno laboral deteriorado se asocian con resultados adversos en los pacientes.

El investigador coreano Shung-Hyun Cho ha realizado varios estudios en el ámbito de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). En 2008 publicó un estudio que tenía por objetivo examinar la relación de la ratio paciente/enfermera y la mortalidad, y reveló que cada paciente adicional por enfermera se asociaba a un aumento del 9% en la probabilidad de muerte (OR: 1,09; IC 95%: 1,04-1,14) y, en esta misma línea, un aumento de 2 o 3 pacientes por enfermera supone un incremento del 18 y 29% en la probabilidad de muerte. Globalmente, por cada paciente más del que se responsabiliza una enfermera, se produce un incremento de 15 muertes/1.000 pacientes. En otro trabajo se ponía de manifiesto que tan solo una quinta parte de las enfermeras encuestadas percibían que la ratio paciente/enfermera existente en su institución (2,8 pacientes/enfermera) era la adecuada para prestar cuidados de calidad; un 40% mostraron estar insatisfechas con el puesto de trabajo y un 57% presentaban elevados valores de burnout,

medidos a través del Maslach Burnout Inventory (MBI). Cuando los profesionales de enfermería percibían una mejor calidad de cuidados, mostraban menor insatisfacción laboral y menor nivel de burnout (OR 0,3 y 0,34 respectivamente).

Estudios realizados en EE. UU. han relacionado también el entorno de trabajo y los cuidados de enfermería en las UCI. En esta línea, un estudio realizado en 2009 y que utilizó la escala Practice Environment Scale-Nursing Work Index (PES-NWI), concluyó que la falta de comunicación médico-enfermera suponía un incremento en algunos efectos adversos, por ejemplo, un incremento en la incidencia de úlceras por presión y un aumento en la incidencia de neumonías asociadas a ventilación mecánica ( $p < 0,03$ ). Cada hora menos que dedicaba la enfermera al paciente suponía el aumento de una unidad en la probabilidad de sepsis ( $p < 0,02$ ).

Otro estudio estadounidense analizó los posibles factores que pueden impulsar la decisión de cambiar de puesto de trabajo a las enfermeras de las UCI y observó que el 52% de las que manifestaron su intención de abandonar su puesto de trabajo como enfermeras lo harían por las condiciones de trabajo. Las principales causas podían agruparse en 3: la práctica profesional, las competencias profesionales y la antigüedad. Una mejor percepción respecto a su práctica profesional se relacionaba con un descenso del 48% en la probabilidad de abandonar el puesto de trabajo durante el año siguiente y el aumento en las competencias de los profesionales de enfermería suponía una disminución del 39% de esta probabilidad. Del mismo modo, por cada año de antigüedad se observaba una disminución del 3% en la probabilidad de abandono.

En Australia se realizó un estudio que tenía por objetivo evaluar si la implantación de sesiones clínicas de enfermería tenía influencia en los cambios producidos en el entorno laboral, y se observó que la implantación de dichas sesiones suponía un aumento en la puntuación de las escalas utilizadas (Nursing Worklife Satisfaction Scale), de tal modo que aumentaba la percepción de la autonomía y el estatus profesional, aumentando consecuentemente la satisfacción laboral.



En España, casi todos los trabajos realizados sobre estos aspectos se centran en el estudio del burnout de las enfermeras, aunque en la mayoría se han estudiado muestras pequeñas y, en algunos, se han estudiado diferentes tipos de unidades. En Barcelona, se estudiaron enfermeras de urgencias, semicríticos y sala de medicina interna, sin encontrar diferencias significativas del nivel de burnout entre los 3 tipos de unidades. En Granada, encontraron un mayor desgaste en los bloques de hospitalización y servicios generales, y menor en los bloques de especialidades y quirúrgico. En Madrid, no se encontraron diferencias entre el burnout de las enfermeras de la UCI de Cardiología y las de hospitalización; tampoco en Vigo, entre enfermeras de servicios especiales (UCI, Salud Mental, Urgencias) y el resto de servicios. En el País Vasco, se compararon enfermeras que trabajaban en cuidados paliativos con enfermeras de otras unidades de hospitalización, sin encontrar diferencias en el nivel de burnout.

Dada la evidencia observada, resulta necesario el estudio de este fenómeno en los profesionales de enfermería del Sistema Nacional de Salud en España. Este estudio tiene como objetivo: conocer si existen diferencias en la percepción del entorno laboral, el nivel de burnout y la satisfacción con el trabajo entre enfermeras de UC y de hospitalización en hospitales del Sistema Nacional de Salud.

Los resultados que se presentan son una parte de los obtenidos en el estudio RN4CAST, realizado en 12 países europeos, entre ellos España (RN4CAST-España).

#### Material y métodos

Estudio observacional, analítico y transversal, realizado entre los años 2009 y 2010.

El proyecto RN4CAST establecía la inclusión de hospitales de más de 150 camas y pertenecientes al Sistema Nacional de Salud. En el proyecto RN4CAST-España se añadió como criterio de inclusión la existencia de UC. Se consideraron UC

aquellas donde estaba establecido que el tiempo de ingreso del paciente era superior a 24 h. Se partió de una población de 185 hospitales que cumplían dichos criterios y se seleccionó una muestra aleatoria de 34 hospitales.

Dentro de cada hospital se tomaron 3 unidades como mínimo: una de hospitalización médica (UM), una quirúrgica (UQ) y una de UC, seleccionando el número de unidades a estudiar en función del tamaño del hospital, según el número de camas. Se excluyeron las unidades de urgencias, laboratorios, radiología y otros servicios en los que los pacientes no son hospitalizados. En el proyecto RN4CAST se estableció como criterio un mínimo de 50 enfermeras por hospital.

Se realizó un muestreo aleatorio estratificado por comunidad autónoma y número de camas del hospital, para representar todas las comunidades autónomas y todos los tamaños de los hospitales. Además de los 34 hospitales seleccionados, se adhirieron al estudio de forma voluntaria otros 26 hospitales, que cumplían los criterios de selección, resultando una muestra final de 60 hospitales. Se seleccionaron de forma aleatoria las unidades de hospitalización y se incluyó en el estudio a todas las enfermeras que trabajaban en dichas unidades, independientemente de su relación contractual con el hospital (temporal o fija). Se excluyó a las enfermeras ausentes por vacaciones, incapacidad laboral o permisos de cualquier tipo, durante el periodo de la recogida de datos.

Se recogieron datos sociodemográficos, laborales, percepción del entorno laboral, satisfacción laboral, burnout y calidad autopercibida de los cuidados prestados, así como sobre la seguridad de dichos cuidados, utilizando un único cuestionario.

Para medir la percepción del entorno laboral, se utilizó la versión española validada del PES-NWI y para medir el burnout, se ha utilizado la versión española del MBI.

El PES-NWI, desarrollado y validado por Lake en 2002, consta de 31 ítems valorados en una escala Likert de 1 a 4 puntos (1=totalmente en desacuerdo,

2=en desacuerdo, 3=de acuerdo y 4=totamente de acuerdo). Estos 31 ítems se agrupan en 5 factores: Dotación y adecuación de recursos, Relaciones laborales enfermera-médico, Habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de su responsable, Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad y Participación de la enfermería en cuestiones del hospital. Cabe señalar que en el proyecto RN4CAST se ha utilizado el PES-NWI modificado, que tiene 32 ítems. Esta modificación consistió en añadir 4 ítems nuevos y eliminar 3 del PES-NWI original. Así, para la escala con 32 ítems, se añadieron los ítems: Los médicos valoran las observaciones y juicios de las enfermeras, Los médicos reconocen la contribución de las enfermeras al cuidado de los pacientes, Los médicos respetan a las enfermeras como profesionales y Los médicos tienen a las enfermeras en gran estima; y se han eliminado los ítems: La supervisora consulta al personal sobre los problemas del día a día y los procedimientos, Se utilizan los diagnósticos de enfermería y Las supervisoras utilizan los errores como oportunidades para aprender, no como crítica. Disponible previa solicitud al autor de correspondencia.

La versión española validada coincide con el PES-NWI original de 31 ítems.

Los hospitales fueron clasificados en función de los resultados obtenidos en el PES-NWI<sup>16</sup>. Una puntuación media mayor de 2,5 indica que las enfermeras tienden a estar de acuerdo con la presencia de ese factor en su entorno laboral. Así, el hospital será bueno o favorable si tiene 4 o 5 factores con puntuación media superior a 2,5; mixto en caso de tener 2 o 3 y pobre o desfavorable en caso de tener 1 o ningún factor con dicha puntuación.

El MBI<sup>17</sup> es la herramienta más utilizada para medir el agotamiento debido al trabajo. Consta de 3 dimensiones: Agotamiento emocional (AE), Despersonalización (DP) y Realización personal (RP). Contiene 22 ítems medidos en una escala Likert de 1 a 7 puntos («nunca», «algunas veces al año o menos», «una vez al mes o menos», «algunas veces al mes», «una vez a la semana», «varias veces a la semana», «todos los días»). El AE contiene 9 ítems, con una

puntuación máxima de 54; la DP, 5 ítems, con una puntuación máxima de 30; y la RP, 8 ítems y una puntuación máxima de 48.

El MBI establece que las 3 dimensiones se categorizan en 3 grupos cada una (bajo, medio y alto), según los valores: AE: bajo  $\leq 18$ , medio [19-26], alto  $\geq 27$ ; DP: bajo  $\leq 5$ , medio [6-9], alto  $\geq 10$ ; RP: bajo  $\geq 40$ , medio [39-34], alto  $\leq 33$ <sup>17</sup>. Para el cuestionario global, se establece un burnout alto cuando 2 o 3 de las 3 dimensiones anteriores tienen niveles altos; medio, cuando 2 o 3 tienen niveles medios o hay una escala en cada nivel; y bajo cuando 2 o 3 tienen niveles bajos<sup>12</sup>.

Un investigador responsable en cada comunidad autónoma coordinó la recogida de datos en los hospitales, los cuales fueron introducidos y extraídos por el equipo investigador.

Los cuestionarios fueron autocumplimentados, previa firma de un consentimiento informado. Se consideraron debidamente cumplimentados aquellos que no tenían más del 15% de las preguntas sin contestar.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables, utilizando frecuencias absolutas y porcentajes para las cualitativas; y media y desviación estándar o mediana, valor mínimo y valor máximo para las cuantitativas. Para el análisis comparativo se han utilizado las pruebas estadísticas Ji cuadrado, t de Student y U de Mann-Whitney, dependiendo de la tipología y distribución de las variables, previa comprobación de su distribución. Para todos los casos se ha asumido un nivel de confianza del 95%.

Se ha garantizado en todo momento el anonimato de las participantes y la confidencialidad de los datos. Todos los investigadores han cumplido con las recomendaciones de buenas prácticas científicas y con la legislación vigente respecto a la investigación y protección de datos de carácter personal. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica del Hospital Universitario Vall d'Hebron.

En Fuentelsaz-Gallego et al. (2012) hay una descripción más detallada de la metodología del estudio.

## Resultados

Se entregaron 7.539 cuestionarios, de los que se recogieron 5.654 contestados (75%). De los 6.417 cuestionarios destinados a unidades médicas y quirúrgicas (UMQ) se recogieron 4.811 cumplimentados (75%) y de los 1.122 entregados en UC se recogieron 843 (75%). Se excluyó uno de los 60 hospitales participantes por incumplir el protocolo del estudio. Se obtuvieron datos de un total de 240 UM, 222 UQ y 70 UC. Información completa disponible en: [http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-redes-centros-investigacion2/fd-centros-unidades2/fd-investen-isciii-2/docus/Informe\\_global\\_Spain.pdf](http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-redes-centros-investigacion2/fd-centros-unidades2/fd-investen-isciii-2/docus/Informe_global_Spain.pdf)

## Datos sociodemográficos y características laborales

Las enfermeras que trabajaban en las UMQ tenían una media de edad de 37,6 años (DE=9,7) y las de las UC 37,1 años (DE=8,8). El porcentaje de mujeres en las UMQ fue del 89% (4.225) y en las UC del 84% (704), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ).

La mediana de experiencia laboral de las enfermeras de las UMQ fue de 12 años (mín=1, máx=43; Q1=6, Q3=20) y para las de UC, 13 años (mín=1, máx=37; Q1=7, Q3=20). Trabajaban la jornada completa 3.878 (88%) enfermeras de las UMQ, mientras que en las UC lo hacían 715 (92%), mostrando diferencia significativa entre los grupos ( $p = 0,001$ ). La ratio paciente/enfermera era inferior en las UC (3/1; mín=2/1, máx=20/1) que en las UMQ (12/1; mín=1/1, máx=38/1).

Con respecto al grado de satisfacción de las enfermeras con la elección de la carrera de Enfermería, el 45% (2.120) en UMQ y el 44% (362) en UC indicó estar muy satisfecha de la elección; el 29% (1.353) en UMQ y el 33% (274) en UC

moderadamente satisfecha, el 10% (484) en UMQ y el 7% (60) en UC, algo insatisfecha y el 16% (775) en UMQ y el 16% (135) en UC muy insatisfecha.

### Entorno laboral

Las puntuaciones medias de los 5 factores que componen el PES-NWI para cada tipo de unidad se presentan en la tabla 1. Los factores mejor valorados (media=2,6) en las UMQ fueron: «habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables» y «fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad». En las UC no se obtuvieron medias superiores a 2,5 para ninguno de los factores: en 4 de ellos la media fue de 2,4. El factor peor valorado en ambos tipos de unidad fue «participación de la enfermería en cuestiones del hospital».

Tabla 1.

Medias y desviaciones estándar de cada uno de los factores del Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI), según tipo de unidad

Factor	Media (DE) UMQ	Media (DE) UC	p
Factor 1: Dotación y adecuación de recursos	2,19 (0,68)	2,41 (0,68)	<0,001
Factor 2: Relaciones laborales enfermera-médico	2,40 (0,67)	2,41 (0,67)	0,592
Factor 3: Habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables	2,61 (0,69)	2,40 (0,71)	<0,001
Factor 4: Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad	2,57 (0,53)	2,38 (0,53)	<0,001
Factor 5: Participación de la enfermería en cuestiones del hospital	2,14 (0,52)	2,04 (0,51)	<0,001

DE: desviación estándar; UC: unidades de cuidados críticos; UMQ: unidades médicas y quirúrgicas.

El 48% (406) de las enfermeras de las UC clasificó su hospital como desfavorable, porcentaje que difiere de forma estadísticamente significativa ( $p=0,009$ ) del porcentaje de enfermeras de las UMQ que clasifica su hospital como desfavorable (43%; 2.048) (tabla 2).

Tabla 2.

Clasificación de los hospitales en función del Practice Environment Scale of the Nursing Work Index, según tipo de unidad

Clasificación	Frecuencia (%) UMQ	Frecuencia (%) UC	p
Hospital desfavorable	2.048 (42,6)	406 (48,2)	0,009
Hospital mixto	1.903 (39,5)	306 (36,3)	
Hospital favorable	860 (17,9)	131 (15,5)	

UC: unidades de cuidados críticos; UMQ: unidades médicas y quirúrgicas.

A la pregunta sobre la evaluación general del entorno laboral en el hospital (adecuación de recursos, relación con los compañeros y apoyo de la supervisora), cuyas categorías de respuesta eran malo, regular, bueno o excelente, el 51% (2.433) de las enfermeras de UMQ y el 47% (389) de las de UC lo valoraron como bueno o excelente, mostrando diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,029$ ).

#### Burnout

El agotamiento laboral, medido a través del MBI, clasificó al 23% (952) de las enfermeras de UMQ y al 18% (139) de UC en niveles altos de burnout global, mostrando diferencias de los porcentajes de enfermeras en cada uno de los niveles de burnout entre ambos tipos de unidad ( $p=0,039$ ). El 28% (1.251) de las

enfermeras de UMQ y el 19% (156) de UC tenían niveles altos de agotamiento emocional. El 34% (1.490) de las enfermeras de UMQ y el 39% (302) en UC mostró altos niveles de agotamiento en realización personal. La despersonalización fue superior en UMQ, con un 23% (1.079) con niveles altos de agotamiento, frente al 17% (136) de las UC. Los porcentajes de enfermeras en cada nivel mostraron diferencias estadísticamente significativas en las 3 dimensiones ( $p < 0,001$ ) (tabla 3).

Tabla 3.

Distribución de los niveles de agotamiento laboral en función del Maslach Burnout Inventory, según tipo de unidad

Nivel	Frecuencia (%) UMQ	Frecuencia (%) UC	p
<i>Agotamiento emocional</i>			
Bajo	2.160 (47,4)	464 (57,7)	<0,001
Medio	1.144 (25,1)	184 (22,9)	
Alto	1.251 (27,5)	156 (19,4)	
<i>Realización personal</i>			
Bajo	1.729 (38,8)	244 (31,1)	<0,001
Medio	1.232 (27,7)	237 (30,3)	
Alto	1.490 (33,5)	302 (38,6)	
<i>Despersonalización</i>			
Bajo	2.523 (54,3)	484 (59,5)	<0,001
Medio	1.047 (22,5)	194 (23,8)	
Alto	1.079 (23,2)	136 (16,7)	
<i>Burnout global</i>			
Bajo	2.015 (47,7)	380 (50,2)	0,039
Medio	1.260 (29,8)	238 (31,4)	



Nivel	Frecuencia (%) UMQ	Frecuencia (%) UC	p
Alto	952 (22,5)	139 (18,4)	

UC: unidades de cuidados críticos; UMQ: unidades médicas y quirúrgicas.

### Satisfacción con el trabajo

De cara a la satisfacción laboral indicada por las enfermeras, el 66% (3.158) de las que trabajaban en UMQ y el 70% (578) en UC reflejó estar «moderadamente satisfecha» o «muy satisfecha» en el trabajo actual, siendo estadísticamente diferente entre ambos grupos ( $p=0,044$ ). El 27% (1.264) de las enfermeras en UMQ y el 25% (204) en UC mostraron su intención de dejar el trabajo en el hospital actual en caso de tener la opción, sin reflejar diferencias ( $p=0,223$ ). Preguntando en detalle determinados aspectos del trabajo, la causa de mayor insatisfacción fueron las oportunidades de desarrollo profesional, encontrándose «muy insatisfecha» o «algo insatisfecha» el 68% (3.231) en las UMQ y el 71% (595) en las UC ( $p=0,007$ ). Por otro lado, la causa de mayor satisfacción fue el derecho a bajas por enfermedad, estando «moderadamente satisfechas» o «muy satisfechas» el 77% (3.650) de las enfermeras de las UMQ y el 77% (637) en las UC ( $p=0,477$ ).

### Calidad y seguridad de los cuidados prestados

Con respecto a la percepción de la calidad de los cuidados prestados en la unidad en la que trabajaba la enfermera, calificada como mala, aceptable, buena o excelente, el 71% de las enfermeras de UMQ y el 74% de las UC la percibieron como buena o excelente, sin diferencias significativas ( $p=0,213$ ). El 21% (990) en UMQ y el 25% (203) en UC consideró que la calidad de los cuidados se había deteriorado en el último año, siendo la diferencia entre las unidades estadísticamente significativa ( $p=0,027$ ). La seguridad del paciente fue valorada como aceptable por el 49% (2.351) y como buena por el 40% (1.917) en UMQ y como aceptable por el 44% (369) y como buena por el 46% (381) de las

enfermeras en UC, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,023$ ). Otros aspectos relacionados con la seguridad del paciente se reflejan en la tabla 4.

Tabla 4.

Frecuencia en los aspectos relacionados con la seguridad del paciente, según tipo de unidad

Aspecto	Categoría	Frecuencia (%) UMQ	Frecuencia (%) UC	p
El personal tiene la sensación de que los errores se utilizan en su contra	Muy en desacuerdo	348 (7,4)	56 (6,7)	0,002
	En desacuerdo	1.384 (29,3)	250 (30,1)	
	Indiferente	1.136 (24,1)	165 (19,8)	
	De acuerdo	1.527 (32,3)	276 (33,2)	
	Muy de acuerdo	326 (6,9)	85 (10,2)	
Durante los cambios de turno se pierde información relevante sobre el cuidado del paciente	Muy en desacuerdo	582 (12,3)	84 (10,1)	0,130
	En desacuerdo	2.190 (46,3)	373 (44,8)	
	Indiferente	431 (9,1)	74 (8,9)	
	De acuerdo	1.304 (27,6)	262 (31,5)	
	Muy de acuerdo	224 (4,7)	39 (4,7)	
Durante el traslado de pacientes a otras unidades se pierde información	Muy en desacuerdo	354 (7,4)	61 (7,4)	0,780
	En desacuerdo	1.835 (38,6)	326 (39,2)	

Aspecto	Categoría	Frecuencia (%) UMQ	Frecuencia (%) UC	p
El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de quienes tienen la autoridad	desacuerdo			
	Indiferente	543 (11,4)	105 (12,6)	
	De acuerdo	1.768 (37,2)	299 (36)	
	Muy de acuerdo	258 (5,4)	40 (4,8)	
	Muy en desacuerdo	695 (14,7)	147 (17,7)	0,006
	En desacuerdo	1.822 (38,4)	350 (42,1)	
	Indiferente	924 (19,5)	147 (17,7)	
En esta unidad planteamos la manera de prevenir que los errores se repitan	De acuerdo	1.166 (24,6)	170 (20,5)	
	Muy de acuerdo	133 (2,8)	17 (2)	
	Muy en desacuerdo	182 (3,8)	45 (5,4)	<0,001
	En desacuerdo	642 (13,5)	148 (17,7)	
	Indiferente	646 (13,6)	142 (17)	
Se nos informa de los cambios que se han implantado, basados en la notificación de efectos adversos	De acuerdo	2.655 (55,8)	416 (49,9)	
	Muy de acuerdo	631 (13,3)	83 (10)	
	Muy en desacuerdo	287 (6,1)	88 (10,5)	<0,001
	En desacuerdo	1.063 (22,5)	217 (26)	
	Indiferente	953 (20,1)	161 (19,3)	

Aspecto	Categoría	Frecuencia (%) UMQ	Frecuencia (%) UC	p
Las acciones de la dirección hacen evidente que la seguridad de los pacientes es una de las principales prioridades	De acuerdo	2.077 (43,9)	324 (38,8)	0,091
	Muy de acuerdo	353 (7,4)	45 (5,4)	
	Muy en desacuerdo	549 (11,5)	112 (13,5)	
	En desacuerdo	1.210 (25,5)	220 (26,5)	
	Indiferente	1.257 (26,5)	226 (27,2)	
	De acuerdo	1.423 (30)	236 (28,4)	
	Muy de acuerdo	309 (6,5)	37 (4,4)	

UMQ: Unidades médicas y quirúrgicas; UC: Unidades de cuidados críticos.

Entre las tareas que desempeñaban las enfermeras, la frecuencia de la realización de extracciones de sangre rutinarias, el traslado de pacientes dentro del hospital y la limpieza de habitaciones de pacientes mostraron diferencias significativas entre ambos grupos ( $p < 0,001$ ) siendo más frecuente su realización en las UC. En el resto de tareas donde se encontró diferencia significativa, se muestra mayor frecuencia en las UMQ (tabla 5). Por otro lado, el 19% (908) de las enfermeras de las UMQ y el 8% (63) de las UC aseguró no haber realizado una vigilancia adecuada del paciente por falta de tiempo, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Otras actividades que dejaron de realizar por falta de tiempo se muestran en la tabla 6.

Tabla 5.

Frecuencia en las tareas realizadas por las enfermeras en el último turno de trabajo, según tipo de unidad

Tarea	Categoría	Frecuencia (%) UMQ	Frecuencia (%) UC	p
Repartir o recoger bandejas de comida	Nunca	2.598 (54,9)	586 (70,4)	<0,001
	A veces	1.787 (37,7)	229 (27,5)	
	Frecuentemente	351 (7,4)	17 (2,1)	
Proporcionar cuidados que no son de enfermería	Nunca	440 (9,3)	104 (12,6)	0,008
	A veces	3.437 (72,6)	590 (71,4)	
	Frecuentemente	855 (18,1)	132 (16)	
Tramitar traslados y transporte (incluyendo traslados a centros de larga estancia)	Nunca	2.024 (42,9)	445 (54,2)	<0,001
	A veces	1.833 (38,8)	234 (28,5)	
	Frecuentemente	862 (18,3)	142 (17,3)	
Realizar extracciones sanguíneas de rutina	Nunca	739 (15,6)	50 (6)	<0,001
	A veces	1.496 (31,5)	191 (23)	
	Frecuentemente	2.509 (52,9)	589 (71)	
Trasladar a pacientes dentro del hospital	Nunca	2.545 (53,9)	371 (44,8)	<0,001
	A veces	1.542 (32,6)	231 (27,9)	
	Frecuentemente	639 (13,5)	226 (27,3)	
Cubrir servicios no propios de enfermería por	Nunca	3.531 (75,1)	638 (77,1)	0,370

Tarea	Categoría	Frecuencia (%) UMQ	Frecuencia (%) UC	p
ser necesarios fuera del horario laboral de estos	A veces	1.018 (21,6)	161 (19,5)	0,569
	Frecuentemente	154 (3,3)	28 (3,4)	
	Nunca	1.303 (27,6)	244 (29,4)	
Conseguir suministros o equipos	A veces	2.699 (57,1)	463 (55,7)	<0,001
	Frecuentemente	724 (15,3)	124 (14,9)	
	Nunca	3.842 (81,3)	616 (74,3)	
Limpiar habitaciones de pacientes o equipos	A veces	784 (16,6)	177 (21,4)	<0,001
	Frecuentemente	101 (2,1)	36 (4,3)	
	Nunca	97 (2,1)	17 (2)	
Contestar el teléfono, realizar tareas administrativas	A veces	943 (19,8)	263 (31,5)	<0,001
	Frecuentemente	3.714 (78,1)	556 (66,5)	
	Nunca	97 (2,1)	17 (2)	

UC: unidades de cuidados críticos; UMQ: unidades médicas y quirúrgicas.

Tabla 6.

Tareas no realizadas por las enfermeras por falta de tiempo, según tipo de unidad

Tarea	Frecuencia (%) UMQ	Frecuencia (%) UC	p
Vigilancia adecuada del paciente	908 (18,9)	63 (7,5)	<0,001
Cuidado de la piel	1.165 (24,2)	70 (8,3)	<0,001
Higiene oral	1.930 (40,1)	82 (9,7)	<0,001

Tarea	Frecuencia (%) UMQ	Frecuencia (%) UC	p
Manejo del dolor	334 (6,9)	34 (4)	0,002
Hablar y reconfortar al paciente	1.819 (37,8)	215 (25,5)	<0,001
Educación sanitaria	2.097 (43,6)	341 (40,5)	0,090
Tratamientos y técnicas	239 (5)	20 (2,4)	0,001
Administrar medicación a su hora	477 (9,9)	61 (7,2)	0,014
Preparar al paciente y su familia para el alta	1.378 (28,6)	137 (16,3)	<0,001
Registrar adecuadamente los cuidados de enfermería	1.006 (20,9)	124 (14,7)	<0,001
Hacer o actualizar planes de cuidados de enfermería	1.898 (39,5)	313 (37,1)	0,203
Planificar el cuidado del paciente	1.258 (26,1)	193 (22,9)	0,046
Cumplir pauta de cambios posturales frecuentes	787 (16,4)	118 (14)	0,085

UC: unidades de cuidados críticos; UMQ: unidades médicas y quirúrgicas.

## Discusión

Según las enfermeras, hay una mejor dotación y adecuación de recursos en las UC que en las unidades de hospitalización, medida a través de la escala validada PES-NWI. Sin embargo, las enfermeras de UC reflejan una valoración inferior que las unidades de hospitalización en cuanto al liderazgo, los fundamentos de enfermería para prestar cuidados de calidad y la participación que tiene la enfermería en cuestiones hospitalarias. Esto hace que las UC hagan una clasificación del hospital más desfavorable que las unidades de hospitalización.

Se observa un alto desacuerdo con los aspectos que son competencia de mandos intermedios o superiores, donde las enfermeras que desempeñan su trabajo en

UC muestran mayor desacuerdo en cuestiones de gestión acerca de la seguridad del paciente. No obstante, en aspectos que atañen al trabajo en equipo de cara a compañeras de unidad, no hay diferencias en los grados de acuerdo.

Es cierto que las tareas que desempeñan las enfermeras en ambos tipos de unidades son diferentes, debido a que las necesidades de los pacientes y, por lo tanto, los cuidados a llevar a cabo, no son los mismos. Sin embargo, en las UC se percibe, por parte del personal, menos falta de tiempo para desempeñar tareas propias de enfermería, siendo las unidades de hospitalización las que dejan, según los profesionales encuestados, más tareas pendientes de realizar.

El nivel de burnout que se llega a padecer está en función de la unidad en la que la enfermera desempeña su labor, ya que las de unidades de hospitalización declararon un nivel más alto de burnout que las de críticos, a pesar de que en estas es más bajo el nivel de satisfacción y grado de acuerdo con las directrices del hospital. Solo en aspectos relacionados con la realización personal se detecta mayor nivel de burnout en las UC, lo que coincide con los resultados de otros estudios, como el realizado en China.

Hay estudios, tanto a nivel del estado español<sup>6,8-10</sup> como internacional<sup>19,20</sup>, que no indican niveles de burnout diferentes según el tipo de unidad estudiada. Otros, en cambio, encuentran resultados contradictorios: en México se encontraron niveles más altos de burnout en las UC<sup>21</sup> y, en España, los niveles más altos se dieron en unidades de hospitalización<sup>22</sup>.

Es importante hacer hincapié en establecer un buen ambiente laboral, ya que la existencia de un mal ambiente puede llevar al abandono de la profesión por parte de la enfermera<sup>23</sup>. Los profesionales de las UCI tienen una visión más crítica que los de las unidades de hospitalización, sobre todo en sus relaciones con las estructuras directivas de los hospitales. Además, parece haber una cierta contradicción en la percepción de aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes en las UC, puesto que, aunque la opinión general de los profesionales



sobre este tema es moderadamente satisfactoria, cuando se abordan cuestiones concretas sus opiniones son más negativas.

Debido a esto, surge la necesidad de estudiar más en profundidad las posibles carencias en seguridad de los cuidados del paciente en las UC, contando con las perspectivas de los profesionales de enfermería, como se ha explorado ya en algunos estudios<sup>24</sup>.

La comparación de los resultados obtenidos con los hallados en otros estudios realizados, a veces resulta difícil, ya que los instrumentos de medición utilizados han sido diferentes<sup>25</sup> o difiere el sistema de puntuación<sup>26,27</sup>. En un estudio similar realizado en España, no se encontraron diferencias en el nivel de estrés entre las enfermeras de unidades de medicina intensiva y de hospitalización<sup>27</sup>, en concordancia con los resultados del presente estudio.

Entre las limitaciones del presente estudio, cabe destacar que no se pudo hacer un muestreo de las enfermeras participantes, debido a la imposibilidad de conseguir los listados de las enfermeras en todos los hospitales, por lo que se seleccionaron aleatoriamente las unidades. Otra limitación es el diseño del estudio, que no permite establecer causalidad entre las variables, para lo que se deberían realizar estudios con otro tipo de diseño.

Aunque no es una limitación, cabe considerar, de cara a la interpretación de los resultados, que aunque las diferencias encontradas entre las enfermeras de los 2 tipos de unidades de hospitalización estudiados son estadísticamente significativas (debido al tamaño de la muestra), estas diferencias no son importantes en algunos de los ítems estudiados.

## **4.3 Artículo 2 Las enfermeras, un recurso vital para la salud.**

Las enfermeras son el colectivo de profesionales sanitarios más numeroso del mundo, el más cercano al paciente y, en muchas regiones del planeta, el único disponible. Precisamente por ser el más numeroso, también es el que conlleva mayores gastos de personal.

Cuando el presupuesto sanitario se concibe como un gasto, y no como una inversión, y se produce un contexto de crisis económica mundial como el actual, la conclusión de administraciones y empleadores está clara: reducir personal. Es por ello que las enfermeras de los cinco continentes han presenciado una dramática reducción de los puestos de enfermería y una disminución constante, o hasta la supresión, de sus salarios. Decisiones a corto plazo que, sin duda, tendrán consecuencias a largo plazo para la salud y seguridad de los pacientes, pero también de las propias enfermeras.

Preocupados por esta situación, que se reproduce de forma global en todo el planeta, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) ha decidido dedicar el Día Internacional de la Enfermera, que cada año se conmemora el 12 de mayo —en honor a Florence Nightingale—, a poner de relieve la labor esencial de las enfermeras en la salud. Por ello, el lema de este año es “Las enfermeras: una fuerza para el cambio. Un recurso vital para la salud”, pues para el CIE “es esencial centrarse en los recursos humanos de enfermería que hay en el mundo, como prioridad básica para conseguir una mejor salud para todos”.

Para Judith Shamian, presidenta del CIE, “para entender cómo aprovechar al máximo ese recurso vital que es la enfermería es necesario aplicar una sencilla ecuación, basada en la evidencia científica, que demuestra que unos recursos humanos de enfermería adecuados, bien formados y con un buen entorno laboral son imprescindibles para unos cuidados de salud de calidad”.

## Escasez de recursos humanos

El Tercer Foro Mundial sobre los Recursos Humanos para la Salud (RHS), celebrado en 2013, señala en su declaración que “el programa de los RHS trasciende las fronteras nacionales: la mala distribución geográfica y la migración internacional afectan a los países de renta baja, media y alta, en algunos casos impidiendo la prestación de servicios de salud esenciales”.

Además, la Asamblea Mundial de la Salud (AMS), órgano supremo de adopción de decisiones de la OMS, ha reconocido repetidas veces la necesidad de fortalecer los servicios de enfermería y de partería para conseguir una salud mejor para las personas, las familias y las comunidades.

La escasez de profesionales se ve agudiza por la migración. Países como Australia, Alemania, Reino Unido, Canadá o Estados Unidos cuentan ya con políticas de captación de enfermeras en multitud de países, incluyendo España. Y diversos estudios cifran entre el 22 y el 29% el desfase entre la oferta y la demanda de recursos humanos de salud en los países desarrollados en los próximos 20 años.

## Formación

La formación de las enfermeras a nivel mundial también ha tenido dificultades para mantenerse a la altura de las exigencias. Además, “hay una falta de correlación entre las competencias profesionales con las necesidades del paciente y de la población y desequilibrios cuantitativos y cualitativos en las profesiones de cuidados de salud”.

De hecho, el CIE ha identificado, en un estudio de 2009, que “la capacidad de los programas de formación para preparar titulados de enfermería clínicamente seguros y competentes se ve frecuentemente mermada por la importancia y asignación de tiempo —insuficiente— dedicado al aprendizaje clínico; la falta de unos resultados de formación claramente definidos; el empleo de métodos

ineficaces de docencia clínica; unos lugares de docencia inadecuados, de calidad deficiente o multitudinarios; y la falta de buenos modelos funcionales clínicos”.

## Entorno laboral

Unos recursos humanos mejor capacitados son más productivos pero las capacidades, por sí mismas, no darán lugar a una mayor productividad Para el CIE, la importancia del entorno laboral ha sido muy subestimada en tanto que es un aspecto esencial para comprender la distribución de los recursos de enfermería. De hecho, diversos estudios han demostrado que cuanto mejor es el entorno de trabajo de las enfermeras menores son los casos de muertes y fracasos terapéuticos.

La última investigación al respecto, que ya se publicó en ENFERMERÍA FACULTATIVA, refleja que los pacientes tienen más riesgos de fallecer después de pasar por procesos quirúrgicos comunes si están ingresados en hospitales donde las enfermeras asumen una gran carga de trabajo y hay menos personal con una titulación universitaria.

Tal y como manifiesta la presidenta del principal órgano de representación mundial de la profesión, Judith Shamian, “aun cuando añadir más enfermeras a los recursos humanos tiene un costo inicial, para mejorar el entorno laboral no se necesita el mismo nivel de recursos, pero sí es preciso que el sistema de salud se gestione y se dirija a sí mismo de manera diferente”.

Para el CIE “unos entornos positivos para la práctica profesional son contextos que favorecen la excelencia y el trabajo. En particular, tratan de asegurar la salud, la seguridad y el bienestar de su personal, promueven los cuidados de calidad para los pacientes y mejoran la motivación, la productividad y los resultados de las personas y de las organizaciones”.

Por el contrario, unos lugares de trabajo poco saludables e inseguros “afectan a la salud física y psicológica de las enfermeras por el estrés de las pesadas cargas de

trabajo, las largas horas, el bajo estatus profesional, las difíciles relaciones en el trabajo, los problemas del desempeño de las funciones profesionales y la variedad de los riesgos laborales”.

### Situación en España

España no es ajena al panorama que dibuja el CIE. Desde hace varios años, el Consejo General de Enfermería viene alertando de la grave escasez de enfermeras de nuestro país. De hecho, según el *Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea 2013* España necesita 108.139 enfermeros más de los que tiene actualmente,—lo que supone un incremento del 43,89%—, simplemente para alcanzar la media europea de enfermeras por cada 100.000 habitantes.

Situación que se agrava con el paro galopante que vive la profesión. De hecho, 2013 —el peor año histórico en materia de empleo en la enfermería—, registró una media de 14.499 enfermeros en paro. Con cifras que oscilaron entre los 6.903 de agosto y los 19.639 desempleados de febrero.

En sólo 4 años, los peores de la crisis económica, el desempleo enfermero se ha incrementado en un 209%. Tampoco falta la migración de profesionales, muy deseados, sobre todo en los países de la Unión Europea por la excelente calidad de la formación española, único aspecto positivo para un país como el nuestro en el que todos los enfermeros son diplomados o graduados universitarios. Para Linda Aiken, profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Pensilvania (Estados Unidos), “España es líder en Europa en formación universitaria enfermera. Muchos otros países miran a España como ejemplo de cómo canalizar la profesión a través de los estudios universitarios.

La excelente preparación de las enfermeras de este país ha ayudado a mantener la calidad en la atención a los pacientes. Sin embargo, el estudio de Aiken sobre *Personal de enfermería, formación y mortalidad hospitalaria en nueve países europeos: un estudio observacional retrospectivo* publicado en la

revista *The Lancet*, revela que “España tiene también la peor ratio enfermera/paciente de los nueve países analizados —Bélgica, Inglaterra, Finlandia,

Irlanda, Países Bajos, con 12,7 pacientes por cada enfermera, frente a las cifras de países como Irlanda y Noruega, con 6,9 y 5,2 respectivamente. La media europea es de 8”. “En algunos centros sanitarios españoles —añade Aiken— hay enfermeras que se enfrentan al cuidado de 18 pacientes de forma simultánea: a ese nivel no se garantiza la seguridad.

Nuestra investigación pone de manifiesto que no tienen suficiente tiempo para atender a cada persona. Por consiguiente, la reducción de las plantillas en un país que ya tenía una pobre ratio entre pacientes y enfermera es probable que se traduzca en muertes evitables y costosas complicaciones para los pacientes, como las infecciones”.

#### **4.4 Artículo 3 Estrés laboral en enfermeros de un hospital de Veracruz, México.**

**Autores:** Leticia Cortaza Ramírez, <sup>2</sup>Mauricio Domingo Francisco Torres

Doctora en Enfermería. Profesora de tiempo completo de la Facultad de Enfermería de Minatitlán. Universidad Veracruzana (México).

Licenciado en Enfermería. Facultad de Enfermería de Minatitlán. Universidad Veracruzana (México).

##### *Resumen*

**Objetivo:** determinar el nivel de estrés e identificar los principales elementos estresores que afectan a enfermeros de un hospital de segundo nivel de la Secretaría de Salud en el Sur de Veracruz, México.

**Método:** estudio descriptivo y transversal. Participaron 41 enfermeros

seleccionados mediante muestreo aleatorio simple. Se utilizó la Nursing Stress Scale para medir situaciones percibidas como estresantes, con una confiabilidad de 0,84.

Resultados: se encontró que el 100% de los enfermeros presenta algún nivel de estrés, un 65,9% lo presenta a veces y un 34,1% de manera frecuente. El aspecto más afectado fue el físico, la carga de trabajo fue el factor que les genera más estrés (48,8%), seguido de la muerte y el sufrimiento (29,3%); así como la incertidumbre en el tratamiento (29,3%). Los varones se perciben más estresados (83,3%) que las mujeres (25,7%).

Conclusiones: los enfermeros se perciben a sí mismos como personas estresadas, con sobrecarga de trabajo y sensibles al sufrimiento de los usuarios.

## INTRODUCCIÓN

---

El estrés es una alteración que a nivel mundial afecta cada vez a más personas. Aunque es una respuesta natural y automática de nuestro organismo ante situaciones que pueden ser amenazadoras o desafiantes, cuando esta situación es constante y sobrepasa las capacidades del individuo, llega a representar un problema de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al estrés como un conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción ante cualquier estresor o situación estresante. Otros autores lo describen como una percepción subjetiva de una condición ambiental debida a un desajuste o falta de equilibrio entre las demandas ambientales y las capacidades del individuo, identificando en este proceso componentes como estresores o factores estresantes. Definidos estos últimos como el estímulo que desencadena el estrés en cualquier individuo, clasificándolos en psicosociales y biogénicos; los primeros son aquellos que pueden generar estrés por el significado que la persona les asigne, y los biogénicos son los que por su capacidad para producir determinados cambios

bioquímicos o eléctricos automáticamente disparan la repuesta de estrés. Uno de los factores que se ha comprobado como un fuerte generador de estrés para el individuo es el ámbito laboral, definido en 1956 por Selye como estrés laboral. Sobre el estrés laboral, la OMS menciona que es un proceso de perturbación que puede afectar al individuo cuando existe un desequilibrio de adaptación para afrontar circunstancias del medio profesional que sobrepasen sus capacidades físicas y/o psíquicas debido a jornadas laborales extenuantes, mala organización o ambiente social inadecuado.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), conceptualiza al estrés laboral como el conjunto de fenómenos que se suceden en el organismo del trabajador con la participación de agentes estresantes derivados directamente del trabajo o que con motivo de este, pueden afectar la salud del trabajador. Es un problema que afecta a la productividad, al causar daño en la salud física y mental de los trabajadores, se considera además como causa directa e indirecta de accidentes de trabajo, que afecta la organización laboral, el contexto social, familiar con repercusiones en el comportamiento del trabajador que van desde involucrarse en abuso de drogas, depresión, ansiedad, desordenes de sueño y malos hábitos alimenticios.

A nivel mundial se reconoce al estrés laboral como un problema importante, especialmente en los profesionales de la salud que desarrollan su actividad en el ámbito hospitalario, debido a que el hospital es un área laboral que tiene mayor capacidad de generar estrés, por las altas demandas laborales y una escasa autonomía o control sobre sí mismo, lo que produce una tensión laboral residual que puede verse reflejada en múltiples indicadores de salud. El ambiente hospitalario es además un espacio donde se encuentra con relativa frecuencia equipos de trabajos indiferentes, apáticos, cansados, con manifestaciones de estrés, despersonalización y desmotivación, que generan algunas veces conflictos o insatisfacción. Específicamente, los enfermeros constituyen el mayor grupo de trabajo dentro de un hospital. Deben emplear un tiempo considerable de intensa relación con personas que se encuentran en



situaciones problemáticas y de necesaria intervención en crisis; ya sea por sus condiciones médicas o por sus demandas psicológicas. Este tipo de relaciones en muchas ocasiones derivan en eventos de intensa carga emocional para el enfermero, ya que es necesario controlarlas cuidadosamente para que la situación pueda ser resuelta de forma eficiente. En muchos de los casos estas situaciones tienen un desenlace negativo o fatal que es acompañado por sentimientos de frustración, temor, rabia o desesperación por parte del profesional.

Diversos estudios reportan una alta prevalencia de estrés en estos profesionales, debido a la gran responsabilidad que tienen sobre la calidad y equilibrio de salud del paciente, el trato con ellos, así como los problemas de organización en el hospital. Destacan las afecciones cognitivas-afectivas hacia el entorno organizacional y sus pacientes, constituyendo este último un estresor de riesgo para la aparición de altos niveles de estrés, debido a que mantienen un contacto más directo con los pacientes al vivir el sufrimiento y muerte de los mismos. Estudios realizados en España, ponen de manifiesto que el estrés que sufren los enfermeros está relacionado con la presión laboral, la muerte y el sufrimiento, considerados como los principales factores con mayor capacidad para provocar estrés laboral. De igual forma, estudios realizados en enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en este mismo país mencionan que los mayores generadores de estrés son la carga de trabajo, la falta de personal y la antigüedad. En Australia, enfermeros especialista en Psiquiatría sufren de alto nivel de desgaste personal, presentando agotamiento emocional, despersonalización e identificando la carga de trabajo como el mayor estresor percibido. En Venezuela, hallazgos similares mencionan que las altas demandas laborales, como el apoyo social, la capacidad de decisión y la demanda de control, afectan algunos de los indicadores de salud tanto físicos como mentales de los enfermeros venezolanos.

En México se comprobó que los enfermeros con jornadas laborales irregulares tienen mayores factores de estrés debido al cambio fisiológico alterado que

presentan. Este se considera también como otro de los factores más importantes para generar estrés en estos profesionales. Otro estudio realizado en la ciudad de Guadalajara muestra la sobrecarga de trabajo, la falta de apoyo y el trato con familiares de los pacientes, como los principales generadores de estrés en esta población, presentando repercusiones negativas en su salud física y mental, tales como cansancio emocional, despersonalización y sentimientos negativos hacia su profesión. Tomando en consideración lo antes planteado y reconociendo que a pesar de que existen diversos estudios sobre el problema, es necesario profundizar en el conocimiento sobre el mismo a través de investigaciones que permitan corroborar o complementar la información existente, surge la inquietud de realizar esta investigación.

## OBJETIVO

Determinar el nivel de estrés e identificar los principales estresores que afectan a los enfermeros de un hospital de segundo nivel de la Secretaría de Salud en el sur del estado de Veracruz (México).

## METODOLOGÍA

---

Estudio descriptivo y transversal, realizado en enfermeras/os de base que trabajan en un hospital de segundo nivel de la Secretaría de Salud, en el sur del estado de Veracruz (México). La población fue de 91 enfermeras/os, el muestreo fue aleatorio simple con una muestra de 41 enfermeras/os. Se incluyó personal de ambos sexos, de cualquier nivel socioeconómico, de cualquier turno y que aceptaran contestar el cuestionario.

Para recabar la información se utilizó la Nursing Stress Scale (NSS), elaborada por Pamela Gray Toft y James G. Anderson en el 2002, que mide la frecuencia

con la que ciertas situaciones son percibidas como estresantes por el personal de enfermería hospitalario. Consta de 34 ítems que describen distintas situaciones potencialmente causantes del estrés en enfermería; agrupados en siete factores, uno relacionado con el ambiente físico (carga de trabajo), cuatro con el ambiente psicológico (muerte y sufrimiento, preparación insuficiente, falta de apoyo e incertidumbre en el tratamiento) y dos relacionados con el ambiente social (problemas con los médicos y problemas con miembros del equipo de enfermería). En cada ítem las posibles respuestas son: nunca (0), a veces (1), frecuentemente (2), y muy frecuentemente (3), a mayor puntuación mayor nivel de estrés. La escala ha mostrado un coeficiente de confiabilidad entre 0,79 y 0,89, y en esta investigación se obtuvo un coeficiente de Alpha de Crombach de 0,84. En el aspecto ético la investigación se acogió al reglamento de la Ley General en materia de investigación para la salud, contó con la autorización del Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de Minatitlán, con número de protocolo CIEE-SM-18, y se obtuvo el permiso del director de la institución de salud para la aplicación del instrumento. Para recopilar la información se acudió a la institución hospitalaria en los tres turnos, se localizó a los enfermeros seleccionados y se les abordaba dando a conocer en primer lugar el objetivo de la investigación. Para participar se le solicitaba su autorización mediante la firma del consentimiento informado; una vez otorgada la autorización se procedía a la aplicación del instrumento. El tiempo de recolección de los datos fue de 10 a 15 minutos por cada de enfermero. Recopilada la información, se realizó el análisis de los instrumentos en el paquete estadístico SPSS Windows versión 17, donde se obtuvieron frecuencias y porcentajes.

## RESULTADOS

---

Participaron 41 enfermeras(os), donde el 85,4% fueron mujeres y el 14,6% hombres. Con una edad promedio de 36 años, predominó el grupo de 31 a 40 años (34,1%). El 53,7% son enfermeros de nivel técnico y 46,3% licenciados en

enfermería. La mayoría con más de 15 años de antigüedad (46,3%) y con una jornada laboral de 8 horas diarias (92,7%). Al analizar los factores generadores de estrés por ambiente, como lo marca la NSS, se encontró que en el ambiente psicológico los dos estresores percibidos como los que generan más estrés, en el 29,3% de los enfermeros participantes, son la muerte y el sufrimiento e incertidumbre en el tratamiento (Tabla 1). Hallazgos que sitúan a estos profesionales como personas que realmente viven conflictos emocionales diarios, generados por el contacto que tienen con la muerte y el sufrimiento de las personas a las que proporcionan cuidado, que son profesionales sensibles y en muchas ocasiones son percibidos por los usuarios o familiares como personas poco sensitivas a estos procesos.

**TABLA 1. FACTORES GENERADORES DE ESTRÉS POR AMBIENTES SEGÚN LA NSS (N=41)**

	BAJO		MEDIO		ALTO	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<b>Ambiente psicológico</b>						
Muerte y sufrimiento	29	70,7	9	22,0	3	7,3
Preparación insuficiente	34	83	6	14,6	1	2,4
Falta de apoyo	34	83	6	14,6	1	2,4
Incertidumbre en el tratamiento	29	70,7	10	24,4	2	4,9
<b>Ambiente social</b>						
Conflicto con médicos	34	83	6	14,6	1	2,4
Conflicto con enfermeras	33	80,5	6	14,6	2	4,9
<b>Ambiente físico</b>						
Carga de trabajo	21	51,2	15	36,6	5	12,2

<b>TABLA 2. NIVEL DE ESTRÉS SEGÚN GÉNERO, ANTIGÜEDAD Y NIVEL DE ESCOLARIDAD (N=41)</b>		
	<b>A VECES ESTRESADO f %</b>	<b>FRECUEMENTEMENTE ESTRESADO f %</b>
<b>Género</b>		
Masculino	1 16,7	5 83,3
Femenino	26 74,3	9 25,7
<b>Años de antigüedad</b>		
0-5 años	7 53,8	6 46,2
6-10 años	4 100	0 0
11-15 años	2 40	3 60
más de 15 años	14 73,7	5 26,3
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Licenciado en Enfermería	12 63,2	7 36,8
Técnico en Enfermería	15 68,2	7 31,8

En este mismo ambiente, la preparación insuficiente (17%) y la falta de apoyo (17%) se muestran como situaciones que también les generan estrés en nivel medio y alto, que si bien no son percibidos por toda la población, vale la pena resaltar, debido a que son situaciones que se pueden subsanar al interior de la institución de salud, que al atenderlos reducirían los factores generadores de estrés en estos enfermeros.

Con respecto al ambiente social, se sabe que es en él, donde se producen una gran mayoría de situaciones que pueden generar estrés en los individuos. Situación que al parecer no sucedió con este grupo estudiado, ya que los resultados muestran que el conflicto con los médicos es percibido en nivel bajo (83%) por la mayoría de los participantes.

En el ambiente físico, la carga de trabajo fue el factor que, desde la perspectiva de los enfermeros, es el que más influye para generarles estrés en el área laboral. Aspecto de gran relevancia debido a que si esta situación permanece de forma constante puede provocar alteraciones en la adaptación laboral y personal de

estos profesionales, generando probablemente altos niveles de ansiedad y sentimientos de incapacidad para sobrellevar la carga de trabajo, lo que representa un factor de riesgo de presentar patologías relacionadas con el desgaste profesional.

Al analizar el nivel de estrés según género, antigüedad y el nivel de escolaridad (Tabla 2), se encontró que el 83% de los varones se perciben con niveles de estrés, de forma más frecuente, en comparación con la mujeres (25,7%). En relación a la antigüedad laboral, el grupo entre 11 y 15 años de antigüedad es el que reporta más estrés, situación que podía relacionarse con el paso de los años y con que conforme es mayor la experiencia laboral el nivel de estrés desciende en un 50% en comparación con el primer grupo. En lo que respecta al nivel de escolaridad, no se observan grandes diferencias entre los técnicos (31,8%) y los licenciados en enfermería (36,8%) en cuanto al “nivel de estrés muy frecuente”. Dato que corrobora lo antes mencionado: al parecer es el entorno laboral el que somete a los profesionales de enfermería a niveles elevados de estrés.

## DISCUSIÓN

---

Los hallazgos de esta investigación permitieron conocer que el 100% de los enfermeros que participó en el estudio presenta algún nivel de estrés. Este dato concuerda con el estudio realizado en Santander (Colombia) (7) el cual reporta que el 94% de los enfermeros de su estudio presentaba algún grado de estrés. Este mismo estudio se menciona además que la sobrecarga laboral (40%) y el contacto con el dolor y la muerte (26%) fueron las principales situaciones generadoras de estrés en los enfermeros estudiados, hallazgo similar a lo encontrado en esta investigación, donde se identificó a la carga de trabajo (48,8%), así como la muerte y sufrimiento (29,3%) como los principales factores que generan estrés en los participantes. Este último dato es también similar a los resultados de diversos estudios realizados a enfermeros de hospitales en el estado de Guadalajara y en la ciudad de Veracruz en México, así como en los

enfermeros de la provincia de Alicante, en España. Lo que pone de manifiesto que indistintamente de la nacionalidad de los enfermeros, están sufriendo situaciones de estrés que se manifiestan de la misma forma. En lo referente a la antigüedad laboral, se encontró que el nivel de estrés fue disminuyendo conforme se incrementaban los años de antigüedad, dato diferente a lo encontrado en el estudio realizado en un grupo de enfermeras de la ciudad de México, donde los resultados mostraron que a mayor edad, mayor probabilidad de presentar puntuaciones elevadas de estrés.

## CONCLUSIONES

Con los datos obtenidos en este estudio fue posible conocer que los enfermeros de este hospital que participaron en la investigación presentan algún nivel de estrés, generado por sobrecarga de trabajo o situaciones que tienen que ver con la muerte, sufrimiento e incertidumbre en el tratamiento de sus pacientes. Hallazgo que muestra la continua tensión a la que se ven sometidos al proporcionar cuidado a personas que se enfrentan a situaciones de lucha entre la vida y la muerte. Lo que nos hace verlos como personas estresadas, con sobrecarga de trabajo y sensibles al sufrimiento de los usuarios. Por todo ello se considera que se debe indagar más sobre el estrés en estos profesionales, que tienen bajo su responsabilidad el cuidado de personas que han perdido la salud, hasta su restauración o la muerte, dentro de instituciones donde muchas de las veces no hay preocupación por la salud de los cuidadores, lo que puede impedir el desarrollo de un sistema de salud de alta calidad.

## **4.5 Artículo 4 Condiciones laborales y desgaste profesional en trabajadores de la salud.**

El presente estudio versa sobre las condiciones laborales y el desgaste profesional en trabajadores del sector salud. Tuvo como objetivo investigar la existencia de correlaciones significativas entre los resultados de: 1) clima organizacional, 2) motivación y satisfacción laboral y 3) desgaste profesional. Para llevarlo a cabo se utilizaron los Test Clima Organizacional, Test Motivación y Satisfacción Laboral y Maslach Burnout Inventory (MBI) bajo un diseño no experimental, tipo post-facto, transversal, descriptivo, de campo en formato encuesta, con una muestra aleatoria de 4,755 trabajadores pertenecientes a 18 hospitales del Sector Salud de la Ciudad de México y el Estado de México.

Los resultados reportan 30% de trabajadores con conflictos en clima laboral, 25.9% con baja motivación e insatisfacción laboral y el 28.3% presenta síndrome de Burnout. Las subescalas de test que tienen relación significativa  $p \leq 0.05$ ;  $\chi^2 = 0.70$ , son: 1) Test de motivación y satisfacción Laboral con MBI  $\chi^2 = -0.80$  de trabajadores que presentan baja motivación y satisfacción laboral con una frecuencia alta de desgaste profesional, 2) MBI y categoría  $\chi^2 = 0.74$  de trabajadores que tienen alto desgaste profesional de las categorías médico y enfermería del género femenino.

Se concluye que los trabajadores que presentan baja motivación y conflictos laborales tienen más probabilidades de padecer desgaste profesional observando mayor incidencia en el género femenino.

Palabras clave: Clima organizacional, motivación y satisfacción laboral, desgaste profesional.

Existen varios estudios que relacionan el clima organizacional con la motivación y satisfacción laboral (Blendon, 2001; Furnham, 2001); otros que relacionan la actividad desempeñada con los niveles de estrés laboral (Grau, et al., 2009) por lo



que en el presente trabajo nos interesa saber cuáles son las condiciones del clima organizacional, como motivación y satisfacción laboral, en trabajadores de la salud en 18 hospitales de una Institución del Sector Salud quienes, de acuerdo a Belloch-G, et al. (2000) y Hernández (2003), posiblemente se encuentran con altos niveles de estrés laboral debido a actividad que desempeñan.

Se considera que estos trabajadores deben disfrutar una adecuada salud física y mental para desempeñar satisfactoriamente la labor que tienen encomendada y se eligió a esta Institución del Sector Salud porque se reconoce como la más grande de Latinoamérica y dónde González y López (2009) reportan, en un estudio anterior, existe desgaste laboral o Síndrome de Burnout en trabajadores de base o sindicalizados (29.97%) relacionado a la decadencia económica que presenta la institución.

Desde la década del 70 se han desarrollado investigaciones orientadas a analizar la alta incidencia del estrés en los profesionales de la salud y sus sistemas de afrontamiento a fin de identificar su problemática y posibles métodos de solución (Pera y Serra, 2002). Asimismo, existen varios estudios epidemiológicos (Martínez, et al., 2008; Buendía Vidal y Ramos, 2001) que nos informan sobre altos niveles de inestabilidad emocional y estrés laboral en los trabajadores como son, elevados niveles de depresión, ansiedad, índices de suicidio y adicciones. Por ello, es relevante tener presente las características específicas de las actividades que se realizan en este campo, las cuales implican, entre otras, un contacto permanente con el sufrimiento, dolor, angustia, vida, muerte, incertidumbre ante el adecuado funcionamiento biológico, así como dilemas entre la salud y la enfermedad. Dichas particularidades son fuente permanente de tensiones, y a su vez, son consideradas como parte del riesgo profesional esperado (Martínez, et al., 2008).

Ahora bien, al considerar las situaciones laborales específicas en que estos profesionales desempeñan su labor, el tema central de nuestra investigación incluye aspectos relacionados a los altos niveles de responsabilidad,

incertidumbre, sobrecarga laboral, escasez de personal y material para ejecutar sus actividades, ambigüedad de roles, conflictos interpersonales, falta de incentivos motivacionales y económicos; todas, condiciones señaladas por diferentes autores como los principales detonadores de estrés que provocan alteraciones biológicas, psicológicas y sociales (Carr, et al., 2003). De esta manera, los puntos a estudiar en el presente trabajo fueron: 1) clima organizacional, 2) motivación y satisfacción laboral, y 3) desgaste profesional o Síndrome de Burnout (SB), los cuales se describen a continuación.

El clima organizacional, es reconocido como un factor que influye en la salud física y mental de los trabajadores. Parker, et al. (2003) observaron que el clima organizacional positivo provee logros, afiliación, poder, productividad, baja rotación y satisfacción mientras que el clima organizacional negativo produce inadaptación, alta rotación, ausentismo y baja productividad, afirmando que el crecimiento de las organizaciones, es resultado de los buenos o malos manejos de los recursos humanos orientados hacia líneas de trabajo acordes a los intereses de las autoridades en el poder.

La motivación laboral es considerada por González (2000) como la fuerza que requiere un trabajador para emprender con éxito su actividad productiva, señalando que la etiología de la motivación laboral se divide en tres ejes básicos: a) Programa de pagos de incentivos, lo cual implica un beneficio importante para el trabajador cuando desarrolle correctamente aspectos importantes del puesto; b) Enriquecimiento del puesto, referido al incremento de la motivación intrínseca de los trabajadores con incentivos emocionales ante conductas asertivas laborales; y c) Administración por objetivos, que consiste en estimular la creación de nuevos valores para lograr los objetivos estratégicos de la organización.

Asimismo, la satisfacción laboral es considerada por diferentes teóricos e investigadores en ciencias sociales como factor determinante de la calidad de la atención; aportación que frecuentemente se aplica en los modelos de evaluación de los servicios de salud.

El desgaste profesional o Síndrome de Burnout (SB) es definido, por primera vez por Freudenberg, et al. en 1974, como un estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación desgastando, a largo plazo, la estructura física y emocional; metafóricamente ha sido descrito como “el síndrome del quemado” por el alto deterioro que sufren los profesionales de la salud. Estudios han mostrado que se trata de un proceso acelerado en los trabajadores de la salud insatisfechos provocando poca sensibilidad y comprensión (Caballero-Martín, et al., 2001); manifestando, ocasionalmente, conductas agresivas hacia los pacientes, con un trato distanciado y cínico como tendencia a culpar al paciente de sus propios problemas (Cebria, 2003).

En resguardo de la integridad física y mental de los trabajadores, el SB fue adoptado por los sindicatos y abogados como elemento que contribuye a resolver los problemas físicos generados por un alto grado de agotamiento ya que, en la actualidad, es una de las causas más importante de incapacidad laboral (Bustinza, et al., 2000). Existen estudios realizados por Hernández, (2003) y López, et al. (2007) en población mexicana sobre la prevalencia y factores asociados al Burnout en áreas de salud, detectando alteraciones en las subescalas: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal. Por ello el objetivo de este trabajo es analizar las relaciones existentes entre los factores del clima organizacional, motivación y satisfacción laboral y el desgaste profesional o Síndrome de Burnout (SB) en hospitales de una Institución del Sector Salud.

## Método

### Participantes

La población se conformó por 16,786 encuestas aplicadas a trabajadores de base, es decir, aquellos con contrataciones definitivas y sindicalizados, de seis categorías diferentes, de ambos sexos, de entre 18 y 60 años de edad,

pertenecientes a 18 hospitales ubicados en el Distrito Federal y el Estado de México los cuales fueron elegidos al azar.

El cálculo del tamaño de la muestra fue determinado con base al tema para diseño de muestras en estudios complejos, tomando como  $pq = 0.31$ , prevalencia promedio de conflictos laborales reportado por la OIT, obteniendo un tamaño de la muestra de ( $n = 4,755$ ), donde se seleccionaron al azar las encuestas requeridas, previamente contestadas por los trabajadores de base.

La muestra presentó en promedio una edad de 35.8 años, antigüedad de 14.5 años, sexo femenino, categoría enfermería, turno matutino y estado civil casado (Véase Tabla 1).

#### Instrumentos

Test Clima Organizacional, construido por Caraveo y cols. en 1988. Mide la cooperación, comunicación, recompensas, identificación de un empleado con la empresa, estabilidad en el empleo, oportunidades de ascenso y relación con la autoridad. Autoaplicable; conformado por 30 preguntas cerradas y tres opciones de respuesta (2 puntos = bueno, 1 punto = regular y 0 puntos = malo), con una escala rango para tres niveles de percepción de clima organizacional (adecuado = 60-50, regular = 49-30 e inadecuado = 29-0) con consistencia interna ( $\alpha = 0.87$ ).

Test Motivación y Satisfacción Laboral. Elaborado, evaluado y estandarizado con personal hospitalario y supervisado por Dirección General de Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal (García, 2006). Mide tres factores: 1) Motivación, a través de los indicadores de salario, prestaciones, seguridad, ambiente laboral y aspiraciones personales; 2) Satisfacción Laboral, mediante los indicadores de importancia del trabajo, expectativas de exigencias del trabajo y expectativas entre esfuerzo y desempeño; y 3) Sentido de posición y jerarquía, correspondiente a los indicadores de importancia del status o jerarquía y reconocimiento de los demás hacia el cargo.

El instrumento es autoaplicable, conformado por 35 preguntas cerradas con tres opciones de respuesta (5 puntos = positivo, 3 puntos = intermedio y 1 punto = negativo) y una escala rango para tres niveles de percepción de la motivación y satisfacción laboral (alto = 100-80, mediano = 79-45 y bajo = 44-0). Presenta una confiabilidad en  $S^2 1/S^2 2 > 1.61$ .

Maslach Burnout Inventory (MBI), inventario construido por Maslach y Schaufeli en 1981 y traducido y estandarizado en población mexicana por Grajales en 2001. Mide el desgaste profesional a través de cuantificar la disminución o pérdida de recursos emocionales de trabajadores que laboran con personas. Es autoaplicable, cerrado, de 22 preguntas, siete opciones de respuesta (7 puntos = todos los días a 0 puntos = nunca) y una escala rango para tres niveles de percepción (alto, medio y bajo) en cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP), mostrando una consistencia interna en las tres subescalas y fiabilidad cercana al 0.90.

#### Procedimiento

Se llevó a cabo una investigación de diseño no experimental, transversal, descriptivo, de campo en formato de encuesta. El análisis estadístico fue de tipo descriptivo con el objeto de conocer la distribución de las variables de la muestra y dos análisis estadísticos de tipo inferencial mediante la aplicación de Chi - cuadrada de Pearson  $p \leq 0.05$ ;  $\chi^2 \geq 0.70$  a fin de identificar las correlaciones significativas entre las características de la muestra y subescalas de los cuatro test y entre test y entre las subescalas de los test.

La aplicación y análisis de resultados fue realizado por la Unidad de Investigación de Universidad Estatal de acuerdo al siguiente proceso:

- Se distribuyeron volantes invitando a todo trabajador de base a participar en la encuesta laboral, informándoles acerca de los aspectos éticos de la

investigación y puntualizando el llenado voluntario, anónimo y confidencial.

- o La aplicación de encuestas fue realizada dentro de las áreas y jornadas laborales de los trabajadores, en forma individual o grupal, de acuerdo a las actividades que desempeñan. El grupo de encuestadores estuvo conformado por estudiantes de la carrera de psicología previamente instruidos en la aplicación de los test, así como en el contenido de la encuesta la cual incluía variables sociodemográficas y laborales, realizando 80 intervenciones distribuidas en los 18 hospitales con la finalidad de cubrir los cuatro turnos.

## Resultados

Para el análisis de los datos, se trabajó con estadística descriptiva para obtener las características de la muestra, de las cuatro variables socio-demográficas y las cuatro variables laborales y estadística inferencial para medir el grado de correlación entre las características de la muestra y los resultados de los cuatro test así como la correlación entre los cuatro test y entre sus subescalas, mediante el uso del manual y paquete estadístico SPSS para Windows, versión 17 (Véase Tabla 1).

Tabla 1. Características de la muestra( $n = 4,755$ )

Variable sociodemográficas	Trabajadores de base			Variable laborales	Trabajadores de base		
	<i>n</i>	%	Media		<i>n</i>	%	Media
Rango de Edad				Antigüedad Laboral			
18.0 - 20 años	138	3%	35.8 años	0.1 - 5 años	1274	27%	14.5 años

20.1 - 30 años	746	16 %	5.1 - 10 años	843	18 %	
30.1 - 40 años	194	41 %	10.1 - 15 años	796	17 %	
40.1 - 50 años	156	33 %	15.1- años	20	723	15 %
50.1 - 60 años	358	8%	20.1- años	25	985	21 %
			25.1 -30 años		134	3%
Sexo	<i>n</i>	%	Localidad laboral	<i>n</i>	%	
Masculino	2051	43%	Distrito Federal	2391	0.5028	
Femenino	2704	57%	Estado de México	2364	0.4972	
Nivel Académico	<i>n</i>	%	Categoría	<i>n</i>	%	
Primaria	714	15%	Médico	1250	26%	
Secundaria	948	20%	Área administrativa	543	11%	
Técnica	935	20%	Enfermería	1576	33%	
Bachillerato	745	16%	Servicios básicos	634	13%	
Profesional	1134	24%	Asistente médica	205	4%	
Postgrado	279	6%	Otros	567	12%	

Estado Civil	<i>n</i>	%	Turno laboral	<i>n</i>	%
Casado	2567	54%	Matutino	2797	59%
Unión libre	578	12%	Vespertino	897	19%
Separado	234	5%	Nocturno	972	20%
Divorciado	309	6%	Jornada acumulada	89	2%
Viudo	190	4%			
Soltero	877	18%			

El análisis de los datos de la estadística descriptiva reporta trabajadores con clima organizacional inadecuado  $\underline{n} = 1456/4,755 = 30\%$ , motivación e insatisfacción laboral bajo  $\underline{n} = 1234/4,755 = 25.9\%$  y con síndrome de Burnout  $\underline{n} = 1341/4,755 = 28.3\%$ .

Mediante la estadística inferencial se obtuvieron las correlaciones significativas de Chi-cuadrada de Pearson  $p \leq 0.05$ ;  $\chi^2 \geq 0.70$  existentes entre las características de la muestra y sub-escalas de los cuatro test, cuyos resultados fueron:

Los resultados para el test de Clima Organizacional, reportan una relación entre la antigüedad laboral de 10.1 a 15 años y una identificación con la empresa inadecuada  $\chi^2 = 0.635$ ,  $\underline{n} = 581/968$ . En el test motivación y satisfacción laboral, se observa relación entre el estado civil casados y satisfacción laboral baja  $\chi^2 = 0.923$ ,  $\underline{n} = 2095/3044$ ; entre el turno laboral (matutino) y sentido de posición y jerarquía bajo  $\chi^2 = 0.760$ ,  $\underline{n} = 2151/3470$ ; antigüedad laboral de 5.1 a 10 años y sentido de posición y jerarquía bajo  $\chi^2 = 0.564$ ,  $\underline{n} = 639/978$  (Véase Tabla 2).

Con respecto al test MBI se observa relación entre el sexo femenino con síndrome de Burnout  $\chi^2 = 0.654$ ,  $\underline{n} = 2146/2950$ ; para la categoría médica con síndrome de Burnout  $\chi^2 = 0.789$ ,  $\underline{n} = 578/1164$ ; entre la categoría enfermaría con síndrome de Burnout  $\chi^2 = 0.821$ ,  $\underline{n} = 1356/1630$  (Véase Tabla 2).



Tabla 2. Chi cuadrada de Pearson, correlaciones entre características de la muestra y sub-escalas de los test.

Test	Variabes: Características de la muestra y sub-escalas de los test	$\chi^2$
Clima organizacional	Antigüedad laboral (10.1 a 15 años) y identificación con la empresa (inadecuada).	0.635*
Motivación y satisfacción laboral	Estado civil (casados) y satisfacción laboral (bajo).	0.923*
	Turno laboral (matutino) y sentido de posición y jerarquía (bajo).	0.760**
	Antigüedad laboral (5.1 a 10 años) y sentido de posición y jerarquía (bajo).	0.564*
MBI	Sexo (femenino) y con síndrome de Burnout.	0.654*
	Categoría (médica) y con síndrome de Burnout.	0.789**
	Categoría (enfermería) y con síndrome de Burnout.	0.821*

\*Correlación significativa a nivel 0.05 (2 colas).

\*\*Correlación significativa a nivel 0.01 (2 colas).

Nota: Maslach Burnout Inventory, MBI.

Mediante estadística inferencial se obtuvieron las correlaciones significativas de Chi- cuadrada de Pearson  $p \leq 0.05$ ;  $\chi^2 \geq 0.70$  existentes entre test y entre las subescalas de los test. Así, se observa relación entre el test de motivación y satisfacción laboral y MBI  $\chi^2 = -0.74$  mientras que para las subescalas se reporta relación entre prestaciones (bajo) y cansancio emocional (medio)  $\chi^2 = 0.876$ ; reconocimiento laboral (poco) y cansancio emocional (alto)  $\chi^2 = -0.654$ ; salario

(bajo) y despersonalización (medio)  $\chi^2 = 0.876$ ; importancia del sentido de posición y jerarquía (bajo) y despersonalización (alta)  $\chi^2 = -0.734$ ; reconocimiento de los demás hacia el cargo (bajo) y despersonalización (medio)  $\chi^2 = -0.865$ ; salario (bajo) y falta de realización personal (alto)  $\chi^2 = -0.722$ ; conflicto en el ambiente laboral (alto) y falta de realización personal (alto)  $\chi^2 = 0.854$  (Véase Tabla 3).

Tabla 3. Prueba de Chi cuadrada de Pearson, correlaciones significativas entre test y entre sus sub escalas de test.

Variables test	$\chi^2$	Variables sub escalas de test	$\chi^2$
Test de motivación y satisfacción laboral con MBI	-	Prestaciones (bajo) y Cansancio emocional (medio).	0.876
		Reconocimiento laboral (poco) y Cansancio emocional (alto).	-0.654
		Salario (bajo) y Despersonalización (medio).	0.876
		Importancia del sentido de posición y jerarquía (bajo) y Despersonalización (alto).	-0.734
		Reconocimiento de los demás hacia el cargo (bajo) y Despersonalización (medio).	-0.865
		Salario (bajo) y Falta de realización personal (alto).	-0.722
		Conflicto en ambiente laboral (alto) y Falta de realización personal (alto).	0.854

\*Correlación significativa a nivel 0.05 (2 colas)  
 \*\*Correlación significativa a nivel 0.01 (2 colas)

Nota: Maslach Burnout Inventory, MBI.

Asimismo, se empleó estadística inferencial para obtener las correlaciones significativas de Chi- cuadrada de Pearson  $p \leq 0.05$ ;  $\chi^2 \geq 0.70$  existentes entre características de las categorías con el síndrome de Burnout y las subescalas del test Maslach Burnout Inventory (Véase Tabla 4).

Entre características de las categorías con síndrome de Burnout y las subescalas de MBI, se observó relación entre cansancio emocional (alto) y nivel académico de postgrado 431/431,  $\chi^2 = 0.725$ ; entre falta de realización personal (alto) y rango edad 41 y 50 años 438/1467 = 29.85%,  $\chi^2 = 0.736$ ; falta de realización personal (alto) y antigüedad laboral 20.1-25 años 417/1467 = 28.42%,  $\chi^2 = 0.749$  (Véase Tabla 4).

Tabla 4. Prueba de Chi cuadrada de Pearson, correlaciones significativas entre categorías con Síndrome de Burnout y las sub escalas Test Maslach Burnout Inventory.

Categoría con Síndrome de Burnout	Subescalas de MBI y características de la categoría	$\chi^2$
Médico de sexo femenino, representando al 37.02% de la categoría.	Cansancio emocional y nivel académico de postgrado.	0.725*
Enfermería de sexo femenino, representando al 90% de la categoría.	Falta de realización personal y rango edad 41-50 años.	0.736*
	Falta de realización personal y antigüedad laboral 20.1- 25 años.	0.749**

\*Correlación significativa a nivel 0.05 (2 colas)  
\*\*Correlación significativa a nivel 0.01 (2 colas)

Nota: Maslach Burnout Inventory, MBI.

## Discusión

En el estudio efectuado por González y López (2009) se observó que los trabajadores de base de entre 10 a 15 años de antigüedad, presentan regular relación con la autoridad, sobre carga de trabajo y poca promoción de asenso. Ahora se observa que estos mismos trabajadores tienen una filiación inadecuada con la empresa lo que refiere, no se encuentran identificados con la misión de la institución aun cuando ésta se encuentra plasmada en carteles de las oficinas directivas, por lo que se puede inferir la existencia de dificultades para establecer una adecuada comunicación entre jefes y trabajadores de base. Al respecto, Ortega y López (2004), señalan que la misión de las instituciones debe de ser asimilada por el personal en sus primeros días de trabajo asumiendo el denominado “amor a la camiseta”.

Encontramos una correlación significativa entre el test de motivación y satisfacción laboral y los trabajadores casados con 5 a 10 años de antigüedad laboral y del turno matutino. Al respecto, García, et al. (2006) mencionan que la motivación y satisfacción laboral son de gran importancia porque en ella se encuentran factores de eficiencia y calidad del desempeño en el trabajo.

Se identificaron siete correlaciones entre las subescalas del test de motivación y satisfacción laboral y MBI donde se observa la influencia directa de estos dos factores. Esta relación fue descrita por González (2000) y González y López, (2009) quienes señalan que los trabajadores ocupa un tercio del día cotidiano en actividades laborales y es económicamente productivo más de la mitad de su existencia por lo que requiere ser reconocido día con día para que su productividad continúe y encuentre el equilibrio emocional a través de sus logros.

En este estudio se corrobora la presencia del síndrome de Burnout en el sexo femenino de las categorías médica y enfermería (González y López 2009); al respecto Rubio (2008) menciona que las mujeres llevan años soportando más carga de trabajo que el hombre, lo que en ocasiones desencadena en un mayor desgaste profesional.

Con base en estos antecedentes, nos dimos a la tarea de identificar las características de la muestra femenina de las categorías médica y enfermería que establecen una relación significativa con el Síndrome de Burnout donde se observó:

1) Mujeres médicas con nivel de posgrado que presentan altos niveles de cansancio emocional representado en los ítems que tiene que ver con sentirse exhausto por las demandas en el trabajo, lo cual se refleja en la pérdida progresiva de energía, desgaste, agotamiento, fatiga debida a la alta demanda laboral y bajos o nulos reforzamientos (Maslach y Schaufeli, 1981).

2) Enfermeras con edades entre 41-50 años y antigüedad laboral de entre 20.1-25 años que muestran falta de realización personal representado en los ítems que tiene que ver con el bajo grado de cumplimiento de expectativas, competencia y objetivos laborales propuestos (Maslach y Schaufeli, 1981).

## Conclusiones

El presente estudio corrobora la influencia que existe entre la baja motivación y los conflictos laborales originados por la sobre carga de trabajo y los bajos recursos para la operación laboral como desencadenantes del desgaste profesional en trabajadores de la salud.

Ante estos hallazgos, observamos, mediante una revisión documental en internet sobre el tema que, entre el 2003 y 2009, se publicaron ocho artículos donde consideran impresionante el desgaste que están sufriendo los profesionales de la salud. Al respecto, Molinar Horcasitas (2007) menciona que es alarmante la sobre

carga de trabajo con relación a la frecuencia de ocupación de camas debido a la poca capacidad de atención hospitalaria que es de 0.86 por cada mil derechohabientes. También reconoce, es un número inaceptable para un país perteneciente a la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo y muy bajo para un país de desarrollo inferior al nuestro, situación atribuible a que en un par de décadas, el empleo, la inversión y el número de derechohabientes creció mucho más rápido que la infraestructura y ese rezago se refleja en la disminución de la calidad del servicio.

Por todo lo anterior, hay que tener en cuenta que los sistemas de salud se deben reformar para mejorar el desempeño de sus profesionales, como lo reporta Lomelí Venegas (2007) “el gasto público en salud se tendría que duplicar como porcentaje del PIB, para pasar de 2.9 a 6%, un porcentaje sensiblemente menor al que se destina en los países desarrollados y ligeramente por encima de la media latinoamericana” o como señala el Dr. Narro (2009), al afirmar que urge reformar el sistema de salud ya que las necesidades en este rubro nos rebasan por lo que tenemos que fortalecer los modelos de operación y su capacidad de respuesta.

De esta manera concluimos que la calidad de atención en los servicios médicos es proporcional a la salud física y mental de los profesionales que la proveen, así como de los modelos de operación organizacional y los recursos que se tienen para la realización de los mismos.

Para dar cierre a este capítulo todos y cada uno de los artículos anteriores tiene gran relación con esta investigación, ya que todos tienen en común como aspectos principales del estrés en el personal de enfermería, la sobrecarga de trabajo, faltante de personal e insumos, clima organizacional inadecuado, trato con pacientes y familiares, cambios de puestos, altos niveles de responsabilidad, falta de tiempo, etc. También manejan el MBI u otra escala de medición del estrés. Un hospital requiere de altas demandas físicas y psicológicas de los trabajadores, en donde como fuente principal es la enfermería.

Como aportaciones de estas investigaciones se percibe que de igual manera en otros países se sufre de la misma situación como lo son: Australia, España, Estados Unidos, Barcelona, Granada, Madrid, Bélgica, Inglaterra, Finlandia, Irlanda, Noruega, etc. Han realizado estudios en donde es sobresaliente el estrés en el profesional de enfermería.

También resaltan como importante un clima organizacional adecuado, una motivación laboral como incentivos o salario emocional, pueden influir para que el personal se sienta satisfecho.

## **MÉTODO**



**Enfoque de investigación:****Cuantitativo**

Gómez (2006) señala que bajo la perspectiva cuantitativa, la recolección de datos es equivalente a medir.

De acuerdo con la definición clásica del término, medir significa asignar números a objetos y eventos de acuerdo a ciertas reglas. Muchas veces el concepto se hace observable a través de referentes empíricos asociados a él.

Los estudios de corte cuantitativo pretenden la explicación de una realidad social vista desde una perspectiva externa y objetiva. Su intención es buscar la exactitud de mediciones o indicadores sociales con el fin de generalizar sus resultados a poblaciones o situaciones amplias. Trabajan fundamentalmente con el número, el dato cuantificable (Galeano, 2004)

Por lo tanto esta investigación es de corte cuantitativo porque la recolección y análisis de datos es realizado a través del uso de la estadística descriptiva e inferencial. Dichos datos fueron recopilados por medio del Inventario Burnout de Maslach (MBI-HSS) (1986).

**Alcance del estudio:****Causal-Explicativo**

Los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos, o del establecimiento de relaciones entre conceptos, es decir; están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno o en qué condiciones se manifiesta o por qué se relacionan dos o más variables.

Es explicativo porque pretende dar a conocer por qué ocurre el fenómeno del estrés en el ámbito hospitalario, las condiciones por las que se da y sus manifestaciones clínicas.

**Diseño de investigación:** **Diferencia de grupos**

Se realizará una comparación entre tres grupos que corresponden a los diferentes turnos del personal de enfermería (matutino, vespertino y nocturno), en el que cada uno de ellos, se caracteriza por realizar diferentes actividades, aun siendo turnos continuos, cuyo objetivo es la salud y cuidado de los pacientes.

Dicha comparación, tiene como propósito, determinar si existe una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de los tres grupos.

**Variables:**

Hernández, Fernández y Baptista (2006) definen la variable como una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse y de observarse.

**Variable dependiente:** **Estrés laboral**

**Definición conceptual.** El estrés en el trabajo aparece cuando las exigencias del entorno laboral superan la capacidad de las personas para hacerles frente o mantenerlas bajo control. El estrés laboral, según Cano (2002), señala que “Hablamos de estrés cuando se produce una discrepancia entre las demandas del ambiente, y los recursos de la personas para hacerles frente.

**Definición operacional:** Para medir esta variable se utilizará el Inventario Burnout de Maslach (MBI-HSS) (1986), de Cristina Maslach y Jackson.

**Variable independiente:** **Intervención grupal**

**Definición conceptual.** Terapia de grupo, considerada una opción terapéutica efectiva, en la medida que permite al paciente compartir sus recuerdos traumáticos en un ambiente de seguridad, cohesión y empatía, proporcionada por los otros pacientes y el propio terapeuta. Compartir la propia experiencia y afrontar directamente la ira, ansiedad, estrés, etc. Permite a muchos pacientes afrontar de

forma eficaz sus recuerdos, sus emociones de forma adaptativa en su vida cotidiana.

**Definición operacional.** Se diseñará una propuesta de intervención grupal con enfoque psico-educativo, para proporcionar al grupo de enfermeras, la información básica sobre su enfermedad (estrés laboral), síntomas básicos y diversas estrategias de afrontamiento, a través de un conjunto de estrategias de corte cognitivo-conductual. Donde la modificación de la conducta se conseguirá a través de la implementación de un repertorio de técnicas y estrategias de intervención de la psicología cognitiva, las cuales se basan en la modificación de patrones de pensamiento distorsionado y en el entrenamiento de habilidades para la resolución de problemas, manejo de ansiedad, afrontamiento del estrés, tales como:

- Aprender estrategias efectivas de afrontamiento ante el estrés.
- Reestructuración cognitiva
- Técnicas de modelado
- Inoculación de estrés
- Entrenamiento en autoinstrucciones
- Entrenamiento en resolución de problemas
- Técnicas de exposición
- Desensibilización sistemática
- Técnicas operantes para la modificación de conductas.

## Hipótesis

**Hi:** La propuesta de intervención grupal, basada en estrategias de afrontamiento del tipo Cognitivo Conductual, reducirá el estrés laboral de tres grupos de enfermeras del Hospital Pediátrico Villa.

**Ho:** La propuesta de intervención grupal, basada en estrategias de afrontamiento del tipo Cognitivo Conductual, no reducirán el estrés laboral de tres grupos de enfermeras del Hospital Pediátrico Villa.

**Hi:** Existe una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de los tres grupos de enfermeras del hospital pediátrico villa con respecto a la inoculación del estrés laboral, a partir de la intervención grupal de tipo cognitivo-conductual.

**Ho:** No existe una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de los tres grupos de enfermeras del hospital pediátrico villa con respecto a la inoculación del estrés laboral, a partir de la intervención grupal de tipo cognitivo-conductual.

**Sujetos:** Tres grupos de enfermeras de diez sujetos cada uno.

### GRUPO "A" MATUTINO

Sujetos	Edad	Género	Estado Civil	Nivel académico	Especialidad
1	30	femenino	casada	E.G	NO
2	32	femenino	casada	E.G	NO
3	45	femenino	casada	L.E	SI
4	37	femenino	soltera	LE.O	NO
5	42	femenino	casada	L.E	NO
6	38	femenino	casada	L.E	NO
7	33	masculino	casado	E.G	SI
8	50	femenino	casada	E.G	SI
9	36	femenino	soltera	E.G	SI
10	41	femenino	casada	E.G	NO

**GRUPO "B" VESPERTINO**

Sujetos	Edad	Género	Estado Civil	Nivel académico	Especialidad
1	46	femenino	casada	E.G	NO
2	40	femenino	casada	E.G	NO
3	38	femenino	casada	L.E	NO
4	37	femenino	casada	E.G	SI
5	33	femenino	soltera	L.E	SI
6	31	femenino	soltera	E.G	NO
7	29	femenino	casada	E.G	NO
8	52	femenino	casada	E.G	NO
9	53	femenino	casada	E.G	NO
10	47	femenino	casada	E.G	NO

**GRUPO "C" NOCTURNO**

Sujetos	Edad	Género	Estado Civil	Nivel académico	Especialidad
1	45	femenino	casada	E.G	NO
2	42	femenino	casada	L.E	NO
3	36	femenino	casada	E.G	SI
4	31	femenino	soltera	E.G	SI
5	50	femenino	casada	E.G	NO
6	47	femenino	casada	E.G	NO
7	43	femenino	casada	L.E	SI
8	41	femenino	casada	E.G	SI
9	39	femenino	casada	L.E	NO
10	37	masculino	casado	E.G	NO

**Muestra:** Probabilística. Los sujetos de cada grupo son elegidos por un método aleatorio. grupo A matutino, grupo B vespertino, grupo C nocturno.

**Población:** Todas el personal de enfermería del Hospital Pediátrico Villa.

**Instrumentos cualitativos:** Observación no participante (La investigadora realizará registros observacionales sobre las rutinas de trabajo de los tres grupos de enfermería).

## **INSTRUMENTO CUANTITATIVO (DE MEDICIÓN DEL ESTRÉS)**

### **FICHA TECNICA**

**NOMBRE ORIGINAL:** MASLACH BURNOUT INVENTORY (SPANISH VERSION)

**AUTOR:** Cristina Maslach y Jackson

**AÑO:** 1981

**VERSIONES:** La primera versión del instrumento fue desarrollada por Maslach y Jackson, en 1981, y la segunda versión, en 1986.

**TRADUCCION:** Gil-Monte, P. y Peiró, J.M. (1997),

**ITEMS:** 22 ítems valorados con una escala tipo Likert, en un rango de 7 adjetivos que van de “Nunca” (0) a “Todos los días” (6).

**DIMENSIONES:** 3 factores ortogonales que son denominados 1) agotamiento emocional, 2) despersonalización, y 3) realización personal en el trabajo.

### **SIGNIFICADO DEL MBI**

Sin duda, el inventario de agotamiento de Maslach es uno de los instrumentos más utilizados para medir la presencia de estrés laboral o síndrome de quemado en el trabajo; introducido en 1981, continúa siendo probado en su estructura factorial por diversos autores (Byrne, 1993; Richarsen y Martinussen, 2004; García, Herrero, y León, 2007).

Desde 1974 Cristina Maslach reconoce el “Síndrome de Burnout” (Síndrome de estar quemado) en los sujetos afectados por “sobre carga emocional” debido a las características de su trabajo, como una respuesta emocional de los profesionales de ayuda. La primera versión del instrumento fue desarrollada por Maslach y Jackson, en 1981, y la segunda versión, en 1986, esta última es la que se utiliza largamente en las diferentes investigaciones pues se encuentra traducida al castellano.

## **DIMENSIONES:**

Las características principales del burnout son descritas como cansancio y desgaste emocional vivido como pérdida de energía, despersonalización en la relación con los clientes, con actitudes de agresividad, impaciencia, cinismo, e intolerancia y pérdida del sentimiento de competencia profesional. Estas características constituyen las tres dimensiones que mide el inventario. 1) agotamiento emocional con 9 ítems (emotional exhaustion), despersonalización que también se nombra deshumanización con 5 ítems (despersonalisation), y realización personal en el trabajo con 8 ítems (personal accomplishment).

## Evaluación e interpretación del instrumento.

### MASLACH BURNOUT INVENTORY - HUMAN SERVICES SURVEY (MBI-HSS).

- Este cuestionario es aplicado para profesionales de los servicios humanos: Trabajadores en salud, Trabajadores sociales, terapeutas, policías, etc.

- Subescalas para la forma MBI-HSS

Subescala	Código	Ítems	Número de ítems	Puntaje por ítem	Puntaje por subescala	Indicios Burnout
Agotamiento emocional	EE	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	9	De 0 a 6	De 0 a 54	Más de 26
Despersonalización	DP	5, 10, 11, 15, 22	5	De 0 a 6	De 0 a 30	Más de 9
Realización personal	PA	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	8	De 0 a 6	De 0 a 48	Menos de 34

- Valoración

Subescala	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	De 0 a 18	De 19 a 26	De 27 a 54 (*)
Despersonalización	De 0 a 5	De 6 a 9	De 10 a 30 (*)
Realización personal	De 0 a 33 (*)	De 34 a 39	De 40 a 56

(\*) Síntomas del Síndrome de Burnout

**OTROS INSTRUMENTOS:** Del mismo modo se pretende aplicar diferentes cuestionarios a los sujetos participantes, dentro de los cuales se encuentran: Cuestionario de satisfacción laboral de Peiró J.M. y Melia J.L., Cuestionario de estrés laboral, Cuestionario de identificación de factores de riesgo psicosociales, Cuestionario de bienestar psicológico. M.M. Casullo.

**Materiales:** computadora, tablet, celular, lápiz, pluma, goma, sacapuntas, libros, internet, hojas blancas, cuaderno, impresora.



## **Procedimiento:**

### **ETAPA 1**

#### **Recopilación de información**

Se realiza una búsqueda de información, basándose en distintas fuentes como libros, artículos pdf, sitios web, tesis o tesinas sobre los temas que integran el marco teórico.

### **ETAPA 2**

#### **Búsqueda de literatura para integrar el marco teórico**

Se elabora un listado de los posibles temas y subtemas a incluir en el índice, se delimita toda la información recopilada para solo dejar los temas a tratar en la investigación.

### **ETAPA 3**

#### **Realización del marco teórico**

Se comienza a formular el contenido del marco teórico, así mismo integrando la información recopilada para cada tema y subtema.

### **ETAPA 4**

#### **Solicitar permiso para el trabajo de campo en el Hospital Pediátrico Villa**

Se procede a realizar una petición en el Hospital Pediátrico Villa, para llevar a cabo la investigación sobre estrés laboral, se realiza un formato, siendo autorizado por jefatura de enfermería, dirección y administración del hospital.

### **ETAPA 5**

#### **Búsqueda del instrumento para medir el estrés laboral**

Se prosigue a la búsqueda del instrumento idóneo sobre estrés laboral, en este caso el utilizado será Inventario Burnout de Maslach (MBI-HSS) (1986), de Cristina Maslach y Jackson.

## **ETAPA 6**

### **Selección de la muestra para integrar grupos de trabajo (grupos equivalentes).**

Posteriormente se conlleva a elegir de manera aleatoria los sujetos con características equivalentes, como género, edad, turno en el que se encuentra, nivel académico, estado civil, especialidad, etc.

## **ETAPA 7**

### **Aplicación del instrumento**

La muestra se eligió de los tres turnos con los que cuenta el Hospital Pediátrico la Villa, seleccionando 10 integrantes para cada grupo, a los cuales se les aplicará el instrumento de escala de estrés laboral.

## **ETAPA 8**

### **Análisis estadístico de los datos (uso de software SPSS 10)**

Al realizar la aplicación de los instrumentos, se recaban los resultados, realizando un análisis estadístico descriptivo e inferencial de éstos, capturándolos en el software SPSS10.

## **ETAPA 9**

### **Identificación de necesidades de intervención**

Al arrojar los resultados de las pruebas se llevará a cabo una identificación de las necesidades de los sujetos para formular un diseño de intervención.

## **ETAPA 10**

### **Diseño de la intervención (carta descriptiva)**

Se basará en un enfoque cognitivo-conductual que incluirá estrategias de afrontamiento del estrés, tales como: Aprender estrategias efectivas de afrontamiento ante el estrés, Reestructuración cognitiva, Técnicas de modelado, Inoculación de estrés, Entrenamiento en autoinstrucciones, Entrenamiento en

resolución de problemas, Técnicas de exposición, Desensibilización sistemática, Técnicas operantes para la modificación de conductas.

## **Discusión y Conclusiones**

Es de suma importancia hacer énfasis en los aspectos teóricos previamente revisados, ya que existe una línea muy delgada entre la información documentada, y las experiencias propias de los profesionales de la salud, ya que en el medio hospitalario son ellos quienes viven todos los factores que alteran su bienestar psicológico y orgánico, si no se maneja oportunamente el estrés.

Se dará respuesta a las preguntas de investigación a modo de conclusiones.

1. ¿Qué situaciones se identifican como estresantes en las diferentes áreas del Hospital Pediátrico Villa por parte del personal de enfermería?

Existen diferentes factores que para cada individuo resulta diferente, de acuerdo a la experiencia que tiene cada uno al enfrentarse a las exigencias del ámbito laboral, como pueden ser: ambiente laboral inadecuado, sobrecarga de trabajo, responsabilidades y/o cargos, relaciones interpersonales, preocupaciones laborales, crecimiento profesional, falta de personal, etc.

2. ¿Cómo realizar registros observacionales oportunos para identificar la sintomatología física y mental, resultantes de situaciones estresantes del personal de enfermería del Hospital Pediátrico Villa?

Por medio de cuestionarios aplicados a los sujetos participantes, así como la aplicación de un instrumento para identificar el nivel de estrés laboral en el individuo. El investigador puede insertarse en el medio como sujeto no participante para observar las características que envuelven al medio como estresante para el personal de enfermería.

3. ¿Qué estrategias de intervención grupal convendría emplear para reducir los niveles de estrés en el personal de enfermería del Hospital Pediátrico Villa?

Se emplearán técnicas de intervención grupal con enfoque cognitivo-conductual, cabe mencionar que algunas de estas son: Aprender estrategias efectivas de afrontamiento ante el estrés, Reestructuración cognitiva, Técnicas de modelado, Inoculación de estrés, Entrenamiento en autoinstrucciones, Entrenamiento en resolución de problemas, Técnicas de exposición, Desensibilización sistemática, Técnicas operantes para la modificación de conductas.

El estrés puede evitarse practicando deportes o actividades que nos ayuden a descargar la energía acumulada, hacer ejercicio cuando la mente está muy “pesada” nos ayuda a bajar la ansiedad y requiere llevar la atención al cuerpo, esto ayudará a prevenir y reducir el estrés.

El esfuerzo que se requiere para mejorar las presiones que generan estrés proporciona sustanciosos beneficios:

- Mejora la concentración.
- Resulta más fácil tomar decisiones.
- Cuando dormimos logramos descansar de verdad.
- Generamos más endorfinas y así también mejoramos el estado de ánimo y nuestra apariencia física.
- Nos volvemos más productivos: el tiempo nos rinde más y las tareas las hacemos con menos esfuerzo.
- Mejoramos la digestión y nos sentimos menos pesados después de comer.
- Nuestro sistema inmunológico se hace más sano y nos enfermamos menos.
- Nos sentimos con más energía durante el día y los retos y dificultades nos afectan emocionalmente menos.
- Nos provoca atendernos mejor a nosotros mismos y a todos los clientes con quienes interactuamos.
- Nos resulta más estimulante autoexigirnos y autosuperarnos.

Ciertamente es importante mantener una disposición positiva a asumir nuevas tareas, pero si no las cumplimos cargaremos con un estresante sentimiento de frustración y baja autoestima.

Hay que tener presente que atender personas y ayudarlas a satisfacer sus necesidades nos hace sentir que somos útiles y que con cada persona que atendemos de manera especial, también trascendemos profesional y espiritualmente.

El hecho de mantener una homeostasis en el cuerpo, ayudará a conservar un estado de tranquilidad y así poder realizar las actividades propias del hospital, sin poner en riesgo su vida, ni la de los pacientes atendidos, ya que el profesional de la salud trabaja con vidas, pero no por atender vidas ajenas, descuidara la suya.

Por lo tanto resulta conveniente, la prevención de síntomas del estrés, o si ya se encuentra presente en el organismo, atenderse y aprender a controlar y/o manejar el estrés en cualquier ámbito donde se desenvuelva la persona, pudiendo llevar una calidad de vida favorable.

Por eso la importancia de realizar programas de apoyo psicológico y promoción a la salud dirigidas al personal de enfermería en el interior de las propias instituciones de salud, con estrategias de afrontamiento que ayuden a disminuir el estrés laboral, lo que repercutirá en una mejor condición de trabajo y salud del enfermero.

A continuación se presentan los alcances y limitaciones de la investigación.

## **Limitantes de la investigación**

Debido a la falta de tiempo no fue posible llevar a cabo la aplicación del instrumento de medición y los cuestionarios pertinentes para detectar el nivel de estrés en el personal de enfermería, y a su vez desarrollar un análisis de los datos, ya que no hubo resultados de las mismas, no se pudo medir su efectividad.

## **Alcance de la investigación**

Para esta investigación, fue posible ejecutar la revisión de la literatura para la integración del marco teórico, se identificó el instrumento para la medición de la variable dependiente, se efectúa la determinación del tamaño de la muestra y su método de selección, así como los sujetos participantes para integrarlas.

Se logra realizar un diseño de propuesta de intervención grupal con enfoque cognitivo-conductual, implementando técnicas de afrontamiento ante el estrés, el objetivo es en el ámbito laboral, pero estas técnicas les pueden ayudar en su vida cotidiana, al enfrentarse ante situaciones no manejables.

## REFERENCIAS

- Almendo, M. (2012). Psicoterapias. Manual CEDE de Preparación PIR, 06. Madrid, CEDE.
- Campos, M. (2006). Causas y efectos del estrés laboral. San Salvador: Universidad de El Salvador.
- Castillero, O. (s/f). Técnicas cognitivo-conductuales.[Artículo en pdf]. Recuperado de <https://psicologiamente.com/clinica/tecnicas-cognitivo-conductuales>.
- Causas y efecto del estrés laboral. (2018). [Archivo en pdf]. Recuperado el 27 de agosto de 2018 de: <http://www.monografias.com/trabajos34/causas-estres-laboral/causas-estreslaboral>.
- Cifre, E. (1999). Bienestar psicológico, características del trabajo y nuevas tecnologías: validación- ampliación del modelo vitamínico de Warr. [Tesis de grado]. Castellón de la Plana (España): Universitat Jaume I.
- Cortaza, L. & Domingo, M. (2014). Enfermería 21, *Estrés laboral en enfermeros de un hospital de Veracruz. México*. Recuperado de: <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/103/estres-laboral-en-enfermeros-de-un-hospital-de-veracruz-mexico>.
- Definición ABC, (s/f). Definición de enfermera. Recuperado de <https://www.definicionabc.com/salud/enfermera>.
- Duran M. (2018). Bienestar psicológico: El estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. México. Revista nacional de administración.
- Estrés laboral. [Archivo en PDF]. España. Sindicato de Enfermería de España (SATSE). Recuperado el 8 de agosto de 2018 de: [http://www.satse.es/salud\\_laboral/guia\\_preencion\\_estres.htm](http://www.satse.es/salud_laboral/guia_preencion_estres.htm)
- Fernández, J. (1982). Psicología general. Madrid: U.N.E.D.
- Fierro A. (s/f). Estrés, afrontamiento y adaptación en: María Isabel Hombrados (comp.). Estrés y Salud. Valencia: Promolibro, pp. 9-38 Recuperado de: [https://www.uma.es/Psicologia/docs/eudemon/analisis/estres\\_afrontamiento\\_y\\_adaptacion.pdf](https://www.uma.es/Psicologia/docs/eudemon/analisis/estres_afrontamiento_y_adaptacion.pdf)
- Fierro, A. (1983). Personalidad, sistema de conductas. México: Trillas.
- Fierro, A. (1993). Para una ciencia del sujeto. Investigación de la personalidad. Barcelona: Anthropos.
- Fierro, A. (1996). La alianza cognitivo-conductual y la psicología de la acción. En: A. Fierro (Ed.), Manual de Psicología de la personalidad. Barcelona: Paidós.

- Fierro, A. (1996). El ámbito de personalidad en psicología. En: A. Fierro (Ed.), Manual de Psicología de la personalidad. Barcelona: Paidós.
- Fuentes, M., (13 de enero de 2018). México social: Enfermería, la relevancia de hacer más. *Excelsior*. Recuperado de <https://www.excelsior.com.mx/nacional/2015/01/13/1002361>
- González, E., Pérez, E. (2012). *Revista alternativas en psicología, Condiciones laborales y desgaste profesional en trabajadores de la salud*, Recuperado de: <http://alternativas.me/index.php/agosto-septiembre-2012/4-condiciones-laborales-y-desgaste-profesional-en-trabajadores-de-la-salud>.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. (5ta ed.). México. McGraw Hill
- Lopategui, C. (2001). Causas del estrés. En: <http://www.saludmed.com/Bienestar/Cap4/Estres-C.html> y Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231317996006.PDF>
- Manual del inventario de Burnout Maslach (MBI). Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/322037991/Manual-Del-Mbi-Inventario-de-Burnout-Maslach>
- Observatorio de riesgos psicosociales (2013). [Documento en pdf]. Recuperado de <http://portal.ugt.org/saludlaboral/observatorio/fichas/FichasObservatorio%2042.pdf>
- Olivares, J. Y Méndez, F. X. (2008). Técnicas de Modificación de Conducta. Madrid: Biblioteca nueva.
- Parapa (2016). Escala Maslach Burnout Inventory (MBI), [Entrada de blog]. Recuperado de <http://estadisticando.blogspot.com/2016/04/escala-maslach-burnout-inventory-mbi.html>
- Pelechano, V. (1991). Familia, stress y enfermedad. Análisis y modificación de conducta, 17 (55), 729-774. Madrid; pirámide
- Puchol, D. (2001) Revista psicología científica. *Estrategias de intervención frente al estrés* recuperado de: <http://www.psicologiacientifica.com/intervencion-estres-postraumatico>.
- Psicoactiva. (2014). Estrés, Consultado en <http://www.psicooactiva.com/arti/articulo.asp?SiteIdNo=130>
- Romero, G., (16 de Junio de 2018). Las enfermeras, un recurso vital para la salud. *Diario Enfermero*. Recuperado de <http://diarioenfermero.es/las-enfermeras-un-recurso-vital-para-la-salud/>



- Sánchez, F. (2011). Estrés laboral, satisfacción en el trabajo y bienestar psicológico en trabajadores de una industria cerealera. (Tesis, Universidad Abierta Interamericana). Recuperado de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111836.pdf>
- Síntomas del estrés. [Documento www]. Recuperado: 18 de julio del 2018 de: <http://www.monografias.com/trabajos14/estres/estres.shtml?monosearch>
- Stavroula Leka B.A., Amanda Griffiths., Cox Tom. (1999). La organización del trabajo y el estrés. Reino Unido.
- Leka, S; Griffiths, A., & Tom, C; (1999). La organización del trabajo y el estrés. Reino Unido.
- Torres, J. (2009). Definición de funciones de enfermería por niveles de formación: propuesta para el sistema de salud cubano [Internet]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública. [citado: 1 Agosto de 2018]. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/73>.
- Trujillo C. & García C., (2007). Impacto del estrés laboral en la institución financiera (Tesis, Universidad Tecnológica de Pereira). Recuperado de <http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/handle/11059/786/15872G216ie.pdf;sequence=1>
- Valdés, T. (1985). Psicología del estrés. Barcelona. Martínez Roca S.A.
- Vila, J. & Fernández, M. (1990). Activación y conducta. Madrid. Alhambra
- Vila, J. & Fernández, M.C. (2004). Tratamientos psicológicos. La perspectiva experimental. Madrid: Pirámide.

# **ANEXOS**

## **MEDICION DE BURNOUT**

### **MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)**

A continuación se muestran una serie de enunciados de situaciones que se pueden dar en su trabajo y de sus sentimientos en él. Responda sinceramente marcando con una X la respuesta que mejor refleje su situación y actitud ante el trabajo. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa su propio sentimiento o experiencia.

Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y, en ningún caso accesibles a otras personas. Su objetivo es contribuir al conocimiento de las condiciones de nuestro trabajo a fin de analizar y realizar propuestas de mejora que aumenten la satisfacción.

La respuesta seleccionada definirá la frecuencia en la que se le presenta la situación o actitud descrita de acuerdo con los siguientes criterios:

0 Nunca

1 Casi nunca = pocas veces al año

2 Algunas veces = Una vez al mes o menos

3 Bastantes veces = Unas pocas veces al mes

4 Muchas veces = Una vez a la semana

5 Casi siempre = varias veces a la semana

6 Siempre = Todos los días

**MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI – HSS)  
INVENTARIO BURNOUT DE MASLACH (MBI - HSS)**

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo/género: \_\_\_\_\_

Área de trabajo: \_\_\_\_\_ Tiempo de trabajo: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Lea cuidadosamente cada enunciado y marque los casilleros correspondientes a la frecuencia de sus sentimientos acerca del trabajo donde labora. Las opciones que puede marcar son:

- 0 = Nunca / Ninguna vez
- 1 = Casi nunca/ Pocas veces al año
- 2 = Algunas Veces / Una vez al mes o menos
- 3 = Regularmente / Pocas veces al mes
- 4 = Bastantes Veces / Una vez por semana
- 5 = Casi siempre / Pocas veces por semana
- 6 = Siempre / Todos los días

	Nunca / Ninguna vez	Casi nunca/ Pocas veces al año	Algunas Veces / Una vez al mes o menos	Regularmente / Pocas veces al mes	Bastantes Veces / Una vez por semana	Casi siempre / Pocas veces por semana	Siempre / Todos los días
	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo							
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas que tengo que atender							
5. Creo que trato a algunas personas como si fueran objetos impersonales							
6. Trabajar todo el día con personas es realmente estresante para mi							
7. Trato con mucha efectividad los problemas de las personas							
8. Siento que mi trabajo me está desgastando							
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de los demás con mi trabajo							
10. Me he vuelto insensible con la gente desde que ejerzo esta ocupación							
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12. Me siento muy energético							
13. Me siento frustrado por mi trabajo							
14. Siento que estoy trabajando demasiado							
15. No me preocupa realmente lo que ocurre a algunas personas a las que doy servicio							
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés							
17. Fácilmente puedo crear un clima agradable en mi trabajo							
18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas							
19. He conseguido muchas cosas valiosas en este trabajo							
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
21. En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma							
22. Creo que las personas a quienes atiendo me culpan de sus problemas							

# CUESTIONARIOS



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA  
FACULTAD DE INGENIERÍA INDUSTRIAL



## ENCUESTA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES

Elaborado por: GULLIERMO BOCANUMENT ZULUAGA  
NORBY PIEDAD BERJAN BAHAMÓN  
Abril de 1993

### IDENTIFICACIÓN

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

NUMERO DE PERSONAS A CARGO: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD:

- ANALFABETA                       SECUNDARIA INCOMPLETA  
 PRIMARIA INCOMPLETA           SECUNDARIA COMPLETA  
 PRIMARIA COMPLETA               UNIVERSITARIO

EMPRESA DONDE TRABAJA: \_\_\_\_\_

CARGO U OFICIO: \_\_\_\_\_

SECCIÓN: \_\_\_\_\_ TIPO DE VINCULACIÓN: \_\_\_\_\_

TIPO DE CONTRATO: \_\_\_\_\_

SALARIO MENSUAL: \$ \_\_\_\_\_

### AREA 1: CONTENIDO DE LA TAREA

FRECUENCIA	CASI SIMEPRE	LA GRAN MAYORIA DE VECES	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
Su trabajo implica diversidad de tareas?	1	2	3	4
Tiene la posibilidad de tomar decisiones relacionadas con la manera de hacer su	1	2	3	4

116



IMPACTO DEL ESTRÉS LABORAL EN LA INSTITUCION FINANCIERA FAVI  
DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA



trabajo?				
Las tareas que usted hace son muy difíciles o muy complejas?	4	3	2	1
Sus funciones o tareas son suficientemente claras	1	2	3	4
Las tareas que usted realiza están de acuerdo con sus habilidades y destrezas?	1	2	3	4
Se siente satisfecho (a) con las tareas propias de su trabajo?	1	2	3	4
El tiempo disponible de trabajo es suficiente para alcanzar a realizar todas sus tareas?	1	2	3	4

## **AREA 2: RELACIONES HUMANAS**

FRECUENCIA		CASI SIEMPRE	LA GRAN MAYORIA DE VECES	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
8	Puede hablar sin dificultades con sus jefes	1	2	3	4
9	Sus jefes son amables y cordiales al hablar con usted?	1	2	3	4
10	Trabaja usted solo	4	3	2	1
11	Cuando lo supervisan lo hacen de manera positiva	1	2	3	4
12	Las relaciones con sus compañeros son de cooperación mutua	1	2	3	4
13	En general se entiende bien con sus compañeros de trabajo?	1	2	3	4

## **AREA 3: ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO DE TRABAJO**

117



IMPACTO DEL ESTRÉS LABORAL EN LA INSTITUCIÓN FINANCIERA FAVI  
DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA



FRECUENCIA		CASI SIMEPRE	LA GRAN MAYORIA DE VECES	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
14	La jornada de trabajo es prolongada?	4	3	2	1
15	Hay rotación en el turno de trabajo?	4	3	2	1
16	Debe trabajar horas extras?	4	3	2	1
17	Debe trabajar en turnos nocturnos?	4	3	2	1
18	Durante la jornada de trabajo hay al menos dos pausas o descansos reglamentarios?	1	2	3	4
19	Durante el turno puede tomar periodos de descanso cortos así no estén reglamentados	1	2	3	4
20	Puede doblar turno	4	3	2	1
21	Puede descansar los fines de semana?	1	2	3	4
22	Debe trabajar un ritmo muy rápido	4	3	2	1

#### **AREA 4: GESTIÓN DE PERSONAL**

FRECUENCIA		CASI SIMEPRE	LA GRAN MAYORIA DE VECES	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
23	Se hace inducción al personal nuevo?	1	2	3	4
24	Se llevan a cabo actividades de reinducción?	1	2	3	4
25	Se imparten instrucciones suficientes para realizar adecuadamente el oficio o cargo?	1	2	3	4
26	Hay oportunidades de capacitación relacionadas con el cargo u oficio?	1	2	3	4
27	Hay oportunidades de capacitación relacionadas con otras áreas o temas de interés personal?	1	2	3	4
28	Se realizan actividades educativas relacionadas con salud ocupacional?	1	2	3	4
29	Existen manuales de funciones claros y específicos?	1	2	3	4
30	Se permite la rotación de cargos u oficios?	1	2	3	4

118



IMPACTO DEL ESTRÉS LABORAL EN LA INSTITUCION FINANCIERA FAVI  
DE LA UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE PEREIRA

31	Hay oportunidades de ascender basadas en los meritos personales?	1	2	3	4
32	El salario le permite satisfacer sus necesidades personales?	1	2	3	4
33	Lo que usted gana esta de acuerdo con lo que usted hace	1	2	3	4
34	Hay suficiente estabilidad laboral?	1	2	3	4
35	Hay programas de recreación para la familia?	1	2	3	4
36	Hay subsidios para vivienda	1	2	3	4
37	Hay un auxilio para la educación de la familia?	1	2	3	4
38	Hay servicios de salud para la familia	1	2	3	4
39	Su desempeño en el trabajo son reconocidos o valorados?	1	2	3	4
40	Es permitida la filiación a alguna organización sindical?	1	2	3	4
41	Existe la posibilidad de afiliarse a algún fondo d e cooperativa	1	2	3	4
42	Hay muchas dificultades para obtener un préstamo?	4	3	2	1
43	Los jefes son muy estrictos en cuanto al cumplimiento del horario?	4	3	2	1
44	La supervisión tiene mas carácter vigilante que de apoyo y cooperación?	4	3	2	1
45	Los jefes tiene la tendencia de buscar faltas para luego aplicar sanciones?	4	3	2	1
46	Se ejecuta un programa de Salud Ocupacional?	1	2	3	4

**AREA 5: ALTERACIONES FISICAS Y SIQUICAS ASOCIADAS A SITUACIONES ESTRESANTES DERIVADAS DEL TRABAJO**

Quando tiene usted problemas en el trabajo:

	FRECUENCIA	CASI SIEMPRE	LA GRAN MAYORIA DE VECES	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
47	Le duele la cabeza?	4	3	2	1
48	Siente mareos?	4	3	2	1
49	Sientes ganas de vomitar?	4	3	2	1

119



IMPACTO DEL ESTRÉS LABORAL EN LA INSTITUCION FINANCIERA FAVI  
DE LA UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE PEREIRA



50	Siente gastritis?	4	3	2	1
51	Le da diarrea?	4	3	2	1
52	Le da estreñimiento (se pone duro del estomago)?	4	3	2	1
53	Le duele la espalda?	4	3	2	1
54	Siente cansancio muscular?	4	3	2	1
55	Le tiemblan las manos?	4	3	2	1
56	Le sudan las manos	4	3	2	1
57	Siente palpitaciones?	4	3	2	1
58	Siente rasquiña y picazón en la piel?	4	3	2	1
59	Se le brota la piel?	4	3	2	1
60	Le dan muchos deseos de dormir?	4	3	2	1
61	Duerme mal?	4	3	2	1
62	Le da mucho apetito?	4	3	2	1
63	Se le quita el apetito?	4	3	2	1
64	Se le olvida hacer la cosas?	4	3	2	1
65	No puede concentrarse en el trabajo?	4	3	2	1
66	Siente inseguridad?	4	3	2	1
67	Siente temor pero no sabe a que?	4	3	2	1
68	Se siente incapaz para solucionar sus problemas?	4	3	2	1
69	Se vuelve agresivo?	4	3	2	1
70	Se irrita o enoja con facilidad?	4	3	2	1
71	Se desespera?	4	3	2	1
72	Siente tristeza?	4	3	2	1
73	Se siente amenazado por algo?	4	3	2	1
74	Se siente frustrado?	4	3	2	1
75	Siente deseos de llorar?	4	3	2	1
76	Se deprime?	4	3	2	1
77	Siente que su creatividad sexual disminuye?	4	3	2	1
78	No puede hacer las cosas?	4	3	2	1
79	Se ausenta del trabajo?	4	3	2	1
80	No se puede estar quieto?	4	3	2	1
81	Tiene dificultades para comunicarse con los demás?	4	3	2	1
82	Fuma mucho?	4	3	2	1
83	Consume bebidas alcohólicas en exceso?	4	3	2	1
84	Consume medicamentos para tranquilizarse?	4	3	2	1
85	Se accidenta con frecuencia?	4	3	2	1



**INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO  
PSICOSOCIALES**

**TABLAS DE PUNTUACIÓN**

AREAS	GRADO DE PELIGROSIDAD		
	BAJO	MEDIO	ALTO
1	7 - 14	15 - 21	22 - 28
2	6 - 11	12 - 17	18 - 24
3	9 - 17	18 - 26	27 - 36
4	24 - 47	48 - 71	72 - 96
5	39 - 77	78 - 116	117 - 156

AREA 5	GRADO DE PELIGROSIDAD		
	BAJO	MEDIO	ALTO
Fisiológicas	17 - 33	34 - 50	51 - 68
Cognoscitivas	2 - 3	4 - 5	6 - 8
Emocionales	12 - 23	24 - 35	36 - 48
Comportamentales	8 - 15	16 - 23	24 - 32

GRADO DE PELIGROSIDAD GLOBAL	PUNTAJES
BAJO	85 - 169
MEDIO	170 - 254
ALTO	255 - 340

121



IMPACTO DEL ESTRÉS LABORAL EN LA INSTITUCION FINANCIERA FAVI  
DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA

**INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO  
PSICOSOCIALES**

**TABLAS DE PUNTUACIÓN – SEGUNDA OPCIÓN**

AREAS	GRADO DE PELIGROSIDAD			
	NO HAY	LEVE	MODERADO	SEVERO
1	7 - 12	13 - 18	19 - 23	24 - 28
2	6 -10	11 -15	16 - 20	21 -24
3	9 - 15	16 - 22	23 - 29	30 - 36
4	24 - 42	43 - 60	61 - 78	79 - 96
5	39 - 68	69 - 97	98 -127	128 -156

GRADO DE PELIGROSIDAD GLOBAL	PUNTAJES
NO HAY	85 - 148
LEVE	149 - 212
MODERADO	213 -276
SEVERO	277 - 340

---

**INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO  
PSICOSOCIALES**

**NIVELES DE INTERVENCIÓN**

GRADO DE PELIGROSIDAD	INTERVENCIÓN
BAJO	Los factores de riesgo psicosociales demandan ATENCIÓN PROGRESIVA Y VIGILANCIA
MEDIO	Los factores de riesgo psicosociales exigen ATENCIÓN URGENTE O LO ANTES POSIBLE
ALTO	Los factores de riesgo psicosociales exigen CORRECCIÓN INMEDIATA

## 8.1 CUESTIONARIOS.

### 8.1.1 CUESTIONARIO DE ESTRÉS LABORAL.

Este cuestionario fue desarrollado para una tesis sobre estrés laboral, satisfacción en el trabajo y bienestar psicológico en trabajadores de una fábrica de la ciudad de San Lorenzo. Por tal motivo, sus opiniones son muy importantes para esta investigación. Por favor, no deje ningún ítem en blanco y recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. El tiempo que demanda completar el cuestionario es de aproximadamente 20 minutos. Sus respuestas serán completamente anónimas y toda la información que usted suministre será estrictamente confidencial y empleada sólo con fines de investigación. Muchas gracias por su tiempo y su valiosa colaboración.

Edad:	Sexo: 1. M <input type="checkbox"/> 2.F <input type="checkbox"/>	Estado civil:	Hijos: 1. SI <input type="checkbox"/> 2. NO <input type="checkbox"/>
-------	--	---------------	--

Profesión u ocupación:	Puesto:
------------------------	---------

Antigüedad en el trabajo:
---------------------------

A continuación hay una serie de enunciados sobre situaciones que pueden resultarle estresantes en su trabajo. Por favor, luego de leer cada oración, rodee con un círculo la opción que mejor representa sus sentimientos y experiencias. El significado de cada número se presenta en la escala siguiente:

0	1	2	3
Nada	Un Poco	Bastante	Mucho



1	Conflictos interpersonales con sus superiores (jefes, supervisores y similares)	0	1	2	3
2	Conflictos interpersonales con sus colegas	0	1	2	3
3	Sobrecarga de tareas	0	1	2	3
4	Falta de medios y recursos en la empresa	0	1	2	3
5	Apoyo ineficaz de los superiores y/o de la empresa	0	1	2	3
6	Inestabilidad laboral	0	1	2	3
7	Bajos sueldos	0	1	2	3
8	Deficiencias laborales (Espacio de trabajo)	0	1	2	3
9	Dificultad para conocer las responsabilidades reales de cada uno	0	1	2	3
10	Excesivo número de empleados a cargo	0	1	2	3
11	Quejas de los supervisores	0	1	2	3
12	Demandas de la empresa que no se pueden atender	0	1	2	3
13	Relaciones problemáticas con los compañeros de trabajo	0	1	2	3
14	Escasa autoridad para tomar decisiones	0	1	2	3
15	Incompatibilidad de tareas	0	1	2	3
16	Sentir que nadie se compromete con su trabajo	0	1	2	3
17	Demandas del jefe que no se pueden atender	0	1	2	3
18	Sensación de dar mucho en el trabajo y no ser recompensado	0	1	2	3
19	Escasa disposición de los pares y superiores para integrar equipos de trabajo	0	1	2	3
20	Sentir que se desperdician su capacitación y sus habilidades	0	1	2	3
21	Falta de tiempo libre porque el trabajo demanda demasiado	0	1	2	3
22	Imposibilidad de contar con sus pares cuando hay dificultades o sobrecarga	0	1	2	3
23	Demasiada competitividad	0	1	2	3
24	Multiempleo	0	1	2	3
25	Escaso confort físico en el lugar de trabajo	0	1	2	3
26	Pobre devolución sobre su desempeño por parte de sus superiores	0	1	2	3
27	Escasas posibilidades de ascenso en su trabajo	0	1	2	3
28	Relaciones problemáticas con gente fuera de su sector	0	1	2	3
29	No saber que situaciones deberá enfrentar cada día	0	1	2	3
30	Asignación de tareas que no corresponden	0	1	2	3
31	No estar involucrado con los objetivos y las metas de la organización	0	1	2	3
32	Ocultar o falsear las propias emociones y sentimientos	0	1	2	3

8.1.2 CUESTIONARIO DE SATISFACCION LABORAL. PEIRÓ J.M Y MELÍA J.L

**DATOS DESCRIPTIVOS.**

A- ¿Cuál es su ocupación? (escribala y detalle, por favor, su rama profesional o especialidad)

Escriba solo aquella ocupación que desempeña en su actual puesto de trabajo.  
En caso de que sean varias, las que le ocupe más tiempo. \_\_\_\_\_

B- Cuál es su categoría laboral? (P.e aprendiz, oficial 1ª, ayudante, etc.)  
\_\_\_\_\_

- **Sexo:**

1. Varón:

2. Mujer:

- **Edad:** \_\_\_\_\_

- **Señale aquellos estudios de mayor nivel que usted llevo a completar:**

1. Ninguno
2. Sabe leer y escribir
3. Primarios
4. Formación profesional primer grado
5. Formación profesional segundo grado
6. Bachiller
7. Titulación media
8. Licenciados, doctores, másteres universitarios.

- **Situación laboral:**

1. Trabajo sin nomina o contrato legalizado
2. Eventual por terminación de tarea o realizando una sustitución
3. Contrato de seis meses o menos
4. Contrato hasta un año
5. Contrato hasta dos años
6. Contrato hasta tres años
7. Contrato hasta cinco años
8. Fijos

- **Que tipos de horarios tiene usted en su trabajo?**

1. Jornada partida fija
2. Jornada intensiva fija
3. Horario flexible y/o irregular
4. Jornada parcial
5. Turnos fijos
6. Turnos rotativos

- **Qué cantidad de horas le dedica a cada semana a su trabajo?** \_\_\_\_\_

- **Indíquenos en cuál de las siguientes categoría jerárquicas se situa usted, aproximadamente en su actual puesto de trabajo dentro de su empresa:**

1. Empleado o trabajador
2. Supervisor o capataz
3. Mando intermedio
4. Directivo
5. Alta dirección o dirección general.

- **Cuál es su antigüedad en la empresa? Años\_\_\_\_\_y Meses\_\_\_\_\_**

Habitualmente nuestro trabajo y los distintos aspectos del mismo, nos producen satisfacción o insatisfacción en algún grado. Califique de acuerdo con las siguientes alternativas el grado de satisfacción o insatisfacción que le producen los distintos aspectos de su trabajo.

Insatisfacción			Indiferente	Satisfecho		
Muy	bastante	algo		algo	bastante	muy
1	2	3	4	5	6	7

Tal vez algún aspecto de la lista que le proponemos *no corresponden exactamente* a las características de su puesto de trabajo. En ese caso, entiéndalo haciendo referencia a aquellas características de su trabajo más semejantes a la propuesta, y califique en consecuencia la satisfacción o insatisfacción que le produce.

En otros casos la característica que se le propone puede estar *ausente en su trabajo, aunque muy bien podría estar presente en un puesto de trabajo como el suyo*. Califique entonces el grado de satisfacción o insatisfacción que le produce su ausencia. Por ejemplo, si un aspecto que le propusiéramos fuera “residencia de verano”, y en su empresa no le ofrecen tal cosa, califique entonces la satisfacción o insatisfacción que le produce no poder disponer de este servicio.

Un tercer caso se le puede presentar cuando la característica que le *propongamos no está presente, ni pueda estar presente en su trabajo*. Son características que no tienen relación alguna, ni pueden darse en su caso concreto. Entonces escoja la alternativa, “4 Indiferente”. Tal caso podría darse por ejemplo, si le propusiéramos para calificar “remuneración por kilometraje”: y su trabajo además de estar situado en su misma población, fuera completamente sedentario sin exigir jamás desplazamiento alguno.

En todos los demás casos posibles escoja siempre para cada pregunta una de las siete alternativas de respuesta y márkelas con una cruz.



1	Los objetivos, metas y tasas de producción que debe alcanzar	insatisfecho			indiferente	satisfecho		
		muy	bastante	algo		algo	bastante	muy
		1	2	3	4	5	6	7
2	La limpieza, higiene y salubridad de su lugar de trabajo	insatisfecho			indiferente	satisfecho		
		muy	bastante	algo		algo	bastante	Muy
		1	2	3	4	5	6	7
3	El entorno físico y el espacio de que dispone en su lugar de trabajo	insatisfecho			indiferente	Satisfecho		
		Muy	bastante	algo		algo	bastante	muy
		1	2	3	4	5	6	7
4	La temperatura de su local de trabajo	insatisfecho			indiferente	Satisfecho		
		muy	bastante	algo		algo	bastante	muy
		1	2	3	4	5	6	7
5	Las relaciones personales con sus superiores	insatisfecho			indiferente	Satisfecho		
		Muy	bastante	algo		algo	bastante	Muy
		1	2	3	4	5	6	7
6	La supervisión que ejercen sobre usted	insatisfecho			indiferente	Satisfecho		
		muy	Bastante	algo		Algo	bastante	Muy
		1	2	3	4	5	6	7
7	La proximidad y frecuencia con que es supervisado	insatisfecho			indiferente	Satisfecho		
		muy	Bastante	Algo		Algo	Bastante	Muy
		1	2	3	4	5	6	7
8	La forma en que sus supervisores juzgan su tarea	insatisfecho			indiferente	Satisfecho		
		muy	Bastante	Algo		Algo	bastante	Muy
		1	2	3	4	5	6	7
9	La "igualdad" y "justicia" de trato que recibe de su empresa	insatisfecho			indiferente	Satisfecho		
		muy	Bastante	Algo		algo	bastante	Muy
		1	2	3	4	5	6	7
10	El apoyo que recibe de sus supervisores	insatisfecho			indiferente	satisfecho		
		muy	Bastante	algo		algo	bastante	muy
		1	2	3	4	5	6	7
11	El grado en que la empresa cumple el convenio, las disposiciones y leyes laborales.	insatisfecho			indiferente	satisfecho		
		muy	bastante	algo		algo	bastante	muy
		1	2	3	4	5	6	7
12	La forma en que se da la negociación en su empresa sobre aspectos laborales.	insatisfecho			indiferente	satisfecho		
		muy	bastante	algo		algo	bastante	Muy
		1	2	3	4	5	6	7

