



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE SALUD MENTAL



***El efecto de los estresores del Síndrome de
Burn-Out, en los trabajadores de enfermería
de un Centro de Hemodiálisis de la ciudad de
Montevideo***

AUTORES:

Br. De León Medina, Anna
Br. Laurenz Gorla, Marilena
Br. Machado Rivero, Silvana
Br. Miglino Dominguez, Ruth

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

TUTORES:

Lic. Enf. Dutra, Iris
Lic. Enf. Otarola, Araceli

Montevideo, 2011

INDICE

<i>Agradecimientos</i>	<i>pág 3</i>
<i>Introducción</i>	<i>pág 4</i>
<i>Pregunta problema</i>	<i>pág 6</i>
<i>Justificación</i>	<i>pág 6</i>
<i>Antecedentes Nacionales e Internacionales</i>	<i>pág 8</i>
<i>Objetivos General y Específicos</i>	<i>pág 11</i>
<i>Marco Teórico</i>	<i>pág 12</i>
<i>Definición y Operacionalización de Variables</i>	<i>pág 29</i>
<i>Metodología</i>	<i>pág 32</i>
<i>Tabulación y gráficas del Cuestionario Socio-Demográfico y Laboral</i>	<i>pág 36</i>
<i>Tabulación y gráficas del Cuestionario de Maslach Burn-Out Inventory</i>	<i>pág 43</i>
<i>Análisis Socio-demográfico y Laboral</i>	<i>pág 45</i>
<i>Análisis de Maslach Burn-Out Inventory</i>	<i>pág 47</i>
<i>Conclusion</i>	<i>pág 51</i>
<i>Sugerencias</i>	<i>pág 52</i>
<i>Bibliografía</i>	<i>pág 53</i>
<i>Anexos</i>	<i>pág 54</i>

AGRADECIMIENTOS

A la DIRECCIÓN Y DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA del Servicio de Hemodiálisis del Hospital de Clínicas.

A las LICENCIADAS y AUXILIARES DE ENFERMERÍA que participaron en nuestra investigación, por su tolerancia, no solo durante la realización de este trabajo si no durante toda nuestra formación académica, teniendo en cuenta que sin ellos todo esto habría sido imposible de llevar a cabo.

A las PROF. LIC. IRIS DUTRA y PROF. ADJ. LIC ARACELI OTAROLA por su valioso aporte, colaboración, comprensión y su incondicional apoyo durante todo el proceso del presente trabajo de investigación.

INTRODUCCIÓN

La siguiente investigación se realizó por parte de cuatro estudiantes de la Facultad de Enfermería, cuyo interés radica en identificar aquellos factores de estrés laboral que puedan ser abordados desde la formación tanto en el pregrado hacia la oferta de postgrado. Diseñando para ello intervenciones que mejoren el afrontamiento profesional y por tanto equilibren la balanza entre capacidades del individuo y demandas que exige el desarrollo de la labor profesional.

Los objetivos de este emprendimiento son determinar el impacto de los estresores laborales en el bienestar psicofísico en el personal de enfermería del área de hemodiálisis, caracterizar a la población objeto de estudio, identificar los estresores presentes en el personal de enfermería (Licenciados y Auxiliares), del área de hemodiálisis, y medir el impacto de dichos estresores sobre el bienestar psico-físico del personal de enfermería del área de hemodiálisis.

La polivalencia y complejidad de las funciones de la enfermera, a las que hay que sumar la eventual sobrecarga de trabajo y el afrontamiento cotidiano de la enfermedad y el sufrimiento ajenos, han supuesto que la enfermería sea considerada una de las profesiones que tienen mayor índice de estrés laboral.

El trabajar en un área como es la de hemodiálisis, donde el personal de enfermería comparte muchas horas del día con sus pacientes más que con su propia familia, es inevitable que no se produzca un vínculo íntimo entre el usuario, su familia y el personal de enfermería

De este modo procuraremos una buena calidad de vida para ellos, siendo inevitable no verlos como seres humanos sufrientes, enfermos; saber doloroso que demanda a que nuestra tarea asistencial se desarrolle de modo tal que facilite la experiencia, contribuyendo que la misma sea integrada de la mejor manera y al menor costo emocional posible para la tríada usuario-familia y equipo de salud.

Un Servicio de estas características debe de funcionar con un equipo multidisciplinario, en el que todo el personal se sienta contenido y así se retroalimenten positivamente, minimizando los riesgos de desgaste laboral y previniendo el Síndrome de Burn Out. Por consecuencia se preservaría al personal de Enfermería y la calidad asistencial que éste brinda.

Es un estudio de tipo descriptivo transversal, que se realizó a través de la entrevista cerrada anónima y autoadministrada, a una muestra de 2 licenciadas y 9 auxiliares de enfermería del Servicio de hemodiálisis del Hospital de Clínicas, en el mes de mayo del corriente año, por medio de dos instrumentos; cuestionario socio-demográfico y laboral, y el cuestionario de Maslach.

Se alcanzaron los objetivos planteados, logrando caracterizar la población en estudio. Cabe destacar que mas allá de no haber encontrado evidencia científica de que el personal padezca el síndrome de Burn –Out, si podemos afirmar que el servicio cuenta con factores protectores sobre el síndrome así como factores predisponentes.

Nos encontramos con un personal de enfermería que cuenta con un ambiente laboral que potencia los factores de riesgo, hoy no encontramos individuos que padecen Burn-Out, pero de no hacer algo al respecto, sobre los mismos, es muy probable que sí lo padezcan, no preservando al personal de enfermería y disminuyendo la calidad asistencial que éstos brindan a los usuarios sometidos a hemodiálisis.

El conocimiento, a punto de partida del análisis de todos los factores de riesgo, no alcanza por si solo para la promoción de la salud del personal de enfermería. Es necesario que el colectivo profesional elabore su diagnóstico, planifique, intervenga y evalúe resultados, a fin de acercarse a la meta: elevar la calidad de vida de la fuerza de trabajo y por consiguiente la calidad de atención del usuario.

PREGUNTA PROBLEMA

¿ Cómo influyen los factores predisponentes del Síndrome de Burn-Out en el bienestar psico-físico del personal de enfermería (Licenciados y Auxiliares) que desempeñan sus funciones en un Hospital Universitario, de la ciudad de Montevideo, en el área de hemodiálisis en los cuatro turnos, en el período comprendido entre julio-agosto de 2011?

JUSTIFICACIÓN

La importancia del estudio de los factores predisponentes del Síndrome de Burn-Out presentes en el personal de enfermería que trabaja en el centro de hemodiálisis radica, en la complejidad de la asistencia que se debe brindar a dichos usuarios.

Debido a las particularidades de la patología renal y considerando a la misma como enfermedad terminal es imprescindible el abordaje multisistémico del usuario, realizando educación continua a los mismos, para promover su auto-cuidado, su adhesión al tratamiento y elevar al máximo su calidad de vida.

El Síndrome de Burn-out, como enfermedad profesional es un síndrome de desgaste, que se manifiesta en profesionales sometidos a estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son: agotamiento físico y psíquico, actitud fría y despersonalizada en la relación hacia los demás y sentimientos de insatisfacción personal con las tareas que se han de realizar.

El cuidado del enfermo renal es cada vez más complejo, sus necesidades van en aumento, y aunque sus formas de tratamiento permiten la prolongación de la vida, no están exentas de riesgos.

El tratamiento del paciente en hemodiálisis representa para la enfermera un intenso ejercicio de conocimientos, habilidad e intuición.

En relación al cuidado holístico que implica todas las necesidades del paciente, está la necesidad de información. Por esta razón, la educación del enfermo renal es una actividad fundamental de Enfermería, imprescindible para lograr la máxima independencia del paciente y conseguir su rehabilitación e integración social y laboral, en definitiva, a que éste alcance el máximo grado de autosuficiencia posible.

El trabajar en un área como es la de hemodiálisis, donde el personal de enfermería comparte muchas horas del día con sus pacientes más que con su

propia familia, es inevitable que no se produzca un vínculo íntimo entre el usuario, su familia y el personal de enfermería

De este modo procuraremos una buena calidad de vida para ellos, siendo inevitable no verlos como seres humanos sufrientes, enfermos; saber doloroso que demanda a que nuestra tarea asistencial se desarrolle de modo tal que facilite la experiencia, contribuyendo que la misma sea integrada de la mejor manera y al menor costo emocional posible para la tríada usuario-familia y equipo de salud.

Es necesario ajustarse a la realidad que vive el usuario, que transcursa una enfermedad crónica, donde muchas veces se debe elaborar un duelo, por la pérdida, entre lo imaginado y la realidad. La muerte, la posibilidad de muerte y los sentimientos que impone la gravedad de un paciente angustia por igual a todos los profesionales de la salud, pero se niega, se olvida y ha sido incluso dejado de lado por mucho tiempo en la formación académica. Podemos decir que nos encontramos en un período de transición, de cambio de pautas a este respecto, que redundará en mayor sensibilización frente al tema.

Es un problema de primer orden por los efectos emocionales y físicos que provoca en el equipo, efectos que rara vez son notados y menos reconocidos públicamente, muchas veces minimizados aunque siempre presentes.

El personal de enfermería involucrado en un área de hemodiálisis, debe enfrentarse cotidianamente a un monto importante de estrés dada la posibilidad de muerte o de descompensación de los pacientes. En general se suma a la angustia que estas situaciones provocan la falta de un acceso a recursos que posibiliten un mejor manejo de la comprensión de los sentimientos propios y de los familiares.

Debido a la estrecha relación entre las condiciones laborales estresantes, predisponentes esenciales del Síndrome de Burn-Out, y las exigencias requeridas para los cuidados de pacientes renales en hemodiálisis, es que seleccionamos grupalmente esta área para llevar a cabo nuestro trabajo final de investigación. Enfatizando en la cronicidad de esta patología y en el actual aumento de sobre vida de dichos pacientes.

Consideramos que un Servicio de estas características debe de funcionar con un equipo multidisciplinario, en el que todo el personal se sienta contenido y así se retroalimenten positivamente, minimizando los riesgos de desgaste laboral y previniendo el Síndrome de Burn Out. Por consecuencia se preservaría al personal de Enfermería y la calidad asistencial que éste brinda.

ANTECEDENTES NACIONALES E INTERNACIONALES

Al realizar la revisión bibliográfica para conocer los antecedentes de trabajos realizados en nuestro país, acerca el Síndrome de Burn-Out en áreas de Hemodiálisis, no encontramos ediciones publicadas específicas de dicho tema. Sino que aparecen diversos estudios realizados sobre Burn-Out desde la generalidad de sus factores predisponentes en los Trabajadores de la Salud, a nivel nacional encontramos:

El estudio “Estrés en las licenciadas de Enfermería del C.T.I. del Hospital de Clínicas” fue realizado por estudiantes del INDE en el año 1996. Sus objetivos fueron: “Identificar los factores estresantes que afectan a las licenciadas de dicho CTI, conocer su repercusión a nivel biosicosocial y si las Licenciadas realizan actividades para disminuir el estrés”.

En sus conclusiones plantean que: “los factores estresantes identificados se relacionan con la realización de procedimientos tales como la realización de aspiración de secreciones y con situaciones inherentes a la actividad asistencial, y con el sometimiento constante al sufrimiento y muerte de los pacientes, según las respuestas de las entrevistadas”.

“Las repercusiones a nivel biológico halladas, fueron dolores óseos, musculares y cefaleas”.

En el ámbito psicológico se destacó como habitual la ansiedad.

“Identificaron que la mitad del universo en estudio realiza actividades para aliviar la tensión dentro del ambiente laboral y fuera del mismo la totalidad de las Licenciadas en su tiempo libre, opta por dormir”.

Se recogen en el mismo estudio necesidades planteadas por las Licenciadas como: cambio en el régimen de descanso, mejor remuneración, mayor número de personal, e incentivos para el área de investigación y capacitación, y a su vez plantean que estos podrían tener una repercusión indirecta como factores estresantes”.

A nivel internacional encontramos los siguientes estudios:

En uno de ellos investigaron la influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de BurnOut en personal sanitario hispanoamericano y español (2007)

La prevalencia de burnout en los profesionales residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Por profesiones, Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2%, y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%. Entre los médicos el Burn-Out predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15,5%), mientras que anestesistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas (5% y 5,3% respectivamente). Fueron variables protectoras la mayor edad, tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción profesional y la valoración económica.

Para determinar la existencia del Síndrome de Burn-Out entre las enfermeras de unidades críticas de una institución de salud infantil se realizó un es-

tudio en cinco servicios de áreas críticas de una institución de salud de nivel III; la población estuvo constituida por 132 profesionales de enfermería, participando 105 conforme criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: el 78,1% presentó tendencia a síndrome de Burnout predominando el nivel bajo en todas las dimensiones:

despersonalización 80,0%, cansancio emocional 66,7% y realización personal 65,7%. Todas las enfermeras

presentaron baja realización personal, sin embargo, las de Sala de operación y Emergencia presentaron también

cansancio emocional en nivel medio (30,4% y 33,9% respectivamente). Conclusión: elevada tendencia a presentar Síndrome de Burn-Out con una baja realización personal en todas las áreas críticas, especialmente en sala de operación.

En un estudio¹ realizado a “201 profesionales de enfermería; 103 licenciadas y 98 auxiliares de un Hospital general público de la ciudad de Valencia, con el objetivo de analizar los factores causales del estrés en el trabajo, y según sus características sociodemográficas y profesionales, y su influencia en el bienestar psicológico. En lo referente a las características sociodemográficas y profesionales del personal estudiado podemos destacar que aproximadamente el 50% tiene una edad entre 36 y 45 años, en el 63,2% de los casos viven en pareja (casada o en unión estable). Con una media de 16,8 años de antigüedad profesional. Por el contrario la antigüedad en el servicio es relativamente baja, situándose en el 42,8% en los casos entre 0 y 5 años con una media de 9,8 años. La mayoría tiene un contrato fijo (75,5%) y trabajan en turnos rotatorios...

...Los estresores más frecuentes percibidos por el personal son factores relacionados con la carga de trabajo, la muerte y el sufrimiento del paciente, destacando en primer lugar la falta de personal para cubrir adecuadamente el servicio.

...No se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre el bienestar psicológico del personal y sus características sociodemográficas y profesionales. Por el contrario en lo que respecta de la asociación entre estresores laborales y el bienestar psicológico del personal (estudio de casos y controles) la puntuación de la escala de medida Nursing Stress Scale,² fue superior “en los casos probables” de distrés psicológico, con una media de 42,40 frente a los no casos...”

¹ Escribá Aguir V., Más Pons R. Cárdenas Echegaray.M., Burguete Ramos D., Fernandez Sanchez R., Estresores Laborales y Bienestar Psicológico. Impacto en la Enfermería Hospitalaria. Revista ROL Enf. (España). 2000; 23 (7-8): 506-511.

² Más Pons R, Escribá Aguir V. Versión Castellana de la Escala “The Nursing Stress Scale”. Proceso de adaptación transcultural. Revista Española de Salud Pública (España). 1998; 72: 529-538.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar el impacto de los estresores laborales en el bienestar psicofísico en el personal de enfermería del área de hemodiálisis.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a la población objeto de estudio.
- Identificar los estresores presentes en el personal de enfermería (Licenciados y Auxiliares), del área de hemodiálisis.
- Medir el impacto de dichos estresores sobre el bienestar psico-físico del personal de enfermería del área de hemodiálisis.

MARCO TEÓRICO.

Como profesionales de la Salud consideramos necesario basar nuestro accionar en los modelos de Enfermería, los mismos constituyen las bases teóricas que sustentan el quehacer profesional a través del tiempo. Estos modelos clarifican la naturaleza de los cuidados enfermeros al identificar el objetivo perseguido por la enfermera/o así como su papel autónomo. El modelo concretiza los conceptos procurando una claridad de la disciplina menos abstracta.

La Enfermería se define desde muchas ópticas como interacción humana, como transformadores de energía, como disciplina práctica, y no se llegó al consenso en cuanto a una definición que agrupara todos los caracteres de su esencia. Esencia que vincula factores biológicos, psicológicos, culturales, económicos, políticos, sociales y personales en los cuales se contemple además de las necesidades humanas del profesional y la relación con las normas institucionales.

Enfatizamos en las siguientes teorías:

Virginia Henderson plantea que la enfermera debe proveer cuidados de salud permanentes a las personas para satisfacer sus necesidades físicas, emocionales, mentales y espirituales, de acuerdo con el listado de las catorce necesidades fundamentales. Puede parecer que es desmembrar al sujeto estudiarlo y valorarlo según estos 14 apartados; y que se pierde el sentido de la globalidad humana. Sin embargo la autora plantea que aplaude el enfoque integral, pero que “las funciones específicas, actividades diarias u objetivos deben identificarse y estudiarse antes de que podamos reconocer las necesidades de la persona globalmente”.

Dorotea Orem explica el autocuidado como una necesidad humana cuyo aspecto esencial es atenderse cada persona por lograr su propio beneficio, mantener la vida o recuperar la salud. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones. Ella plantea la enfermería como sinónimo de cuidado, el objetivo de la disciplina es ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico.

Calista Roy considera que el individuo es un ser biofísico en una constante interacción con el medio ambiente que esta cambiando continuamente. Podemos definir entonces a la enfermera como un campo de energía en interacción con el medio ambiente y la sociedad, éste puede ser modificable, interactuar con otros campos y de esta forma lograr satisfacción y productividad laboral.

Según la OMS la salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La promoción de la salud mental requiere que se adopten medidas multisectoriales, en las que participen diversos sectores del gobierno y organizaciones no gubernamentales o comunitarias. El principal fin ha de ser promover la salud mental durante todo el ciclo vital, para garantizar a los niños un comienzo saludable en la vida y evitar trastornos mentales en la edad adulta y la vejez.

El proceso salud-enfermedad es producto de la interacción constante entre el individuo y el medio ambiente, en el cual crece y se desarrolla, siendo definido desde una concepción global e integral.

Para el Dr. Salvador Allende, la salud es “un proceso dialéctico, biológico y social producto de la interacción del hombre con el medio ambiente, influido por las relaciones de producción y que se expresa en niveles de bienestar físico, mental y social”.

La salud vista desde esta perspectiva tiene como determinante más que importante al proceso de trabajo.

Mediante el trabajo, las personas logramos acceder a una serie de cuestiones favorables para la mantención de un buen estado de salud. Una comunidad o un país mejoran el nivel de salud de su población cuando aseguran que todas las personas en condiciones de trabajar puedan acceder a un empleo que satisfaga no sólo sus necesidades económicas básicas, sino que llene también los otros aspectos positivos del trabajo, de los cuales aquí sólo se enumeran algunos:

- Salario: el salario permite a su vez la adquisición de bienes necesarios para la mantención y mejoramiento del bienestar individual y grupal; en las formas de trabajo no asalariado, el producto del trabajo puede servir directamente una necesidad o ser intercambiado por otros bienes.

- Actividad física y mental: los seres humanos necesitamos mantenernos en un adecuado nivel de actividad física y mental, en forma integrada y armónica, para mantener nuestro nivel de salud; en ese sentido, cualquier trabajo es mejor para la salud que la falta de trabajo.

- Contacto social: un adecuado bienestar social es imposible sin un contacto con otros, que a su vez tiene múltiples beneficios: cooperación frente a necesidades básicas, apoyo emocional, desarrollo afectivo, etc.

- Desarrollo de una actividad con sentido: el trabajo permite que las personas podamos “ser útiles” haciendo algo que estamos en condiciones de hacer y que sirve a una finalidad social; desde ese punto de vista, el trabajo permite “pertenecer” a la comunidad y sentirse satisfecho con sus resultados.

- Producción de bienes y servicios necesarios para el bienestar de otros individuos y grupos: todos los trabajos producen algo para otros, por lo tanto, mejoran el bienestar de los demás.

Pero el trabajo también puede causar daño a la salud. Las condiciones sociales y materiales en que se realiza el trabajo pueden afectar el estado de bienestar de las personas en forma negativa. Los daños a la salud más

evidentes y visibles son los accidentes del trabajo. De igual importancia son las enfermedades profesionales.

Los daños a la salud por efecto del trabajo resultan de la combinación de diversos factores y mecanismos.

La Salud Ocupacional, es la vinculación entre estos dos procesos, el proceso salud-enfermedad y el proceso de trabajo, y las formas como uno de esta influido por el otro.

La práctica de la salud ocupacional está orientada hacia el logro de sus objetivos, definidos por el Comité Conjunto de Salud Ocupacional OIT y OMS en 1950.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo (1950) establecen que “la salud ocupacional tiene la finalidad de fomentar y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores de todas las ocupaciones, la prevención de daños a la salud causados por sus condiciones de trabajo; la ubicación y mantenimiento de trabajadores en un ambiente de trabajo adaptado a sus capacidades fisiológicas y psicológicas; y, para resumir, la adaptación del trabajo al hombre, y de cada hombre a su tarea”.

El enfoque principal de la salud ocupacional está orientado a tres objetivos:

- El mantenimiento y promoción de la salud de los trabajadores y su capacidad de trabajo;
- El mejoramiento del ambiente de trabajo y el trabajo que conduzca a la seguridad y salud en el trabajo; y,
- El desarrollo de organizaciones y culturas de trabajo en una dirección que soporte la salud y seguridad en el trabajo, y al hacerlo, también promueve un ambiente social positivo, y una operación que permita apoyar la productividad de los procesos.

La salud laboral es en primer lugar una preocupación y responsabilidad de las propias personas involucradas en el trabajo, vale decir, trabajadores, trabajadoras y empleadores. “No es ético que las personas malogren su salud y su vida, intentando ganarse la vida.”

El nivel de salud laboral posible de alcanzar en un momento determinado va a depender en gran medida de otras situaciones dentro de la sociedad: el nivel de empleo y desempleo, las condiciones de vivienda, la disponibilidad de infraestructura de transporte, el acceso a la educación y a la salud, las instituciones promotoras de la salud y las instituciones fiscalizadoras, el grado de organización sindical, entre otros aspectos.

La satisfacción laboral de una persona esta relacionada con la cantidad de autonomía, responsabilidad, reconocimientos y logros conseguidos en el lugar de trabajo. Para muchos autores, la satisfacción en el trabajo es un motivo en sí mismo, es decir, el trabajador mantiene una actitud positiva en la organización laboral para lograr ésta. Para otros, es una expresión de una necesidad que puede o no ser satisfecha.

Mediante el estudio de la satisfacción, los directivos de la empresa podrán saber los efectos que producen las políticas, normas, procedimientos y disposiciones generales de la organización en el personal. Así se podrán mantener, suprimir, corregir o reforzar las políticas de la empresa, según sean los resultados que ellos están obteniendo.

La eliminación de las fuentes de insatisfacción conlleva en cierta medida a un mejor rendimiento del trabajador, reflejado en una actitud positiva frente a la organización. Existiendo insatisfacción en el trabajo, estaremos en presencia de un quiebre en las relaciones síndico - patronales.

Diversos autores han presentado teorías sobre la satisfacción en el trabajo, las cuales se pueden agrupar en tres grandes enfoques sobre satisfacción en el trabajo.

Un primer enfoque, basado en el modelo de las expectativas, plantea que la satisfacción en el trabajo está en función de las discrepancias percibidas por el individuo entre lo que él cree debe darle el trabajo y lo que realmente obtiene como producto o gratificación.

Un segundo enfoque teórico, plantea que la satisfacción en el trabajo es producto de la comparación entre los aportes que hace el individuo al trabajo y el producto o resultado obtenido. Esta misma tendencia llamada equidad plantea también que esta satisfacción o insatisfacción es un concepto relativo y depende de las comparaciones que haga el individuo en términos de aporte y los resultados obtenidos por otros individuos en su medio de trabajo o marco de referencia.

Por último, la teoría de los dos factores plantea que existen dos tipos de factores motivacionales; un primer grupo, extrínsecos al trabajo mismo, denominados "de higiene o mantención", entre los que podrán enumerarse: el tipo de supervisión, las remuneraciones, las relaciones humanas y las condiciones físicas de trabajo y un segundo grupo, intrínsecos al trabajo, denominados "motivadores", entre los que se distinguen: posibilidades de logro personal, promoción, reconocimiento y trabajo interesante.

Los primeros son factores que producen efectos negativos en el trabajo si no son satisfechos, pero su satisfacción no asegura que el trabajador modifique su comportamiento.

En cambio, los segundos son factores cuya satisfacción si motivan trabajar a desplegar un mayor esfuerzo.

Estos tres enfoques son complementarios y se pueden resumir diciendo que "la satisfacción en el trabajo nos muestra las discrepancias entre lo que un individuo espera obtener en su trabajo en relación a los que invierten en él y los

miembros de su grupo de referencia, y lo que realmente obtiene él en comparación a los compañeros, siendo diferentes las actitudes si se trata de factores extrínsecos o intrínsecos al trabajo mismo.

Desde el punto de vista social, el Trabajo es una actividad básica de los seres humanos, ya que sin él no existirían todas las cosas que son necesarias para mantener la vida; éste no produce solamente bienes sino toda la riqueza de la sociedad. Es así que el trabajo es una actividad dinámica que se podría denominar también como un proceso en el que los cambios son la constante.

Según Marx el trabajo es un proceso consciente por medio del cual el hombre se apropia de la naturaleza para transformar sus materiales en elementos útiles para su vida.

La producción de la vida material que siempre se desarrolla dentro y por medio de una forma particular de sociedad ocurre en el proceso de trabajo. El trabajo, entonces, es básico a toda vida social, dado que su reproducción es imposible sin él. Éste, sin embargo, es el nivel más abstracto de comprensión del trabajo y el proceso de trabajo, dado que no se especifica bajo qué relaciones sociales ocurre. El determinante fundamental del proceso de trabajo bajo el capitalismo es que se organiza para crear el máximo de plusvalía, y consecuentemente de ganancia, hecho que, como veremos, lo transforma profundamente.

El modo de producción particular en una sociedad dada también genera un modo particular de consumo. Los elementos importantes para la determinación social de cuáles son las necesidades en una formación social, de esta manera, se derivan principalmente del proceso de trabajo, y mucho menos de los elementos biológicos. En efecto, la biología no puede determinar más que algunas necesidades fisiológicas básicas y, aun así, existen algunos problemas muy complicados para determinar qué es "normal" en la reproducción de la vida humana.

Esta situación ilustra por qué al analizar la salud es inconveniente disociar la esfera del consumo de la esfera de la producción, y por qué es incorrecto reducir el trabajo a un simple generador de bienes.

Parece imposible sostener que los requerimientos del proceso de trabajo organizan toda la vida social, por lo menos en la sociedad capitalista en la cual predomina la parte productiva del proceso productivo-reproductivo de la vida social. En ciertas situaciones esto resalta con gran claridad y la separación ideológica entre el mundo del trabajo y el mundo del consumo desaparece.

La relación entre producción y consumo, sin embargo, no explica exhaustivamente la relación entre trabajo y salud, y así, es necesario desarrollar algunas nociones básicas para su estudio.

El concepto adecuado parece ser el proceso de trabajo, que, por una parte, especifica la relación entre el trabajo, los instrumentos de trabajo y el objeto de trabajo, y por la otra, abre la posibilidad de estudiar el carácter histórico del trabajo. El concepto de proceso de trabajo, además, resume dos características fundamentales de cualquier producción: la de tener un aspecto esencialmente técnico —el proceso laboral— y de otro social.

Diversos factores presentes en el medio ambiente de trabajo se combinan y producen en la salud efectos complejos y múltiples.

Las condiciones y medio ambiente de trabajo son el nexo vincular entre el proceso salud enfermedad del colectivo de trabajadores y el proceso de trabajo y explican los diferentes perfiles epidemiológicos de salud-enfermedad observados en diferentes grupos o clases sociales.

El término condiciones y medio ambiente de trabajo (CYMAT), fue acuñado por la OIT desde 1976 y es definido como un complejo de factores laborales y extra laborales que se expresan por la vivencia del trabajador.

Incluye dentro de los factores laborales aspectos vinculados a la seguridad y a la higiene, al ambiente físico, a la organización del trabajo, a los tiempos de descanso, como también a la remuneración.

Por otra parte dentro de los factores extra laborales se consideran relevantes los aspectos que hacen a la historia personal y social del trabajador.

Este esquema reconoce la importancia de los procesos históricos y sociales como determinantes de las CYMAT y son considerados como imperativos determinantes de los factores laborales y/o extra laborales.

Sin lugar a duda, un ejemplo claro de esto es lo que ocurre a partir de la Revolución Industrial. En esta etapa se evidencian las condiciones locativas de las fábricas, las cuales eran extremadamente insaludables e inseguras, en las que se concentraban niños y preferiblemente mujeres, por la fuerza de trabajo a bajo costo para las labores donde se requería minuciosidad, dedicación, especialmente para la industria textil. Igualmente trabajaban en extenuantes jornadas, lo que originó un deterioro de la calidad de vida de esta masa de trabajadores. Como consecuencia de esto con el transcurso del tiempo, se dieron procesos sociales de lucha por condiciones dignas de trabajo que se dieron en dos etapas: primero, los movimientos obreros, desorganizados y violentos, para derivar a la formación luego, de los sindicatos, cuyos objetivos eran: mejorar las condiciones laborales, reglamentar el trabajo de mujeres y niños, y reivindicaciones políticas (derecho de asociación y de huelgas, sufragio universal, entre otras).

En el proceso de producción de las sociedades capitalistas el proceso laboral es la materialización del proceso de valorización.

El ambiente laboral es definido por las condiciones impuestas por el o los dueños de los medios de producción en donde el trabajador vende su fuerza de trabajo generando un bien o un servicio del que se extrae un valor. Las estrategias para la valorización de lo que se produce, tienen una directa repercusión en las condiciones de trabajo y de vida de los trabajadores.

El ambiente de trabajo determina diferentes riesgos, siendo considerado los mismos como la probabilidad de sufrir un daño a la salud.

La experiencia obrera sindical italiana de los años setenta, resulta ser un referente importante para el área de la salud y el trabajo. La misma ha recogido y sintetizado la experiencia y el conocimiento del trabajador en cuanto a las condiciones de trabajo y su repercusión en la salud, generando un modelo de investigación participativa para la acción conocida como "Modelo Obrero

Italiano”³. Haciendo referencia al mismo podemos clasificar los factores de riesgo presentes en el ambiente de trabajo en cuatro grupos.

Grupo 1

Son aquellos factores que están presentes en el ambiente laboral y extra laboral e incluyen: Ventilación, humedad, temperatura, iluminación y ruido. Estos factores están en general vinculados al confort del trabajador y pueden ser fácilmente detectados por los órganos de los sentidos cuando se encuentran fuera de los límites determinantes del bienestar. Por otra parte pueden ser cuantificados.

Grupo 2

Factores de riesgos considerados propios del proceso de trabajo. Integran este grupo una serie de cargas laborales que habitualmente son denominados Contaminantes. Clasificación según la naturaleza de los mismos en físicos, químicos, biológicos. Dentro de lo físico se destacan entre otras radiaciones ionizantes, no ionizantes y Vibraciones. En los factores químicos: los polvos, gases, humos, vapores, así como sustancias químicas sólidas o líquidas.

Su medición es falible como la de los factores del grupo1. Pero a diferencia del grupo1 en muchos casos no son percibidos por los sentidos.

Grupo 3

Factores de riesgo vinculados a la fatiga física. Producto de procesos de trabajo en donde predomina, la carga física sobre el trabajador. En el análisis de este grupo se debe tener presente las posturas adoptadas durante el trabajo así como los movimientos más respectivos

Grupo 4

Factores de riesgo vinculados a la carga mental o también definidos como factores psico-sociales. En este grupo de cargas la forma de organización de trabajo adquiere jerarquía y se expresa en una serie de factores que a continuación mencionamos: contenido del trabajo, tiempo de trabajo y descansos, remuneración, responsabilidad, supervisión, turnos, relaciones interpersonales, etc. Los factores de este grupo no son factibles de ser medidos a través de instrumentos, siendo considerados como factores generadores de stress.

Se puede incorporar un quinto grupo donde se agrupan los factores vinculados a condiciones de inseguridad. En la seguridad Industrial destacar los siguientes factores:

- Falta de orden y limpieza de los locales
- Ausencia o escasez de señalización
- Falta de protección en las partes móviles de las maquinarias
- Iluminación inadecuada
- Superficies de desplazamiento inseguras (pisos, escaleras)
- Herramientas e instrumentos peligrosos

³ Desarrollado por el movimiento obrero italiano durante los años sesenta en Turín en la FIAT-Mirafiori, coordinados por I. Oddone. Se basa en dos principios fundamentales: -es necesarios que el propio trabajador tome conciencia de que su salud es un derecho a defender; - y los riesgos profesionales no son necesariamente inherentes al trabajo, sino que son el resultado de la forma concreta de trabajar

El verdadero desafío de la salud ocupacional tiene que ver con el papel que desempeñan las condiciones y medio ambiente de trabajo en el conjunto del proceso salud-enfermedad. Esto es posible mediante el estudio de los factores de riesgo ya enunciados anteriormente. Así mismo es preciso tener en cuenta que el factor de riesgo ocupacional genera patologías, mediante un proceso que puede articularse en forma de cadena de factores de riesgo-riesgos-daños o consecuencias, con el fin de facilitar la identificación de las posibilidades de intervención sobre los mismos.

En sentido amplio, se afirma que el objetivo de la prevención es interrumpir la secuencia, y esa acción presenta diferentes eficacias de acuerdo al área donde se efectúe la intervención, a lo largo de la cadena Trabajo-Consecuencias.

El panorama de los factores de riesgo se define como la herramienta básica para el diagnóstico de las condiciones de trabajo, mediante el cual se hace un reconocimiento, valoración y registro pormenorizado de los factores de riesgo existentes en la empresa o en un puesto de trabajo, y que permite determinar la potencialidad de los riesgos laborales en un área, sección, departamento y, en general, en toda la empresa, a los cuales están sometidos los diferentes grupos de trabajadores. Los resultados se recopilan en un documento básico que permiten reconocer y valorar los diferentes agentes, con el fin de establecer las medidas de promoción, prevención y corrección que posibiliten una mejor calidad de vida laboral.

De acuerdo a estudios realizados por el equipo docente que investigaba sobre los “Factores de riesgo en la salud mental laboral en enfermería profesional” que integraba el Departamento de Enfermería en Salud Mental del ex Instituto Nacional de Enfermería (1996), se señalan los aspectos más relevantes que caracterizan las CYMAT en Enfermería:

- a. Como trabajadores de la salud y predominantemente insertas en instituciones de segundo y tercer nivel, las enfermeras profesionales reproducen el modelo médico- hegemónico (Menéndez) imperante en nuestra sociedad. Su que hacer cotidiano está impregnado de los valores de la medicalización, la cual se asienta en la normativa de las instituciones.
- b. Lo anteriormente mencionado, se traduce en la fragmentación de los procesos de trabajo, que jerarquiza lo biológico sobre lo psicológico y lo sociocultural, centrado en la enfermedad como punto de mira del proceso asistencial.
- c. Hacia el interior del colectivo se observa una tendencia al individualismo en el marco de una estructura jerárquica con componentes autoritarios y rígidos que dificulta la participación y la autogestión en todos y cada uno de sus niveles, obturando el pleno desarrollo científico de la profesión.
- d. El desempeño profesional tiende a centrarse en la atención de usuarios internados en situaciones críticas, lo cual hace que la enfermera se mueva en torno al eje enfermedad-muerte. La ansiedad que ello le produce la lleva a defenderse a través de la rutinización en la ejecución

- de las tareas, de la burocratización en el exceso de controles y en los complejos niveles para la toma de decisiones.
- e. Existe una exposición a un alto grado de sufrimiento en el trabajo por: exigencia de asumir un rol que sirva de sostén en la organización y ejecución de funciones que van mas allá de su campo de competencia dentro de la institución; capacidad de responder rápidamente como eficacia y eficiencia en un contexto laboral complejo y cambiante; exposición permanente y estado de vulnerabilidad a agentes físicos, biológicos, químicos, y psicosociales que pueden derivar en distintas enfermedades.
 - f. Esta profesión intermedia una compleja red de relaciones: con sus pares en los diferentes niveles jerárquicos, con los auxiliares de enfermería, con los otros profesionales y con los trabajadores de otros sectores, gestándose relaciones de conflicto intra e intergrupales. Las reacciones violentas y las dificultades de comunicación para tratar los conflictos son frecuentes en la cotidianeidad del trabajo.
 - g. Hay una tendencia a disociar teoría de práctica, lo cual se percibe en el traumático corte que se da entre la formación y el ejercicio profesional en el campo laboral.
 - h. Frecuentemente en la organización del trabajo se da: falta de recursos, sobrecarga horaria y de tareas, frecuente rotación de turnos y servicios, dificultad de obtener días de descanso y de estudio y de acceder a eventos científicos y de capacitación, todo lo cual contribuye a su insatisfacción laboral.
 - i. Tendencia a la no participación sindical. La enfermera se suma a veces a movimientos iniciados por otros, pero no consigue en su propio colectivo un perfil claro que aporte a reivindicaciones y luchas por mejorar CYMAT para sí mismas y para el conjunto de los trabajadores de la salud.
 - j. El predominio del género femenino en este colectivo promueve la tendencia a deslizar en los vínculos laborales los roles asignados al género así como también a la descalificación de la capacidad profesional, dada su asimilación a tareas predominantemente manuales y de cuidado, instituidas como parte de la función de ama de casa y con escasa visibilidad social.
 - k. Paradójicamente hay un descuido de su propia salud en todos los planos que ésta abarca. Hay escasa conciencia de los riesgos presentes en el proceso de trabajo y de la falta de protección en relación a los mismos y en lo que concierne a leyes laborales, una tendencia a la automedicación y un empobrecimiento en el uso del tiempo libre, ocio y recreación.

En suma, las características específicas que se presentan en esta profesión en cuanto a las CYMAT contribuyen a perturbar el biorritmo y la calidad de vida personal, familiar y social.

La tendencia a un comportamiento estereotipado. El modelo de organización autoritario, empobrecedor, más reproductor que transformador, traen como consecuencia el desgaste o el “burnout” (estudio de Maslach), todo lo cual se ve agravado en aquellas organizaciones con normas rígidas en las

relaciones de trabajo. Esto nos remite a las ideas que Barran ha desarrollado en torno al disciplinamiento.

Este sufrimiento tiene un punto de impacto que es ante todo en la salud mental y que se traduce en vivencias de insatisfacción, fracaso, culpa, desmoralización, pudiendo conducir a repercusiones orgánicas variadas como por ejemplo problemas osteoarticulares, cardiovasculares, trastornos del sueño, angustia y ansiedad.

La escasa conciencia de las enfermeras sobre los factores de riesgo, conlleva a la dificultad de transformar aquellos componentes negativos de los procesos de trabajo que atentan contra su salud.

El término estrés proviene de la física y la arquitectura y se refiere a la fuerza que se aplica a un objeto, que puede deformarlo o romperlo.

En la Psicología, estrés suele hacer referencia a ciertos acontecimientos en los cuáles nos encontramos con situaciones que implican demandas fuertes para el individuo, que pueden agotar sus recursos de afrontamiento.

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

El estrés ha sido entendido:

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

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

El estrés puede ser definido como el proceso que se inicia ante un conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo, a las cuáles debe dar una respuesta adecuada, poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento. Cuando la demanda del ambiente (laboral, social, etc.) es excesiva frente a los recursos de afrontamiento que se poseen, se van a desarrollar una serie de reacciones adaptativas, de movilización de recursos, que implican activación fisiológica.

Esta reacción de estrés incluye una serie de reacciones emocionales negativas (desagradables), de las cuáles las más importantes son: Inicialmente el estrés puede dinamizar la actividad del individuo provocando un proceso de incremento de recursos (atención, memoria, activación fisiológica, rendimiento, etc.) que hace aumentar la productividad. Sin embargo, cuando este proceso de activación es muy intenso o duro mucho tiempo, los recursos se agotan y llega el cansancio, así como la pérdida de rendimiento.

Para realizar tareas complejas, o para aumentar la velocidad en tareas simples, se necesita un cierto grado de activación. Sin embargo, un exceso de activación dificulta la realización de dichas actividades.

Las consecuencias negativas del estrés son múltiples, pero a grandes rasgos, cabe señalar su influencia negativa sobre la salud, así como sobre el deterioro cognitivo y el rendimiento.

El estrés puede influir negativamente sobre la salud por varias vías, como son:

- 1) por los cambios de hábitos relacionados con la salud,
- 2) por las alteraciones producidas en los sistemas fisiológicos (como el sistema nervioso autónomo y el sistema inmune) y
- 3) por los cambios cognitivos (pensamientos) que pueden afectar a la conducta, las emociones y la salud.

En primer lugar, el estrés modifica los hábitos relacionados con salud, de manera que con las prisas, la falta de tiempo, la tensión, etc., *aumentan las conductas no saludables*, tales como fumar, beber, o comer en exceso, y *se reducen las conductas saludables*, como hacer ejercicio físico, guardar una dieta, dormir suficientemente, conductas preventivas de higiene, etc. Estos cambios de hábitos pueden afectar negativamente a la salud y, por supuesto, pueden desarrollarse una serie de adicciones, con consecuencias muy negativas para el individuo en las principales áreas de su vida, como son la familia, las relaciones sociales, el trabajo, la salud, etc.

Veamos algunos datos:

- (1) en algunas profesiones altamente estresantes hay tasas más altas de tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones;
- (2) esto también es cierto en trabajadores desempleados, frente a lo que tienen trabajo;
- (3) las personas con obesidad presentan niveles de ansiedad más altos que las personas que no presentan obesidad;

(4) los trastornos de alimentación (anorexia y bulimia) también están muy ligados con ansiedad;

(5) muchas personas con fobia social tienen problemas con el alcohol.

A su vez, el desarrollo de hábitos perniciosos para la salud, como es el caso de las adicciones, hace aumentar el estrés. Los programas de intervención para la reducción del peso, o los programas de intervención en adicciones, o el tratamiento de los trastornos de alimentación, etc., deben incluir técnicas de reducción de ansiedad y manejo del estrés, pues cuando así se hace mejoran su eficacia.

En segundo lugar, el estrés puede producir una *alta activación fisiológica que, mantenida en el tiempo*, puede ocasionar disfunciones psicofisiológicas o psicosomáticas, tales como dolores de cabeza tensionales, problemas cardiovasculares, problemas digestivos, problemas sexuales, etc. (Labrador y Crespo, 1993); a su vez, el estrés puede producir cambios en otros sistemas, en especial puede producir una inmunodepresión que hace aumentar el riesgo de infecciones (como la gripe) y puede aumentar la probabilidad de desarrollar enfermedades inmunológicas, como el cáncer (Cano Vindel y Miguel Tobal, 1994).

Veamos datos:

(1) Los pacientes hipertensos presentan niveles de ansiedad e ira más altos que las personas con presión arterial normal;

(2) Las personas que sufren arritmias, cefaleas, asma, trastornos de piel, disfunciones sexuales, trastornos digestivos, contracturas musculares, etc., por lo general presentan altos niveles de ansiedad;

(3) Los estudiantes en época de exámenes (su principal periodo de estrés) son más vulnerables a la gripe o a enfermedades infecciosas de tipo pulmonar, siendo más vulnerables las personas con alta ansiedad a los exámenes.

Los programas de entrenamiento en reducción de ansiedad mejoran el bienestar psicológico en todos estos casos, pero también disminuyen la activación fisiológica y mejoran los síntomas físicos de estas enfermedades (reducción de la presión arterial, disminución de la taquicardia en las arritmias, eliminación del dolor en las cefaleas, etc.

En tercer lugar, el estrés puede desbordar al individuo de manera que comience a desarrollar una serie de *sesgos o errores cognitivos en la interpretación* de su activación fisiológica, o de su conducta, o de sus pensamientos, o

de algunas situaciones, que a su vez le lleven a adquirir una serie de temores irracionales, fobias, etc., que de por sí son un problema de salud (los llamados trastornos de ansiedad), pero que a su vez pueden seguir deteriorando la salud en otras formas. Por ejemplo, una persona sometida a estrés prolongado puede llegar a desarrollar ataques de pánico, o crisis de ansiedad, que son fuertes reacciones de ansiedad, que el individuo no puede controlar, con fuertes descargas autonómicas, temor a un ataque al corazón, etc. Durante esta crisis el individuo interpreta erróneamente su activación fisiológica y piensa que le faltará el aire (cuando realmente está hiperventilando), o que morirá de un ataque al corazón, o que se mareará y caerá al suelo, o que se volverá loco, etc. Posteriormente, estos ataques de pánico suelen complicarse con una agorafobia (evitación de ciertas situaciones que producen ansiedad), con una dependencia de los ansiolíticos, a veces con reacciones de depresión por no poder resolver su problema, etc. (Peurifoy, 1993; Cano Vindel, 2002). Estos trastornos de ansiedad son mucho más frecuentes en mujeres que en varones (de 2 a 3 veces más frecuentes), pero por lo general una crisis de ansiedad coincide con un periodo de mucho de estrés que se ha prolongado un cierto tiempo. Entre un 1,5% y un 3,5% de la población sufre trastornos de pánico con o sin agorafobia. La edad de aparición se encuentra entre los 17 y los 35 años, justo en su edad más productiva.

El estrés también puede ocasionar una serie de perturbaciones *sobre los procesos cognitivos superiores* (atención, percepción, memoria, toma de decisiones, juicios, etc.) y un deterioro del rendimiento en contextos académicos o laborales (Cano Vindel y Miguel Tobal, 1996), laborales (Cano Vindel y Miguel Tobal, 1995), etc. Así, por ejemplo, los estudiantes con alta ansiedad de evaluación presentan una disminución del rendimiento, mientras que los programas de entrenamiento en reducción de ansiedad a los exámenes no sólo reducen ésta, sino que mejoran el rendimiento académico, aumentando la nota media.

El estudio de cómo el estrés provoca interferencias sobre los llamados procesos cognitivos superiores y sobre el rendimiento se ha llevado a cabo fundamentalmente desde una perspectiva cognitivo-emocional y, sin duda, la emoción con la que más se ha trabajado a la hora de estudiar esta influencia negativa sobre los procesos cognitivos ha sido la ansiedad, la ira y la depresión.

Entre los factores estresantes más comunes figuran los siguientes:

- Falta de claridad para finalizar el trabajo de uno mismo y de otros.
- Falta de reconocimiento o recompensa por el trabajo bien realizado.
- Falta de oportunidades para expresar las quejas.
- Abundancia de responsabilidades pero pocas facultades o capacidad decisoria.

- Falta de cooperación de los jefes, compañeros o subordinados.
- Falta de control sobre el producto acabado o de satisfacción por el mismo.
- Inseguridad en el trabajo, posición inestable.
- Exposición a prejuicios por razón de la edad, el sexo, raza, o la religión.
- Condiciones de trabajo físicas desagradables o peligrosas.
- Falta de oportunidades para utilizar realmente sus aptitudes y capacidades personales.
- Posibilidades de que un pequeño error o falta de atención momentánea acarree consecuencias graves incluso desastrosas.

Si estos factores forman parte de su trabajo cotidiano, influyen en el ritmo en que se producen los procesos de desgaste de su organismo.

Cuando estamos expuestos a éstos factores de estrés o a otros similares, casi todos experimentamos ansiedad, depresión, intranquilidad, desasosiego o fatiga.

El estrés en el trabajo puede hacer también que algunos empecemos a fumar o a comer en exceso, busquemos consuelo en el alcohol o asumamos riesgos innecesarios en el trabajo o en la carretera.

Muchas de estas reacciones pueden provocar enfermedades y la muerte prematura. El suicidio es uno de tantos ejemplos.

Por todo lo expuesto anteriormente, se tomarán en cuenta, conceptos inherentes al tipo y lugar elegido para llevar a cabo dicha investigación.

La Insuficiencia Renal “se manifiesta como la incapacidad de los riñones para excretar los productos de desechos del organismo, concentrar la orina y conservar los electrolitos”⁴.

La insuficiencia renal se clasifica en:

- **INSUFICIENCIA RENAL AGUDA**

La cual se manifiesta “como la disminución o suspensión súbita en la filtración glomerular acompañada de la retención de desechos nitrogenados y alteraciones en el equilibrio hídrico, ácido base y metabólico con el grado variable en el volumen urinario”⁵.

⁴ Diccionario de Medicina Océano Mosby, p 734.

⁵ <http://www.Explored.com.ec/gja/fas848.htm>

▪ **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

Se define como la disminución progresiva de la tasa de filtrado glomerular de manera irreversible. Esto ocurre como consecuencia de la pérdida permanente de unidades de función glomerular y tubular, es decir de nefronas.

La **Diálisis** “consiste en poner en contacto la sangre y un líquido artificial (ringer lactado) separados por una fina membrana que a través de sus porosidades permite el pasaje de sustancias de pequeño tamaño y de agua según las diferencias de concentración y de presión a cada lado de la membrana”⁶.⁷

Hemodiálisis

En hemodiálisis, la sangre del paciente se pasa a través de un sistema de tuberías (un circuito de diálisis), vía una máquina, a una membrana semipermeable, (el dializador) que tiene líquido de diálisis corriendo en el otro lado. La sangre limpia es entonces retornada al cuerpo vía el circuito. La ultrafiltración ocurre aumentando la presión hidrostática de la sangre en el circuito de diálisis para hacer que el agua cruce la membrana bajo un gradiente de presión. El proceso de la diálisis es muy eficiente, permitiendo que el tratamiento sea ejecutado intermitentemente, generalmente tres veces por semana, pero a menudo volúmenes bastante grandes de líquido deben ser removidos en una sesión que a veces puede ser exigente para el paciente y su familia.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

Enseñanza sobre los cuidados personales: el personal de enfermería desempeña un papel de gran importancia en la enseñanza del individuo sometido a hemodiálisis. Debido a la cantidad de enseñanza que se requiere proporcionan educación continua y refuerzo al tiempo que vigilan el progreso del paciente y su cumplimiento con el régimen terapéutico.

Las referencias nutricionales y la explicación de este tipo de necesidades son útiles debido a los numerosos cambios que se tienen que hacer en la dieta. Se enseña al paciente a verificar el dispositivo de acceso vascular en cuanto a permeabilidad, así como a tener cuidado de evitar venipunciones y medición de la presión arterial en el brazo con el dispositivo de acceso.

Además, el paciente y sus familiares requieren de asistencia y apoyo considerables para tratar con la necesidad de diálisis y sus implicaciones a largo plazo. Por ejemplo, necesitan saber qué problemas informar al personal de salud, lo que incluye lo siguiente:

⁶ <http://www.Explored.com.ec/gja/fas848.htm>

- Signos de empeoramiento de la insuficiencia renal (náuseas, vómitos, cambios en el gasto urinario normal, presencia de olor a amoníaco en el aliento).
- Signos de hipercalcemia (debilidad muscular, diarrea, calambres abdominales).
- Signos y síntomas de problemas con el acceso (fístula o injerto con coágulos, infección).

El personal de enfermería también proporciona educación constante y apoyo cada vez que el paciente acude para tratamiento.

Cuidados continuos: la importancia de los exámenes y del tratamiento de seguimiento debe recalcar al paciente y a sus familiares debido a los cambios en el estado físico, la función renal y los requerimientos de la diálisis. El personal de enfermería también debe valorar el ambiente en el que se desenvuelve el paciente, su estado emocional y las estrategias de afrontamiento utilizadas por todos los interesados para enfrentar los cambios en las funciones dentro de la familia que suelen asociarse con las enfermedades crónicas.

Los cuidados en general abarcan:

- Preparar al paciente para comenzar con la hemodiálisis (físico-psico-social).
- Educación sobre la enfermedad y el tratamiento. Explicar importancia y limitaciones.
- Enseñar al paciente el autocontrol y cambios de posición lentos (la presión arterial variará por el peso, hora, dieta, posición – hipotensión ortostática- entonces la incorporación deberá ser lenta).
- Promover una relación adecuada con el grupo familiar. Integrar a la familia al plan de cuidados. Favorecer a mantener al máximo su independencia.
- Ayudar a planificar sus actividades en relación a los horarios de diálisis.
- Informar de actividades que puede realizar según su cuadro clínico y fomentar la actividad social.
- Reforzar las defensas del paciente.
- Enseñar medidas higiénicas generales para prevenir la infección.

- Fomentar la adaptación al régimen alimentario (regulación del ingreso de agua y sodio).
- Enseñar cuidados del acceso vascular (fístula).
- Brindar apoyo psicológico o derivación al psicólogo.
- Coordinación con asistente social, si lo requiere.
- Valoración frecuente para determinar respuesta al tratamiento dialítico. Balance hidroelectrolítico (control de diuresis diaria). Control de peso (valorar presencia de edemas).
- Valoración cardiovascular frecuente en busca de signos de congestión del sistema.
- Valorar efectos fisiológicos: fatiga, disnea, palidez, palpitaciones, taquicardia.
- Valorar permeabilidad de la fístula arterio-venosa.
- Valoración de elementos clínicos y paraclínicos de infección.
- Determinación de cifras de presión arterial: de pie, acostado, sentado.
- Paraclínica (azoemia, creatininemia, electrocardiograma, ionograma, calcemia).

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Edad

Variable Cuantitativa continua

Tiempo que una persona ha vivido desde el momento de su nacimiento hasta la época actual.

Indicadores: se realizará cuando se tengan los indicadores de la variable.

Sexo

Variable Cualitativa nominal

Condición orgánica que diferencia al hombre de la mujer.

Indicadores: femenino y masculino.

Hijos

Variable Cuantitativa discontinua

Personas o descendientes respecto de su padre o su madre.

Estado civil

Variable cualitativa nominal

Condición de cada persona con relación a su vida social: soltero, casado, divorciado, viudo, unión libre.

Indicadores: soltero, casado, divorciado, viudo, unión libre.

Función que desempeña en la Institución:

Variable Cualitativa nominal

Tipo de cargo que desempeña, auxiliar o licenciatura en enfermería en dicha institución.

Indicadores: Auxiliar de Enfermería

Licenciada/o de Enfermería

Antigüedad en la Profesión

Variable cualitativa ordinal

Tiempo que ha trabajado formalmente en la profesión.

Indicadores: meses/años.

Antigüedad en el Servicio

Variable cualitativa ordinal

Tiempo que ha trabajado para la institución.

Indicadores: meses/años.

Tipo de contrato

Variable cualitativa nominal

Vínculo laboral que ocupa en la institución.

Indicadores: Titular, Suplente, Pasantía, Honorario

Turno de trabajo

Variable cualitativa nominal

Momento del día en que desempeña sus funciones en la institución.

Indicadores: Matutino (6 a 12 hs.), Tarde (12 a 18 hs), Vespertino (18 a 24 hs.), Nocturno (00 a 6 hs).

Otros Trabajos

Variable cualitativa ordinal

Dícese de la persona que realiza más de un trabajo.

Indicadores: Sí, 2 trabajos, más de 2 trabajos ¿Qué tarea desempeña?

No

Capacitación de enfermería en Paciente sometido a Hemodiálisis:

Variable cualitativa nominal

Formación que recibe el trabajador en enfermería, para realizar su tarea de forma apta con este tipo de pacientes.

Indicadores: No

Sí, Orientación previa al ingreso al servicio

Curso con evaluación Final: Si/ No

En la Institución, Otros.

Asiste anualmente a jornadas, congresos, seminarios.

Reconocimiento laboral

Variable cualitativa nominal

Estimulo que mueve o incita a hacer o desear una tarea, estímulo que recibe el trabajador por la realización de su trabajo, puede ser: económico, en forma extra salarial o profesional, a través de cursos de capacitación otorgando diplomas, etc.

Indicadores: No

Sí , ¿De qué forma lo reconocieron?

Actividades recreativas

Variable cualitativa nominal

Utilización del tiempo libre en actividades de esparcimiento.

Indicadores: No

Sí ¿De qué tipo? Culturales, Actividad física, Otras.

METODOLOGIA

Tipo y diseño general del estudio:

El diseño a utilizar para la investigación será de tipo descriptivo, de corte transversal.

Universo de estudio:

Todo el personal de Enfermería (Licenciados y Auxiliares) que desempeñe sus funciones en el Hospital Universitario, en el área de hemodiálisis en los cuatro turnos en el período comprendido entre abril-mayo de 2011.

Técnica de muestreo:

No probabilístico, por conveniencia.

Selección y tamaño de la muestra:

La muestra seleccionada corresponderá al número total de funcionarios, personal de enfermería, correspondiente a dicha institución, en el período establecido para la recolección de datos.

Método:

Entrevista estructurada

Unidad de Análisis:

La unidad de análisis fueron los funcionarios, personal de enfermería, correspondiente al Hospital Universitario, en el período establecido para la recolección de datos, a través de un instrumento elaborado para tal fin.

Tiempo:

El período seleccionado para la recolección de datos se estableció en el período comprendido entre el 1º de abril y 1º de mayo del corriente año.

Prueba Piloto:

Se realizará una prueba piloto con el fin de evaluar la aplicabilidad del instrumento elaborado para la recolección de datos.

Criterios de Inclusión:

Ser Licenciado o Auxiliar de Enfermería desempeñando el cargo en el área de hemodiálisis en la institución nombrada.

Criterios de Exclusión

Encontrarse con licencia reglamentaria, por maternidad, por enfermedad o en libre semanal en el momento de la entrevista o por no querer participar en el estudio a realizar.

Métodos, Técnicas e Instrumentos

Para la recopilación de datos se utilizó la encuesta, en un período de 10 días. La técnica es la entrevista de tipo cerrado, y estructurada. El instrumento de elección para el registro de información son dos formularios:

Se elaboró un cuestionario que analiza variables socio demográficas y laborales (*ver Anexo I*), a partir del análisis y estudio de la bibliografía consultada. Las variables analizadas en este cuestionario son: cargo que ocupa en la institución (auxiliar o licenciada), años de antigüedad en la profesión, antigüedad en el servicio, turno de trabajo, tipo de contrato, edad, sexo, hijos, estado civil, multi-empleo en enfermería, capacitación de enfermería en paciente sometido a hemodiálisis, incentivo, actividades recreativas y alteraciones físicas o psíquicas.

Cuestionario de Maslach: este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se padece el Burn-Out. Consideramos tomar todas las preguntas del test de Maslach, ya que resultan significativas para medir el impacto de los factores estresantes en el personal de enfermería, (*ver Anexo II*).

Recogida y análisis de datos

La recogida de los datos se realizó a través de dos cuestionarios auto administrados, de realización voluntaria y anónima, que se distribuirá entre todos los profesionales del servicio (auxiliares y licenciados en enfermería). Uno que registra variables socios demográficos y laborales, y el otro, el cuestionario de Maslach, el cual pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se padece el Burn-Out.

Dichos cuestionarios fueron entregados en mano a cada participante, en sobres cerrados sin ningún símbolo externo que los identificara, no distinguiendo los sectores debido a que el personal rota en los mismos. Con la indicación de que se devolvieran tal cual fueron entregados, siendo a su vez depositados en una caja por el propio participante, localizada en un lugar acordado por el grupo investigador y el equipo a evaluar, de forma que se garantice el anonimato. Se realizó un análisis simple de los datos.

Procedimientos

Con el fin de la autorización para desarrollar la investigación, se elaboró un pedido formal al departamento de enfermería del piso 14, sector nefrología del Hospital de Clínicas (*ver Anexo IV*), adjuntándole una copia del protocolo de investigación con los instrumentos a utilizar. Posterior a esto, se mantuvo un encuentro informal con la Jefa de Enfermería de dicho sector (*ver Anexo V*), la cual manifestó su interés en la realización de la investigación por la importancia e innovación del tema a abordar.

Se realizó una prueba piloto de los instrumentos a utilizar, en cuatro funcionarios del centro de hemodiálisis, del Hospital de Clínicas en el turno de la mañana. Donde se efectuaron reajustes para la mejor interpretación de los mismos.

El período de realización de la presente investigación fue de marzo 2010 a agosto 2011.

Recursos

Humanos: 4 estudiantes de generaciones 2001 al 2006, autores de la investigación, y dos docentes tutores de la Cátedra de Salud Mental.

Materiales y Financieros:

Lapiceras	\$30
Hojas	\$200
Fotocopias y encuadernación	\$550
Cartuchos de tinta para impresora -	\$735
Comunicaciones telefónicas e internet	\$500
Transporte	\$1630
Sobres	\$170
Total	\$3815

Plan de Tabulación y Análisis

El relevamiento de los datos se realizó en el centro de hemodiálisis, piso 14, ala oeste del Hospital de Clínicas, de la ciudad de Montevideo.

El mismo se realizó desde el 27 de julio al 5 de agosto de 2011, en este período se cubrió toda la convocatoria del servicio.

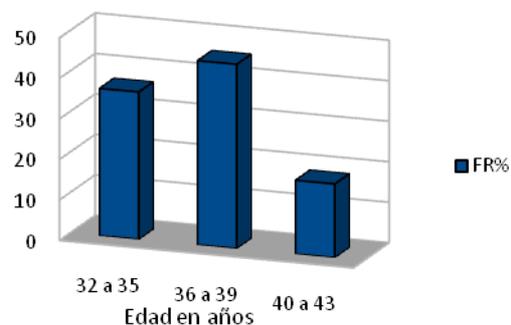
Cabe destacar que el servicio se divide en dos sectores, crónico y agudo. El plantel de enfermería con los que cuenta el servicio de hemodiálisis en ambos sectores es de 17 funcionarios (5 Lic. Enf, 12 Aux. Enf.), los mismos se distribuyen en tres turnos (mañana, tarde y vespertino). En el sector de crónicos solo se distribuyen en dos turnos, mañana y tarde, contando cada turno con un licenciado en enfermería y tres auxiliares. Mientras que el sector de agudos se distribuyen en los tres turnos, contando en la mañana con un licenciado y dos auxiliares de enfermería, en la tarde un licenciado en enfermería y tres auxiliares, y en vespertino un licenciado y un auxiliar en enfermería. Para la presentación de los resultados se utilizaron tablas y gráficos, del programa Excel del paquete Office de Microsoft.

El nivel de confianza corresponde al 64.7%, ya que del universo propuesto no se logró entrevistar a su totalidad. No completaron la encuesta un total de 6 funcionarios, que se negaron a realizar la entrevista.

A continuación se expondrán los resultados en porcentaje de las variables que hacen referencia al tema citado:

TABULACIÓN Y GRÁFICAS DEL CUESTIONARIO SOCIO-DEMOGRÁFICO Y LABORAL

Distribución según Edad



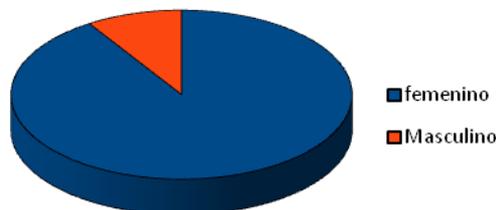
Edad (años)	FA	FR%
32 a 35	4	36,4
36 a 39	5	45,4
40 a 43	2	18,2
Total	11	100

Fuente de Información: Cuestionario Socio-demográfico y Laboral, realizado a los funcionarios del servicio de hemodiálisis del Hospital de Clínicas, julio-agosto 2011, Montevideo.

Se observa que la mayoría (45.4 %) de funcionarios se encuentra entre los 36 y los 39 años. Seguido por el 36.4 % de entre 32 y 35 años y minoritariamente (18.2 %) encontramos a funcionarios de entre 40 y 43 años de edad.

Distribución según Sexo

Sexo	FA	FR%
Femenino	10	90,9
Masculino	1	9,1
Total	11	100

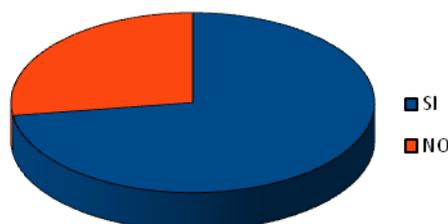


Fuente de Información: Cuestionario Socio-demográfico y Laboral, realizado a los funcionarios del servicio de hemodiálisis del Hospital de Clínicas, julio-agosto 2011, Montevideo.

Se observa la predominancia del sexo femenino, ya que el 90.9 % de funcionarios corresponden al mismo y solamente el 9.1% o sea 1 funcionario es de sexo masculino.

Distribución según hijos por funcionario

Hijos	FA	FR%
SI	8	72,7
NO	3	27,3
Total	11	100

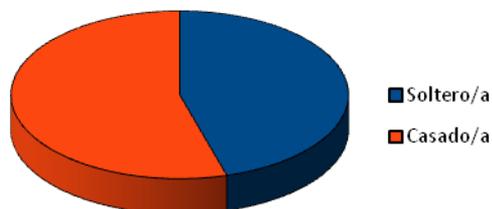


Fuente de Información: Cuestionario Socio-demográfico y Laboral, realizado a los funcionarios del servicio de hemodiálisis del Hospital de Clínicas, julio-agosto 2011, Montevideo.

Se observa que el 72.2 % de funcionarios tienen hijos y el 27.3 % no, predominando en el servicio los funcionarios con hijos.

Distribución según Estado Civil

Estado civil	FA	FR%
Soltero/a	5	45,5
Casado/a	6	54,5
Total	11	100

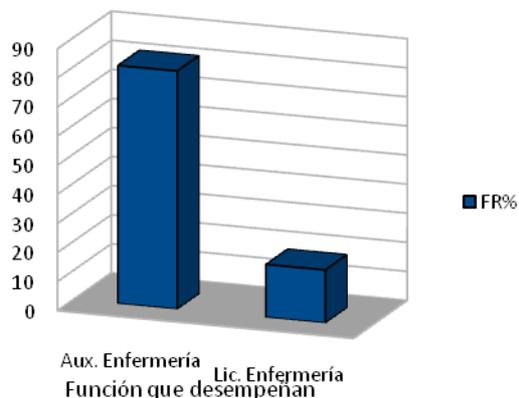


Fuente de Información: Cuestionario Socio-demográfico y Laboral, realizado a los funcionarios del servicio de hemodiálisis del Hospital de Clínicas, julio-agosto 2011, Montevideo.

Se observa que el 54.5 % de los funcionarios se encuentran casados y el 45.5 % solteros.

Distribución según función que desempeña en la institución

Función	FA	FR%
Aux. Enfermería	9	81,8
Lic. Enfermería	2	18,2
Total	11	100

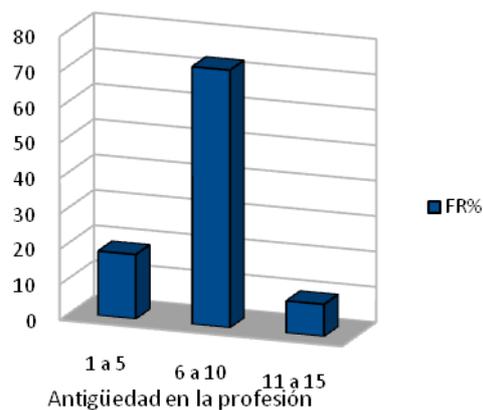


Fuente de Información: Cuestionario Socio-demográfico y Laboral, realizado a los funcionarios del servicio de hemodiálisis del Hospital de Clínicas, julio-agosto 2011, Montevideo.

Se observa que el 81.8 % de los funcionarios son Aux. de Enfermería mientras que el 18.2 % son Lic. En Enfermería.

Distribución según Antigüedad en la Profesión

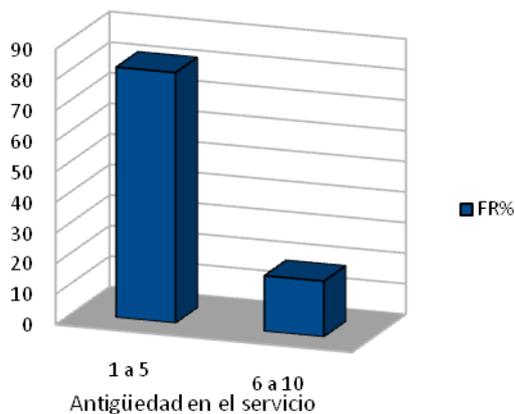
Tiempo (años)	FA	FR%
1 a 5	2	18,2
6 a 10	8	72,7
11 a 15	1	9,1
Total	11	100



Fuente de Información: Cuestionario Socio-demográfico y Laboral, realizado a los funcionarios del servicio de hemodiálisis del Hospital de Clínicas, julio-agosto 2011, Montevideo.

Se observa que el 72.7 % de los funcionarios se encuentran en el rango de 6 a 10 años de antigüedad en la Profesión.

Distribución según Antigüedad en el Servicio

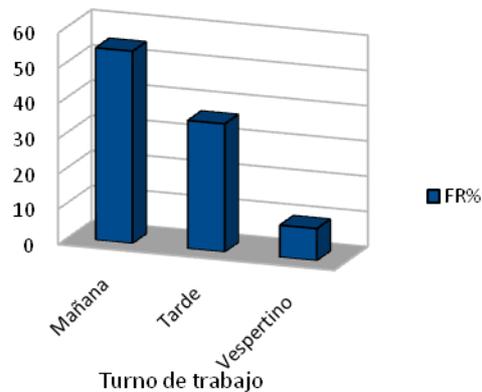


Tiempo (años)	FA	FR%
1 a 5	9	81,8
6 a 10	2	18,2
Total	11	100

Fuente de Información: Cuestionario Socio-demográfico y Laboral, realizado a los funcionarios del servicio de hemodiálisis del Hospital de Clínicas, julio-agosto 2011, Montevideo.

Observamos que la mayoría (el 81.8 %) de funcionarios tienen entre 1 y 5 años de antigüedad en el servicio, seguidos por el 18.2 % que tienen entre 6 y 10 de antigüedad en el mismo.

Distribución según el Turno de Trabajo



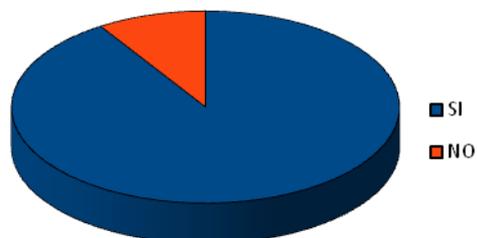
Turno	FA	FR%
Mañana	6	54,5
Tarde	4	36,4
Vespertino	1	9,1
Total	11	100

Fuente de Información: Cuestionario Socio-demográfico y Laboral, realizado a los funcionarios del servicio de hemodiálisis del Hospital de Clínicas, julio-agosto 2011, Montevideo.

Un 54.5 % desempeñan sus funciones en el turno matutino, un 36.4 % lo hace en el turno de la tarde y un 9.1 % en vespertino.

Distribución según otros trabajos

Otros trabajos	FA	FR%
SI	10	90,9
NO	1	9,1
Total	11	100

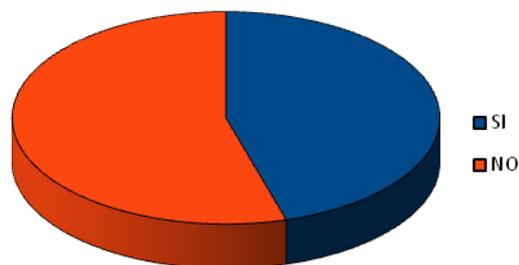


Fuente de Información: Cuestionario Socio-demográfico y Laboral, realizado a los funcionarios del servicio de hemodiálisis del Hospital de Clínicas, julio-agosto 2011, Montevideo.

El 90.9 % tiene otro trabajo mientras que el 9.1 % trabaja únicamente en este Servicio.

Distribución según Capacitación en paciente sometido a hemodiálisis

Recibió capacitación	FA	FR%
SI	5	45,5
NO	6	54,5
Total	11	100

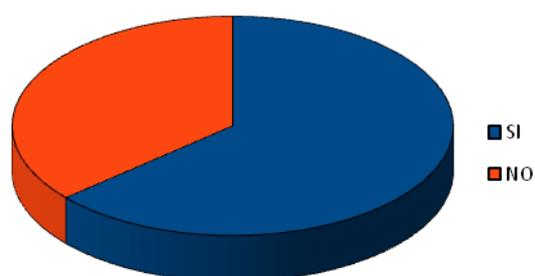


Fuente de Información: Cuestionario Socio-demográfico y Laboral, realizado a los funcionarios del servicio de hemodiálisis del Hospital de Clínicas, julio-agosto 2011, Montevideo.

Según los datos obtenidos, el 54.5 % no recibió capacitación en la especialidad, mientras que el 45.5 % si lo hizo.

Distribución según Asistencia a jornadas de capacitación

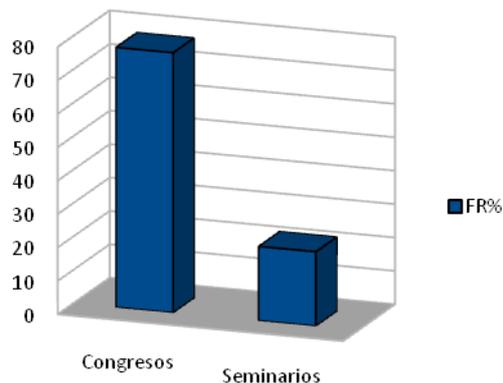
Asistió	FA	FR%
SI	7	63,6
NO	4	36,4
Total	11	100



Fuente de Información: Cuestionario Socio-demográfico y Laboral, realizado a los funcionarios del servicio de hemodiálisis del Hospital de Clínicas, julio-agosto 2011, Montevideo.

Se observó que el 63.6 % de funcionarios asistieron a jornadas de capacitación y el 36.4 % no lo hizo.

De los que contestaron que si se desprenden los siguientes datos:



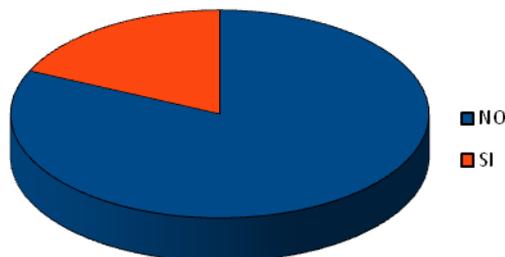
Tipo	FA	FR%
Congresos	7	77,8
Seminarios	2	22,2
Total	9	100

Fuente de Información: Cuestionario Socio-demográfico y Laboral, realizado a los funcionarios del servicio de hemodiálisis del Hospital de Clínicas, julio-agosto 2011, Montevideo.

De los que asistieron, un 77.8 % fueron a congresos, mientras que el 22.2 % asistió a seminarios.

Distribución según Reconocimiento Laboral

Reconocimiento	FA	FR%
SI	2	18,2
NO	9	81,8
Total	11	100

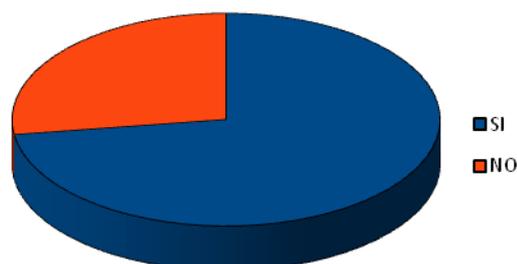


Fuente de Información: Cuestionario Socio-demográfico y Laboral, realizado a los funcionarios del servicio de hemodiálisis del Hospital de Clínicas, julio-agosto 2011, Montevideo.

Se observó que el 81.8 % no ha recibido reconocimiento laboral, mientras que el 18.2 % refirió haberlo recibido.

Distribución según Realización de Actividades Recreativas

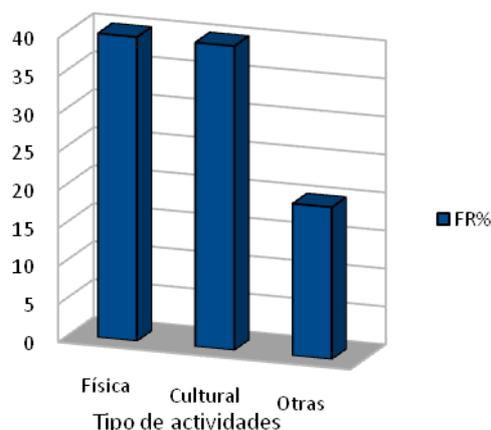
Realiza	FA	FR%
SI	8	72,7
NO	3	27,3
Total	11	100



Fuente de Información: Cuestionario Socio-demográfico y Laboral, realizado a los funcionarios del servicio de hemodiálisis del Hospital de Clínicas, julio-agosto 2011, Montevideo.
El 72.7 % realiza actividades recreativas y el 27.3 % no las realiza

De los que contestaron que si se desprenden los siguientes datos:

Tipo de actividad	FA	FR%
Física	4	40
Cultural	4	40
Otras	2	20
Total	10	100



Fuente de Información: Cuestionario Socio-demográfico y Laboral, realizado a los funcionarios del servicio de hemodiálisis del Hospital de Clínicas, julio-agosto 2011, Montevideo.
De los que realizan actividades recreativas, el 40% son de tipo física y cultural respectivamente, y el 2 % de otros tipos.

TABULACIÓN DEL CUESTIONARIO DE MASLACH BURN-OUT INVENTORY

Entrevistados Preguntas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	1	1	1	3	1	1	1	3	2	2	6
2	0	0	1	0	0	0	0	3	0	0	1
3	3	1	3	3	1	1	1	3	3	2	3
4	2	5	5	5	6	6	6	5	5	3	5
5	0	0	1	0	3	0	0	1	0	0	1
6	2	0	3	1	1	1	1	3	3	3	2
7	2	3	1	3	6	6	1	5	6	6	5
8	3	3	3	3	1	0	1	5	2	3	6
9	2	1	3	1	5	6	0	5	6	6	1
10	2	1	3	1	0	0	0	1	3	3	4
11	3	3	3	1	1	0	0	5	4	2	6
12	1	3	5	3	6	6	1	3	5	1	5
13	0	3	1	0	0	0	0	3	0	0	3
14	2	1	1	5	1	1	1	6	1	1	1
15	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1
16	1	1	3	1	0	0	3	6	2	1	3
17	3	6	3	3	6	6	3	6	3	3	5
18	6	3	3	3	5	6	6	1	3	6	5
19	2	1	3	3	5	6	1	3	3	6	1
20	0	1	0	1	2	0	0	3	0	0	2
21	1	0	1	1	1	5	0	0	1	0	0
22	0	6	6	6	2	1	0	6	0	0	1

Fuente de Información: Cuestionario de Maslach Burn-Out Inventory, realizado a los funcionarios del servicio de hemodiálisis del Hospital de Clínicas, julio-agosto 2011, Montevideo.

Referencia: los datos resaltados en color azul, corresponden a las respuestas de los Lic. Enfermería.

Preguntas correspondientes a cada escala:

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

Existen tres sub-escalas bien definidas, que se describen a continuación:

- 1. Sub-escala de Agotamiento Emocional:** consta de nueve preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.
- 2. Sub-escala de Despersonalización:** está formada por cinco ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.
- 3. Sub-escala de Realización Personal:** se compone de ocho ítems. Evalúa los sentimientos de auto-eficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

El efecto de los estresores del Síndrome de Burn-Out, en los trabajadores de enfermería de un Centro de Hemodiálisis de la ciudad de Montevideo.

Sub Escala	AE	D	RP
Participante			
1	12	5	19
2	11	10	22
3	16	13	24
4	17	8	22
5	7	6	40
6	4	1	47
7	8	0	18
8	35	16	28
9	13	7	32
10	12	5	31
11	27	13	27

Fuente de Información: Cuestionario de Maslach Burn-Out Inventory, realizado a los funcionarios del servicio de hemodiálisis del Hospital de Clínicas, julio-agosto 2011, Montevideo.

ANALISIS SOCIODEMOGRÁFICO Y LABORAL

El rango etario predominante es de 36 a 39 años (45.4%) seguido del de 32 a 35 años con un 36.4%. Lo anteriormente expresado se corresponde a la edad productiva en el ámbito laboral del ciclo vital.

Se observa el predominio del sexo femenino en un 90.9% sobre el masculino con un 9.1%, se puede afirmar entonces que se reproducen en los vínculos laborales, los roles asignados culturalmente al género.

Según Fassler C. a mayor edad en las mujeres, mayor probabilidad de exposición a factores de riesgo para la salud mental.

El 54.5% se encuentra en pareja (casado o unión libre), siendo esta cifra un factor de protección para hombres y de riesgo para mujeres *ya que en la condición de género femenino se asume el rol doméstico como factor de sobrecarga. Si fueran asumidos roles domésticos compartidos actuaría como factor protector.*

Se observa el predominio de funcionarios con hijos, el 72.7% los tiene y 27.3 % no. Según lo expuesto en los antecedentes internacionales acerca de estudios realizados sobre Burn-Out, esta variable operaría como un factor protector para el individuo.

El 81.8% son auxiliares de enfermería, mientras que el 18.2% restante son licenciadas en enfermería. Este punto se analizó desde dos enfoques diferentes, primero, se consideró al conocimiento como factor protector frente al manejo de las diversas situaciones de salud. Lo cual expondría a los Aux. de Enfermería a un mayor riesgo comparativamente con los Lic. En Enfermería.

Por otro lado, al ser diferentes los roles de trabajo que atañen a la profesión, tareas que aumentan el grado de responsabilidad en referencia al Servicio, podríamos considerar a los Lic. En Enfermería más expuestos a factores de riesgo.

El 72.7% de los trabajadores se encuentran en el rango de 6 a 10 años de antigüedad en la profesión, esta etapa laboral coincide con el afianzamiento de la formación y el *aprendizaje de la especialidad ,incluyendo en este rango laboral no solo lo que atañe al usuario, sino los elementos que hacen a proteger el estado de salud del propio trabajador.*

Seguidos por un 18.2% de aquellos que tienen entre 1 y 5 años y un 9.1% en el rango de 11 a 15 años. En el proceso laboral interactúan dinámicamente entre sí las condiciones y el cuerpo del trabajador, A mayor cantidad de años en la profesión se supone una mayor destreza, madurez y experiencia clínica que le permite hacer frente a la toma de decisiones y por el

contrario el tener que afrontar el sufrimiento, la enfermedad y la muerte resulta una práctica desgastante.

A esto se suma el trabajo en un área de atención a usuarios críticos, de alta complejidad.

El 81.8% presenta una antigüedad en el servicio de 1 a 5 años por lo que *podemos decir que la mayoría están en etapa de orientación a la especialidad*, mientras que el 18.2% posee una antigüedad en el servicio de 6 a 10 años. La mayoría de funcionarios no exceden los 5 años de experiencia en el sector, lo que se puede considerar como factor protector en cuanto a la exposición al dolor, sufrimiento y muerte de los usuarios. Pero también el restante porcentaje (18.2) presentaría experiencia, destreza y habilidad para un afrontamiento eficaz antes situación de alto riesgo. Lo que amortigua la gran diferencia entre factores protectores y de riesgo.

Un 54.5% de los funcionarios desempeña sus tareas en el turno de la mañana, seguido de un 36.4% en el turno tarde, y un 9.1% en vespertino.

Debido a que en el Servicio el personal está distribuido según la necesidad del mismo, y que no se realiza actividades en el turno de la noche en el que se comprometería el biorritmo y la relación familiar y social del individuo es que esta variable no arroja datos claros de si es considerada factor protector o de riesgo para contraer Burn-Out.

En referencia al multiempleo, el 90.9% poseen otros trabajos mientras que el 9.1% trabaja únicamente en la Institución. Significando que la alta mayoría (90.9) presenta esta variable como factor de riesgo.

El 54.5% no ha recibido capacitación en la especialidad de hemodiálisis, en tanto que el 45% si la recibió. Se considera un factor protector el índice de capacitación del personal ya que se determina que quienes trabajan en un sector de alta complejidad deben estar al día con técnicas complejas, que en esta área están en constante evolución y cambio.

Planteamos que la capacitación de técnicas de abordaje de protección para la Salud Mental del personal entrarían en la dinámica del servicio para mejorar la calidad de ambos funcionarios y usuarios.

En cuanto a la asistencia a jornadas de capacitación, el 63.6% concurreó y el 36.4% no. Entendemos esta variable como un factor protector presente en la mayoría de trabajadores.

Un 81.8% del personal no recibió reconocimientos por su desempeño en la institución y un 18.2 si lo hizo. Debido al bajo porcentaje obtenido, en cuanto a la estimulación personal de trabajador. No reconocer las actividades ya sea

verbalmente, económica, ascenso, etc. lleva a que este pierda confianza en sí mismo y en su proceder, agregando otro factor de riesgo para que la persona sufra desgaste. Este elemento descalificador en un porcentaje tan elevado se une a la variable de la baja concurrencia a cursos de formación, no estando presente el estímulo para superarse y no pudiendo perfilar el riesgo para la salud mental el hecho de sentirse sin reconocimiento en tareas tan desgastantes.

Un 72.7% de los funcionarios realiza actividades recreativas, como factor protector frente al estrés. Realizando actividades culturales un 40%, física en un 40%, y otras 20%. Estos elementos como protectores ante la población que se atiende no es menor ya que si vamos a la variable de multi-empleo la gran mayoría lo tiene y la recreación obra como protectora ante el desgaste de la rutina.

ANALISIS DE MASLACH BURN-OUT INVENTORY

El cuestionario de Maslach Burn-Out Inventory fue aplicado a la totalidad del personal; 17 funcionarios (5 licenciados y 12 auxiliares), cabe destacar que sólo once participaron, ya que los seis restantes fueron entregados en blanco. De los once que respondieron a los cuestionarios nos encontramos que 2 son licenciados en enfermería, y nueve auxiliares; del mismo se desprenden los siguientes datos:

Con respecto a la primer tabla

Pregunta 1.- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo, 4 auxiliares de enfermería (36%), contestaron pocas veces al año o menos, mientras que el 100% de los licenciados contestaron lo mismo.

Pregunta 2.- Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío, 6 auxiliares de enfermería (55%), contestaron nunca, mientras que los licenciados el 100% contesto nunca también.

Pregunta 3.- Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado, 6 auxiliares de enfermería (55%), contestaron unas pocas veces al mes, mientras que el 100% de los licenciados contestaron pocas veces al año.

Pregunta 4.- Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes, el 55% de los auxiliares de enfermería contestaron pocas veces a la semana, mientras que el 100% de los licenciados contesto todos los días.

Pregunta 5.- Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales, el 55% de los auxiliares de enfermería contestaron nunca, coincidiendo con la respuesta de uno de los licenciados, mientras que el otro respondió unas pocas veces al mes.

Pregunta 6.- Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa, el 36% de los auxiliares de enfermería contestaron unas pocas veces al mes, mientras que el 100% de los licenciados contesto pocas veces al año o menos.

Pregunta 7.- Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes, las respuestas de los auxiliares de enfermería fueron variadas pocas veces al año, unas pocas veces al mes pocas veces a la semana y todos los días con un 18% cada respuesta, mientras que los licenciados contestaron en un 100% todos los días.

Pregunta 8.- Siento que mi trabajo me está desgastando, el 45% de los auxiliares contesto unas pocas veces al mes, mientras que los licenciados respondieron nunca o pocas veces al año.

Pregunta 9.- Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo, el 27% de los auxiliares contestó unas pocas veces al mes, mientras que la respuesta de los licenciados fueron pocas veces a la semana y todos los días.

Pregunta 10.- Siento que me he hecho más duro con la gente, el 27% de los auxiliares contestó pocas veces al año así como unas pocas veces al mes, mientras que los licenciados respondieron en un 100% nunca.

Pregunta 11.- Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente, un 27% de los auxiliares contestó pocas veces al año, mientras que los licenciados respondieron nunca y pocas veces al año.

Pregunta 12.- Me siento con mucha energía en mi trabajo, las respuestas de los auxiliares de enfermería fueron con un 27% cada una desde pocas veces al año, pocas veces al mes y una vez por semana, mientras que el 100% de los licenciados contestaron todos los días.

Pregunta 13.- Me siento frustrado en mi trabajo, el 45% de los auxiliares contestaron nunca coincidiendo con la totalidad de los licenciados.

Pregunta 14.- Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo, el 55% de los auxiliares contestó pocas veces al año coincidiendo con la respuesta de los licenciados.

Pregunta 15.- Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes, el 74% de los auxiliares al igual que el 100% de los licenciados respondió nunca.

Pregunta 16.- Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa, el 36% de los auxiliares contestó pocas veces al año, mientras que el 100% de los licenciados respondió nunca.

Pregunta 17.- Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes, el 55% de los auxiliares contestó unas pocas veces al mes, mientras que el 100% de los licenciados contestó todos los días.

Pregunta 18.- Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes, el 36% de los auxiliares contestó unas pocas veces al mes, y los licenciados respondieron pocas veces a la semana y todos los días.

Pregunta 19.- Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo, el 36% de los auxiliares contestó unas pocas veces al mes, mientras que los licenciados respondieron pocas veces a la semana y todos los días.

Pregunta 20.- Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades, el 45% de los auxiliares contestó nunca, coincidiendo con la respuesta de los licenciados.

Pregunta 21.- Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada, el 45% de los auxiliares contestó nunca, mientras que la respuesta de los licenciados fue de pocas veces al año.

Pregunta 22.- Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas, el 36% de los auxiliares contestó nunca, mientras que la respuesta de los licenciados fueron desde pocas veces al año a una vez al mes.

En cuanto a la segunda tabla, se agruparon los datos según como está establecida la cuantificación del test de Maslach, discriminando según las sub-escalas.

Mediante el cuestionario de Maslach Burn-Out Inventory pretendimos medir la frecuencia e intensidad con la que se padece el burn-out en el personal de enfermería que desempeñan sus funciones en el servicio de hemodiálisis, no observándose datos significativos de que éstos padezcan el síndrome.

No se encontraron cifras superiores a las establecidas para las puntuaciones de las tres sub-escalas, por lo que se desprende que no cuentan con alteraciones en lo que respecta al agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Nos encontramos con un personal de enfermería el cual no manifiesta encontrarse agotados por las exigencias que les demanda el llevar a cabo sus tareas laborales; no expresan actitudes de frialdad y distanciamiento hacia el usuario, y, los mismos se sienten auto-eficientes y realizados personalmente al desempeñar sus funciones como profesionales.

Se destaca que el servicio cuenta con un personal de enfermería que no padece estrés, pudiendo afirmar que no tienen una influencia negativa sobre su estado de salud, no presentando disfunciones psico-fisiológicas o psico-somáticas, lo cual les permite desarrollar exitosamente sus tareas.

Aunque ningún entrevistado supera las puntuaciones máximas, podemos destacar que dentro del grupo de licenciados en enfermería la sub-escala de realización personal ellos presentan valores más elevados con respecto a los auxiliares de enfermería. Dato que verifica el supuesto de que a mayor responsabilidad y cumplimiento de funciones sumado a las exigencias de superiores, ellos tengan mayor riesgo frente al grupo de auxiliares de enfermería.

Con respecto a los integrantes que entregaron los formularios en blanco, seis en total (3 licenciados y 3 auxiliares), lo utilizamos como un indicador de estrés, ya que no fue que lo entregaron a medias o podrían no haberlo hecho

demostrando desinterés, en cambio el hecho de entregarlo vacío es signo de no haberse podido enfrentar al problema de reflexionar sobre las preguntas y asumir el hecho de que les provocaba enfrentarse a lo que sienten en lo cotidiano. Podemos deducir que al ser 3 licenciados los que no participaron de un total de 5, dato que supera el 50%, y agregado a los valores elevados de las cifras de la sub escala de realización personal nos encontramos con un personal profesional el cual no se siente satisfecho en cuanto a los resultados de su trabajo, dato que se refleja con las respuestas de los auxiliares de enfermería, que a pesar de no superar las puntuaciones para las sub escalas si están expuestos a factores negativos sobre su salud mental.

CONCLUSIÓN

Como grupo concluimos que se alcanzaron los objetivos planteados, logrando caracterizar la población en estudio. Cabe destacar que más allá de no haber encontrado evidencia científica de que el personal padezca el síndrome de Burn –Out, si podemos afirmar que el servicio cuenta con factores protectores sobre el síndrome así como factores predisponentes. Entre los factores protectores encontramos:

Un personal de enfermería en edad productiva en el ámbito laboral del ciclo vital, la mayoría del personal no excede los 5 años de experiencia en el sector lo que se puede considerar como factor protector en cuanto a la exposición al dolor, sufrimiento y muerte de los usuarios. Pero también el restante porcentaje (18.2) presentaría experiencia, destreza y habilidad para un afrontamiento eficaz ante situación de alto riesgo. Lo que amortigua la gran diferencia entre factores protectores y de riesgo. En cuanto a la asistencia a jornadas de capacitación, el 63.6% concurre y el 36.4% no. Entendemos esta variable como un factor protector presente en la mayoría de trabajadores, incentivado por el servicio.

Como factores de riesgo encontramos que la amplia mayoría de funcionarios está en situación de multi-empleo.

Según los datos que extraímos de los cuestionarios podemos afirmar que los auxiliares están más expuestos a los factores de riesgo, motivo por el cual los licenciados no sienten realización personal. Ligado a esto, como otro factor de riesgo encontramos el alto porcentaje del personal no recibe reconocimientos por su desempeño, el no reconocer las actividades ya sea verbalmente, económica, ascenso, etc. lleva a que este pierda confianza en sí mismo y en su proceder, agregando otro factor de riesgo para que la persona sufra desgaste.

Concluimos que nos encontramos con un personal de enfermería que cuenta con un ambiente laboral que potencia los factores de riesgo, hoy no encontramos individuos que padecen Burn-Out, pero de no hacer algo al respecto, sobre los mismos, es muy probable que sí lo padezcan, no preservando al personal de enfermería y disminuyendo la calidad asistencial que éstos brindan a los usuarios sometidos a hemodiálisis.

El conocimiento, a punto de partida del análisis de todos los factores de riesgo, no alcanza por sí solo para la promoción de la salud del personal de enfermería. Es necesario que el colectivo profesional elabore su diagnóstico, planifique, intervenga y evalúe resultados, a fin de acercarse a la meta: elevar la calidad de vida de la fuerza de trabajo y por consiguiente la calidad de atención del usuario.

SUGERENCIAS

Consideramos como equipo fundamental para concluir nuestro trabajo, esbozar algunas sugerencias para promover la salud mental en este equipo de trabajo de hemodiálisis, que si bien nuestra investigación demostró que ninguno padece Burn-Out si existen factores de riesgo que exponen a los trabajadores. Como inicio podríamos sugerir que se realizaran talleres en los distintos turnos (guiados por algún referente) para que los trabajadores puedan expresar su vivencia en referencia al ámbito laboral. Además proponemos que se podría cambiar la dinámica de trabajo implementando instancias que posibiliten el planteamiento de aportes para mejorar, comentando semanalmente diferentes casos clínicos con los componentes emocionales desde el ángulo de enfermería que rodean la situación (es decir abordaje integral) lo que enriquecería a todos.

Sería importante realizar esporádicamente grupos de autoayuda terapéutica a cargo de un profesional competente que contribuyera a manejar los sentimientos propios de trabajar con un usuario terminal sometido al dolor y la muerte.

Formar grupos de investigación de distintas temáticas.

Calendario anual de cursos de formación continua en el servicio con temas de interés del personal, así como los que son identificados como áreas problemas.

Es de vital importancia como factor protector el salario justo con las compensaciones propias del área e incentivos por no faltar, puntualidad, etc. Brindar licencia en tiempo y cantidad suficiente es otro factor vital para el trabajador de salud.

Y como herramienta básica el reconocimiento de la tarea así como el apoyo por parte del superior para de esta forma el efector de salud sentirse contenido y amparado.

BIBLIOGRAFÍA

- Smeltzer S. Enfermería Médico-quirúrgica de Brunner y Suddarth. Barcelona: Mc Graw-Hill; 2004.
- Fontana D. Control del estrés. México: El Manual Moderno; 1992.
- Benavides F G, Ruiz Frutos C, García García A M. Salud Laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. 1ra ed. Barcelona: Masson; 1997.
- UdelaR, Instituto Nacional de Enfermería, Dpto. de Enfermería en Salud Mental. Entre Sufrimientos y gratificaciones. Montevideo: Nordan; 1997.
- Canales F, Alvarado E, Pineda E. Metodología de la Investigación. 1ra ed. Mexico: OPS; 2000.
- Escribá Aguir V, Más Pons R, Cárdenas Echegaray M, Burguete Ramos D, Fernandez Sanchez R. Estresores Laborales y Bienestar Psicológico. Impacto en la Enfermería Hospitalaria. Revista ROL Enf. (España). 2000; 23 (7-8): 506-511.
- Capezzuto B. El Síndrome de Burnout o Desgaste en los Equipos Asistenciales. En: libro de Ponencias: XII Jornadas de Actualización en Enfermería. Montevideo: Centro de Medicina y Especialidades; 2005.
- Araujo A, Benítez M, López G, María M, Pérez C. Manifestaciones psicológicas provocadas por el estrés en el personal de enfermería de los servicios de neonatología del Hospital de las Fuerzas Armadas y el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. [s.p.i.].
- Meliá S. Enfermería en Salud Mental Conocimientos, Desafíos y Esperanzas. 1ra ed. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR; 2005.
- Revista Paciente Crítico, Vol. 5, suplemento 1, Junio 1992.
- J.C Mingote Adán. Síndrome Burnout. Revista Psiquiatría (España). 1997; 9 (9-10)
- Paciente Crítico, 1995; 8(2): 185-191
- Espejo de Viñas M R. Condiciones de trabajo y salud de las enfermeras/os. RAE 1993; 31:54-60.

ANEXOS

ANEXO I

Cuestionario Socio-demográfico y Laboral

ANEXO II

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory

- ANEXO III

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

- ANEXO IV

Carta de solicitud de autorización para la realización de la investigación.

- ANEXO V

Entrevista a Lic. Enf. Carolina Philip, sector de Hemodiálisis del Hospital de Clínicas.

- ANEXO VI

Carta de solicitud de autorización dirigida al DIBA.

ANEXO I

Cuestionario Socio-demográfico y Laboral

Edad

Sexo

Hijos

Estado civil: Soltero

Casado

Divorciado

Viudo

Unión libre.

Función que desempeña en la Institución:

Auxiliar de Enfermería _____

Licenciada/o de Enfermería _____

Antigüedad en la Profesión: _____ meses/años.

Antigüedad en el Servicio: _____ meses/años.

Tipo de contrato: Titular _____ Suplente _____ Pasantía _____ Honorario _____

Turno de trabajo: Matutino (6 a 12 hs.) _____

Tarde (12 a 18 hs.) _____

Vespertino (18 a 24 hs.) _____

Nocturno (00 a 6 hs) _____

Otros Trabajos: Sí _____ 2 trabajos _____

Más de 2 trabajos _____

¿Qué tarea desempeña? _____

Capacitación de enfermería en Paciente sometido a Hemodiálisis:

No _____

Sí _____ Orientación previa al ingreso al servicio _____

Curso _____

En la Institución _____ Otros _____

Asiste anualmente a jornadas _____

congresos _____

seminarios _____

Reconocimiento laboral: No _____

Sí _____ ¿De qué forma lo reconocieron?

Actividades recreativas: No _____

Sí _____ ¿De qué tipo?

Culturales _____

Actividad física _____

Otras _____

ANEXO II

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory

Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el burn out. Las respuestas a las 22 preguntas miden tres dimensiones diferentes: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

A continuación le mostramos el cuestionario.

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que usted siente los enunciados:

- 0= NUNCA
- 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS
- 2= UNA VEZ AL MES O MENOS
- 3= UNAS POCAS VECES AL MES
- 4= UNA VEZ A LA SEMANA
- 5= POCAS VECES A LA SEMANA
- 6= TODOS LOS DÍAS

- 1.- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
- 2.- Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.
- 3.- Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.
- 4.- Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.
- 5.- Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
- 6.- Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.
- 7.- Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.
- 8.- Siento que mi trabajo me está desgastando.
- 9.- Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.
- 10.- Siento que me he hecho más duro con la gente.
- 11.- Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
- 12.- Me siento con mucha energía en mi trabajo.

- 13.- Me siento frustrado en mi trabajo.
- 14.- Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
- 15.- Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.
- 16.- Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.
- 17.- Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.
- 18.- Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.
- 19.- Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
- 20.- Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
- 21.- Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.
- 22.- Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas

Preguntas correspondientes a cada escala:

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

Existen tres sub-escalas bien definidas, que se describen a continuación:

- 1. Sub-escala de Agotamiento Emocional:** consta de nueve preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.
- 2. Sub-escala de Despersonalización:** está formada por cinco ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.
- 3. Sub-escala de Realización Personal:** se compone de ocho ítems. Evalúa los sentimientos de auto-eficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad:

- 0= NUNCA
- 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS
- 2= UNA VEZ AL MES O MENOS
- 3= UNAS POCAS VECES AL MES
- 4= UNA VEZ A LA SEMANA
- 5= POCAS VECES A LA SEMANA
- 6= TODOS LOS DÍAS

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome.

ANEXO III

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por cuatro estudiantes de Licenciatura en Enfermería, de la Universidad de la República. La meta de este estudio es determinar el impacto de los estresores laborales en el bienestar psicofísico en el personal de enfermería del área de hemodiálisis.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas para completar un cuestionario. Esto tomará aproximadamente veinte minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se escribirán, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por cuatro estudiantes de Licenciatura en Enfermería, de la Universidad de la República. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es determinar el impacto de los estresores laborales en el bienestar psicofísico en el personal de enfermería del área de hemodiálisis.

Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario, lo cual tomará aproximadamente veinte minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Silvana Machado al teléfono 094 303 952.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a la persona anteriormente mencionada.

-----Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

ANEXO IV

Carta de solicitud de autorización para la realización de la investigación.

Montevideo, 24 de Mayo de 2011.

De: Facultad de Enfermería.
Cátedra de Enfermería en Salud Mental.
Solicitud de Permiso aplicar Protocolo de Trabajo Final de Investigación.

Para: Hospital de Clínicas "Manuel Quintela"
Jefe de depto. Enfermería
Depto. De Hemodiálisis

De nuestra mayor consideración:

Por intermedio de la presente los abajo firmantes, estudiantes de la Licenciatura Enfermería de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República. Se dirigen a Ustedes para solicitar permiso para aplicar el protocolo de Trabajo Final de Investigación sobre "El efecto de los estresores del Síndrome de Burn-Out, en los trabajadores de Enfermería de un Centro de Hemodiálisis de la ciudad de Montevideo".

El grupo de estudiantes es:

De León, Anna

Laurenz, Marilena

Machado, Silvana

Miglino, Ruth

Los tutores de nuestro trabajo Final de Investigación son:

Prof. Adj. Lic. Araceli Otarola

Prof. Ag. Lic. Iris Dutra

Esperando una respuesta afirmativa, saludamos a Uds. Muy atentamente.

ANEXO V

Entrevista a Lic. Enf. Carolina Philip, sector de Hemodiálisis del Hospital de Clínicas.

Montevideo, 20 de julio del 2011.

- 1- ¿Con qué número de licenciados y auxiliares de enfermería cuenta el servicio, y cómo se distribuyen en cada sector?
- 2- ¿A qué número de usuarios se les brinda atención por turno, y con qué frecuencia concurren al servicio?
- 3- El personal de enfermería (licenciados y auxiliares), ¿cuenta con apoyo psicológico?
- 4- ¿El servicio le brinda al personal de enfermería capacitación en lo que respecta a los cuidados del paciente sometido a diálisis?
- 5- ¿Cuáles son los principales motivos de ausentismo en el personal de enfermería?

- 1- El servicio correspondiente a hemodiálisis en total cuenta con 5 licenciados en enfermería y 12 auxiliares de enfermería, los mismos se distribuyen en tres turnos, mañana, tarde y vespertino. Siendo el turno vespertino solamente para el sector de agudos. El servicio cuenta con un licenciado por sector, y 2 auxiliares de enfermería; esto es por turno, excepto el vespertino que cuenta con un licenciado y un auxiliar.
- 2- El servicio cuenta con un total de 30 usuarios, que circulan por el sector semanalmente.
- 3- Actualmente el personal no cuenta con el recurso, pero es algo que se está trabajando a nivel de la institución.
- 4- El servicio informa al personal sobre capacitaciones, así como talleres y seminarios, y se facilita que los mismos concurren a éstas actividades.
- 5- El principal motivo es por certificación médica.

ANEXO VI

Carta de solicitud de autorización dirigida al DIBA.

Montevideo, 3 de noviembre de 2011.

Departamento de Dirección del Programa Básico

Por intermedio de la presente, nos dirigimos a Uds. Para solicitar conformación de Tribunal de Defensa para Trabajo Final de Investigación. El mismo fue desarrollado bajo la órbita de la Cátedra en Salud Mental, siendo los tutores Prof. Adj. Lic. Araceli Otarola y Prof. Ag. Lic. Iris Dutra.

El título del estudio es “El efecto de los estresores del Síndrome de Burn-Out, en los trabajadores de Enfermería de un Centro de Hemodiálisis de la ciudad de Montevideo”.

Esperando una respuesta, saludamos a Uds. Muy atentamente

De León, Anna

Laurenz, Marilena

Machado, Silvana

Miglino, Ruth