

UNIVERSIDAD EMPRESARIAL
SIGLO 21

-2008-

CARRERA DE LIC. EN PSICOLOGIA

Trabajo Final de Graduación

“Cuidar al que cuida”
Proyecto de aplicación profesional para
enfermeros

Alumno: Molinengo, Gustavo



Por la salud de mi amigo Marito Bahamonde...Agradezco a todas mis compañeras, compañeros, a los amigos de siempre, tíos y primos que encontré, a Diego Repetto por darme y enseñarme tanto durante los años vividos en Córdoba, a Mary Braganza por ser tan generosa, a mis hermanos Pablo y Damián por acompañarme, a mi padre y a mi madre por el esfuerzo y los valores que me supieron transmitir, a todos ellos,

Muchas gracias...



Título	
Agradecimientos	
Índice	
Introducción	6
abstrac	8
Fundamentación	10
Parte I. Marco teórico	15
Capítulo 1. La enfermería	16
1.1. La enfermería.....	16
1.2. Modelos.....	17
1.3. Diferencias.....	18
1.4. Relación con el paciente.....	19
1.5. Dificultades.....	20
Capítulo 2. Estrés	22
2.1 Antecedentes.....	22
2.2. Teorías basadas en la respuesta.....	23
2.3. Teorías basadas en el estímulo.....	24
2.4. Teorías basadas en la interacción.....	25
Capítulo 3. Síndrome de Burnout	27
3.1. Antecedentes.....	27
3.2. Síntomas.....	29
3.3. Desencadenantes.....	32
3.3.1. Ambiente físico de trabajo.....	32
3.3.2. Desempeño de roles y relaciones interpersonales.....	32
3.3.3. Aspectos relacionados con las nuevas tecnologías.....	32



3.3.4. Fuentes extra-organizacionales del estrés laboral.....	33
3.4. Agentes causales.....	33
3.4.1 Sexo.....	33
3.4.2. Edad.....	33
3.4.3. Estado civil.....	33
3.4.4. Antigüedad profesional.....	34
3.4.5. Personalidad.....	34
3.4.6. Estructura y supervisión.....	35
3.4.7. Relación con los pacientes.....	35
3.4.8. Salario.....	35
3.5. El burnout en los enfermeros.....	36

Capítulo 4. Habilidades sociales.

4.1. Concepto de habilidad social.....	38
4.2. Elementos componentes.....	38
4.2.1. Componentes conductuales.....	40
4.2.1.1. <i>La mirada</i>	40
4.2.1.2. <i>La dilatación pupilar</i>	41
4.2.1.3. <i>La expresión facial</i>	41
4.2.1.4. <i>La sonrisa</i>	41
4.2.1.5. <i>La postura</i>	42
4.2.1.6. <i>Gestos</i>	43
4.2.1.6.1 <i>Movimientos de pies</i>	43
4.2.1.6.2. <i>Movimientos de cabeza</i>	43
4.2.1.6.3. <i>Automanipulaciones</i>	44
4.2.1.7. <i>Distancia/ proximidad</i>	44
4.2.1.8. <i>Contacto físico</i>	44
4.2.1.9 <i>Componentes paralingüísticos</i>	45
4.2.1.9.1. <i>Latencia</i>	45
4.2.1.9.2. <i>Volumen</i>	45
4.2.1.9.3. <i>Timbre</i>	45
4.2.1.10. <i>Componentes verbales</i>	45
4.2.2. Componentes Cognitivos.....	46
4.2.2.1. <i>Percepciones sobre ambientes de comunicación</i>	46
4.2.2.2. <i>Variables cognitivas del individuo</i>	46
4.2.2.2.1. <i>Competencias cognitivas</i>	46
4.2.2.2.2. <i>Estrategias de codificación y constructor personales</i>	47
4.2.2.2.3. <i>Expectativas</i>	47
4.2.2.2.4. <i>Valores subjetivos de los estímulos</i>	48
4.2.2.2.5. <i>Planes y sistemas de autorregulación</i>	48
4.2.3. Componentes físicos.....	48
4.3. Adquisición de las habilidades sociales.....	49
4.3.1. <i>Enseñanza directa</i>	49
4.3.2. <i>Modelado o aprendizaje por medio de modelos</i>	49



4.3.3. <i>Práctica de conducta</i>	49
4.3.4. <i>Reforzamiento de las conductas adecuadas y castigo</i>	49
4.3.5. <i>Retroalimentación de la actuación (feedback)</i>	50
4.3.6. <i>Moldeamiento o aprendizaje por aproximaciones sucesivas</i>	50
Parte II. Metodología	51
5. Relevamiento de datos.....	52
5.1. Población/Muestra. Diseño e instrumentos. Procedimiento.....	52
5.1.1. Guía de pautas para la entrevista a la supervisora del departamento de enfermería.....	53
5.1.2. Guía de pautas para la entrevista a la jefa del departamento de enfermería.....	53
5.1.3. Guía de pautas para la entrevista a los coordinadores de las unidades de Traumatología, Clínica médica y Cirugía.....	54
5.2. Análisis de datos.....	54
5.2.1. Análisis de datos cuestionario sociodemográfico.....	54
5.2.2 Análisis de datos entrevistas.....	55
5.2.3. Análisis de datos cuestionario MBI.....	56
5.3. Conclusiones.....	57
Parte III. Proyecto	58
6. Objetivos.....	59
6.1.1 Objetivo general.....	59
6.1.2. Objetivos específicos.....	59
6.2. Resultados que se espera obtener.....	59
6.3. Destinatarios del Programa.....	60
6.4. Características del programa.....	60
6.5. Encuadre de trabajo.....	60
6.6. Modalidad de trabajo.....	60
6.6. Primer Modulo: Caldeamiento.....	63
Encuentro N °1.....	65
Exposición estrés, Síndrome de Burnout	
Encuentro N °2.....	66
Exposición Habilidades Sociales	
Encuentro N °3.....	68
Integración modulo de caldeamiento.	
6.7. Segundo Modulo: Entrenamiento en habilidades sociales.....	70
Encuentro N °1.....	72
Expresión de empatía, opiniones, inicio, mantenimiento y establecimiento de conversaciones/relaciones	
Encuentro N °2.....	74



Inicio, mantenimiento y establecimiento de conversaciones/relaciones	
Encuentro N °3.....	76
Afrontamiento y relajación frente a situaciones estresantes.	
Inicio, mantenimiento y establecimiento de conversaciones/relaciones	
Encuentro N °4.....	79
Distinción entre conducta asertiva, no asertiva y agresiva	
Encuentro N °5.....	81
Distinción entre conducta asertiva, no asertiva y agresiva	
Encuentro N °6.....	83
Escucha activa. Expresión de molestia, desagrado, disgusto	
Encuentro N ° 7.....	85
Dar elogios y fortalecimiento de la autoestima	
Encuentro N °8.....	88
Fortalecimiento de la autoestima	
6.8. Tercer Modulo: Meditación sistemática.....	91
Encuentro N °1, 2 y 3.....	93.
Meditación sistemática	
Encuentro N °4.....	96
Meditación sistemática	
Encuentro N °5.....	97
Cierre	
Cronograma de actividades.....	99
Referencias Bibliográficas.....	100
Anexos.....	103
MBI.....	104
IHS.....	108
Resultados Cuestionario sociodemográfico/ MBI.....	110
Entrevistas.....	112



Introducción



Si bien el fenómeno del Síndrome de Burnout se viene estudiando hace varios años ya, son muchas las organizaciones estatales y/o privadas (hospitales, centros de salud, fabricas, etc.) que aun no toman medidas preventivas para evitar las consecuencias negativas de lo que algunas personas (Chaparro, 1984; Gil-Monte, 1997; Saracco, 2004) han llamado “la enfermedad del siglo 21”. El Síndrome de Burnout surge cuando las personas están expuestas al contacto diario con las demandas de otras personas, por el intenso intercambio emocional, y cuando se sobrepasan las capacidades adaptativas del individuo, sobre todo en trabajos que exigen un gran compromiso emocional, cognitivo y físico. Diversos estudios (Maslach, 1986; Ramos, 2001; Peiró, 1993) manifiestan que los profesionales de la salud constituyen la población más vulnerable a desarrollarlo.

Actualmente resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que conllevan sus integrantes tienen repercusiones sobre la organización, ejemplo de ello son el ausentismo, elevada rotación de puestos, disminución de la productividad, disminución de la calidad en el trabajo, entre otros. Asimismo, el deterioro de su calidad de vida laboral también repercute sobre la sociedad en general.

El presente trabajo es un proyecto de aplicación profesional que tiene como finalidad la prevención del síndrome de burnout mediante el Entrenamiento de Habilidades Sociales en los profesionales de la salud que se desempeñan como Enfermeras/os. El programa está estipulado en 16 encuentros, una vez por semana, con una duración de una hora aproximadamente por encuentro, donde se desarrollarán módulos teóricos y prácticos para 15 personas. La evaluación de la intervención se realizará mediante la aplicación del Inventario “Burnout” de Maslach (MBI) y la versión adaptada del Inventario de Habilidades Sociales (IHS- Del Prette) antes del comienzo del programa y al finalizar el mismo.



Abstrac



The central objective of this work is to implement a plan of action to prevent the incidence of burnout syndrome nurses Hospital Scaravelli (Tunuyán-Mendoza), by promoting intervention strategies for training in Social Skills. Data were gathered through the questionnaire MBI, accompanied by a sociodemographic questionnaire and semi-headed. We take one sample of 30 nurses from different areas (medical clinic, operating room, orthopedic surgery, maternity, etc.). Whose ages are between 20 and 60 years. By the following proposal is expected to acquire involved several strategies to address and reduce stress through the acquisition of social skills. For the purpose of achieving these objectives, articulated the strategies needed to provide skills, information, knowledge and the potential for successful implementation, preventing and controlling stress, reduce responses to stress and the physiological activity or levels of anxiety, achieve effective management of communication and interpersonal relationships, increase self-esteem, promote the working atmosphere and increase the likelihood of receiving a positive treatment.

Keywords: nurses - burnout syndrome - social skills



Fundamentación



La salud mental contempla todos los ámbitos de la vida: la escuela, el trabajo, la familia, los amigos, etc. Las personas se enfrentan cotidianamente a situaciones nuevas, problemas laborales, pérdida de un hijo, nacimiento de un hermano, la partida de algún ser querido, ritmo de vida acelerado, desencuentros afectivos. La salud mental es la propia capacidad de afrontar estos acontecimientos creando nuevas respuestas para superar la crisis y desarrollar una vida plena. Una persona mentalmente sana es aquella que puede sostenerse y cuidarse a si misma, afirmar su autoestima, unirse e integrarse a la comunidad y defender sus derechos.

En el informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, realizada en Alma Ata, Rusia, en septiembre de 1978, se reitera que la salud, es un estado de completo bienestar físico, mental y social, siendo un derecho humano fundamental y que el logro del grado mas alto posible de salud es un objetivo social, donde lo que se propone es mejorar la calidad de vida de toda la población, siendo esta un deber de los gobiernos y un derecho de todos los ciudadanos. Dicha declaración apunta a “salud para todos en el año 2000”. Teniendo en cuenta que nos encontramos en el año 2006, es fácil inferir que el nivel de salud no ha alcanzado lo esperado por aquella declaración en aquel tiempo.

En la actualidad todos los profesionales, y en especial los profesionales de la salud mental que forman parte de las áreas asistenciales, se enfrentan a un gran problema: “el síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal” (Maslach, 1975). El síndrome de Burnout acarrea graves riesgos para la salud tanto de los profesionales como de sus pacientes, tanto a nivel físico como psicológico. La naturaleza de las tareas y los roles a desempeñar son causantes de estrés, también la poca transparencia en la comunicación o un exceso de responsabilidad, como así también la falta de autonomía o de participación en las decisiones. Una mala comunicación, aislamiento social o falta de apoyo del jefe o de los compañeros también es estresante, como lo es la falta de reconocimiento o la excesiva crítica

Este proyecto tiene como meta la prevención del síndrome mediante el entrenamiento en habilidades sociales en enfermeros para una mejora de la calidad de vida en general y la efectividad interpersonal del personal del hospital. El entrenamiento en habilidades sociales es una técnica muy usada en estos días en diferentes ámbitos e incluye una serie de estrategias para modificar el comportamiento social inadecuado.



Los profesionales de enfermería constituyen uno de los grupos que sufre más altos niveles de estrés y burnout, y se necesitara de una participación activa por parte de ellos para la obtención de resultados satisfactorios. No solo los enfermeros sacaran provecho del proyecto, otros profesionales de la salud también podrán hacerlo, además de los pacientes y publico en general.

Las habilidades sociales constituyen un factor decisivo para la convivencia y constituyen una de las variables más significativas en el campo de la salud mental. El entrenamiento en habilidades sociales, constituye un poderoso instrumento para elevar los recursos personales y la competencia social de los sujetos; lo que mejorara sus posibilidades para una vida creativa y con bienestar.

Hay que tener presente que la atención primaria de la salud la realizan médicos, psicólogos, enfermeros, y trabajadores en la comunidad, es menester pensar en como proteger a este grupo de salud cuya tarea es la participación responsable dentro y para la comunidad. La falta de recursos, de capacitación o sobrecarga asistencial, hace que a los profesionales de la salud mental se les vea relegada la posibilidad de la protección de su salud mental.

Mediante el entrenamiento en habilidades sociales, los enfermeros tendrán oportunidades de aprender y desarrollar sus habilidades, lo que permitirá un mejor ajuste social, encontrarán mayor satisfacción en las relaciones interpersonales y a la vez serán capaces de generar relaciones sociales más enriquecedoras para los otros.

El impacto emocional acompañado de la falta de contención que genera la situación del trabajo en las instituciones y/o consultorio es un factor desencadenante de desequilibrio para la salud mental de los profesionales. Un individuo que presenta un déficit en sus habilidades sociales básicas, tiene mayores probabilidades de confrontar problemas emocionales y dificultades en su competencia social. Con las exigencias que hoy nos impone el mundo, casi sin valores, y la vida acelerada, seria aventurado y optimista decir que alguien goza completamente de salud mental. No existiría una línea que demarque la salud mental de la enfermedad. Si existen diferentes grados de salud mental y modos de mejorarla. Las relaciones interpersonales y la dinámica interna, en las instituciones, están actuando como generadores de mas enfermedad, y los problemas de salud tienden a perpetuarse. Este modelo se ha desarrollado tanto en instituciones del



estado como en las privadas, acentuando la falta de alternativas de atención o contención en los trabajadores, dejando de lado acciones de promoción, prevención y asistencia para el logro de las mejores condiciones para el desarrollo físico, intelectual y afectivo de los involucrados, y para una mejor calidad en la prestación del servicio. Así, los efectos del estrés dependen de diferentes factores, entre ellos las habilidades, capacidades y recursos con los que cuente la persona para hacer frente a las condiciones potencialmente estresoras.

El abordaje de la “vida humana” puede promover un efecto emocional intenso, en especial cuando la tarea es el enfrentamiento cotidiano con el sufrimiento. La mayoría de los trabajadores, profesionales o no, se ve afectado en algún momento de su vida por estas situaciones, ya que están expuestos a situaciones de desórdenes emocionales. La actual crisis por la que atraviesan los sistemas de educación y salud, la carencia de horizontes definidos a nivel personal, acompañado de las tensiones sociales productos de la exclusión-inclusión, entre otros, contribuye a aumentar la sensación de desamparo, acentuando así la falta de contención.

La enfermería es una profesión especialmente vocacional de ayuda y cuidados; posee altos niveles de responsabilidad, relaciones interpersonales y exigencias sociales, su labor de prestar ayuda se lleva a cabo en un medio estresante, demandante y que involucra situaciones difíciles, lo que hacen ser a este grupo más vulnerables al estrés laboral. Sin embargo, pocas veces se les brinda el apoyo y la atención necesaria a estos profesionales que asisten y cuidan de los demás en detrimento de su propio cuidado. Los enfermeros podrán obtener conocimientos prácticos para comprender y modificar su comportamiento, incluso sin conocimientos profundos en psicología. Se enseñaran conductas específicas, serán practicadas e integradas en el repertorio conductual de los sujetos para así llegar a la generalización de las conductas entrenadas.

En la actualidad se emplean dos manuales diagnósticos: el DSM IV y el CIE10 para la búsqueda de criterios comunes, que permiten el entendimiento entre distintos profesionales de distintas culturas. En el eje VI del DSM IV, se hace alusión a los estresores psicosociales que pueden haber generado el trastorno. Este eje, representa las condiciones psico-socio-familiares que impiden el desarrollo y sobrepasan la capacidad adaptativa, conceptúa los estresores como problemáticas psicosociales y ambientales, y concede importancia al apoyo familiar. A modo de sustitución del apoyo familiar y social,



es posible pensar ese apoyo en los profesionales de la salud mental con un grupo de reflexión o alternativas de contención, sin dejar de incluir la variable “psico”, la cual se apuntaría a mejorar, para atenuar el síndrome de Burnout, orientado hacia una mejor calidad de vida, integrado por profesional capacitados capaces de lograr tal fin, promoviendo relaciones armónicas y condiciones laborales adecuadas para garantizar un trabajo eficiente, seguro y productivo.

Esta situación se refleja en el presupuesto que los gobiernos destinan a los proyectos que se proponen para generar un espacio para cuidar a los que cuidan, producto de pautas ideológicas y culturales, donde el acento esta puesto en las políticas de transformación económica y ajuste, la incorporación de tecnología, donde en la salud mental su incidencia es insignificante; y el aumento de la eficiencia tienden a descartar o desplazar a las personas del mercado del trabajo hacia la marginalidad y desocupación. Consideramos que este espacio debe comenzar a abrirse camino a partir del apoyo conjunto de los propios protagonistas sin excluir la participación de la sociedad en su conjunto con una visión integral e interdisciplinaria, sin olvidar que de la salud mental de estos profesionales depende la salud mental de nuestra población. Por lo tanto, reconocer, enfrentar y prevenir los problemas emocionales que afectan a los trabajadores de la salud se ha convertido en un desafío ineludible dentro de las complejas transformaciones que influyen sobre el sistema sanitario actual.



Parte I. Marco teórico



Capítulo 1.

1.1) La enfermería

Virginia Henderson (1961) define la función de la enfermería como “la de ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de actividades que contribuyan a su salud o recuperación o a morir en paz, actividades que él desempeñaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios y hacer esto en forma tal, que lo ayude a independizarse lo más pronto posible”.

El personal de enfermería está encargado de prestar cuidados de enfermería, en atención integral y directa, orientando estos cuidados en actividades de promoción de la salud, atención en la enfermedad y rehabilitación e integración posterior. Estos cuidados se presentan tanto a individuos y grupos enfermos como a sanos y significan el aporte de enfermería a la seguridad, bienestar y ayuda en situaciones de salud y enfermedad al usuario de los servicios de salud. Por lo tanto, el propósito de la enfermería es conservar la vida humana y mejorar la salud de las personas.

Por otra parte, el cuidado de la enfermería, según Loretta Heidgerken (1963) consiste en: 1) dar tratamiento y cuidado físico bajo la dirección del médico, 2) proporcionar información higiénica al paciente y su familia, 3) coordinar la enfermería con otros servicios de la comunidad esenciales para la salud del paciente, así como procurar la mejoría de la salud de la comunidad.

En tanto, Ugalde (1985) define la función de la enfermera como la de atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su reestablecimiento (o evitarle padecimientos en la hora de su muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, de forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible.

Las enfermeras son un elemento clave en la relación con el paciente y es el nexo entre el médico y el resto de las áreas de la organización, convirtiéndolas en mediadoras de los conflictos que surgen entre los pacientes; y entre los pacientes y el equipo de salud, debido a las diferencias culturales y educativas.



Los hospitales y clínicas constituyen uno de los ambientes de trabajo más estresantes. Estos profesionales encaran el estrés en situaciones de vida y muerte; este trabajo pesado implica esfuerzo físico y mental; saber usar muchas piezas de equipo y conocer las consecuencias de las fallas del mismo; responder ante muchos jefes; problemas de comunicación entre los miembros del personal, los médicos, los familiares y los demás departamentos, así como el conocimiento de las graves consecuencia de los errores.

1.2 Modelos

Desde 1950 surgen los primeros modelos de enfermería, y sus desarrollos teóricos son variados. En la actualidad, no se puede negar que la enfermería necesita conocimientos organizados que le permitan desarrollar teorías que sirvan de base del cuidar. Rigor y Ugalde (1997) proponen los modelos más influyentes: El Modelo de Henderson, influenciado por Maslow desde la psicología humanista y Thorndike desde las teorías del aprendizaje, considera que las diversas necesidades motivacionales están ordenadas en una jerarquía, a la vez que sostiene que antes de que se puedan satisfacer necesidades mas complejas y de orden mas elevado, es preciso satisfacer determinadas necesidades primarias. Este modelo se puede conceptuar como una pirámide en la que las necesidades primarias se encuentran ubicadas en la base mientras que las de mayor nivel se ubican en la parte superior. Henderson tiene en cuenta el desarrollo de habilidades para cubrir independientemente las 14 necesidades, para de esta manera poder llegar a la “autorrealización.

En la misma época, según Rigor y Ugalde (1997) surge el Modelo de Peplau, que recibe aportes de Sullivan de la teoría interpersonal y la ya mencionada teoría de Maslow desde la psicología humanista. Realiza una definición de la “enfermera psicodinámica”, teniendo en cuenta los elementos inconscientes que influyen en sus actuaciones, entendiendo a la enfermería como un proceso interrelacional. Además Peplau describe cuatros experiencias “psicobiologicas”: necesidad, frustración, conflicto y ansiedad.

Apoyado principalmente por la teoría de los sistemas y por aportes de Erickson, Gesell, Piaget y Selye; el Modelo de I. King incorporó los conceptos de individuo como sistema abierto, roles y el de la comunicación que se establece entre el individuo y el



entorno. Además utiliza el término de estrés para explicar qué afecta al enfermero en el arte de cuidar.

En tanto, Roy elaboró su modelo basado en las teorías del estrés de Selye y Lazarus. También tiene en cuenta las teorías de interacción social de Erickson y Sullivan, para finalmente terminar apoyándose en la corriente humanista.

Rigor y Ugalde (1997) sostienen que el modelo de Johnson se apoya básicamente en la definición de sistema de Rapoport, en los principios de modificación de la conducta y en el aprendizaje social, teniendo en cuenta el modelado como postulado básico y apoyándose en teorías conductistas para llegar a una concepción de persona.

1.3. Diferencias

Actualmente, si bien existe la preocupación entre estos profesionales por diferenciar su trabajo del trabajo médico, muchas veces, no hay claridad sobre cómo hacer un trabajo de enfermería independiente, ni sobre dónde empiezan y terminan los límites de uno y otro trabajo.

Existen diferencias muy marcadas en relación a la función entre el médico y el enfermero. Scheff (1973) sostiene que “el primero estudia enfermedades, busca la etiología; en tanto el segundo se encarga del estudio del proceso de salud, atendiendo factores causales concurrentes. El enfermero se centra en la persona total, proporciona cuidados para la promoción de la salud, atiende necesidades; mientras que el médico se dirige hacia la enfermedad, pretende la curación. Se les exige que sigan las órdenes de los médicos y sean profesionales, pero no pueden esperar una retribución financiera de acuerdo con su educación y sus responsabilidades”. Se espera que formen parte del equipo de salud, pero no que tomen decisiones ni establezcan políticas. Colliere (1997) sostiene que en el pasado “la función de la enfermera era servir al medico”.

Actualmente, si bien existe la preocupación entre estos profesionales por diferenciar su trabajo del trabajo médico, muchas veces, no hay claridad sobre cómo hacer un trabajo de enfermería independiente, ni sobre dónde empiezan y terminan los límites de uno y otro trabajo. Castrillón (1997) sostiene que aún persisten unas relaciones de subordinación frente a la profesión médica, una escasa autonomía técnica y una falta de definición de la enfermería como una disciplina con funciones independientes.



1.4. Relación con el paciente

Es importante tener en cuenta que la enfermería es una profesión relacional basada en el cuidado de los individuos, y la psicología ha ido aportando diferentes conocimientos que le han permitido entender al individuo, teniendo en cuenta sus características cognitivas, emocionales, conductuales y evolutivas.

Puede decirse que la relación que establece el enfermero con los pacientes o sus familias es terapéutica. El Comité de Expertos en Enfermería Psiquiátrica señala en su informe de 1955 (OMS) que el enfermero es una persona “cuyo objetivo principal consiste en estar directamente en contacto con los pacientes durante varias horas para darles asistencia de enfermería”.

Las interacciones se producen de forma constante, ya que el enfermero la mayor parte de su tiempo profesional lo comparte con sus pacientes, estableciéndose así una relación centrada en aspectos de la vida cotidiana. “El aspecto interpersonal adquiere una importancia primordial y constituye la parte central de su labor; las relaciones interpersonales se producen durante todas las fases de la vida del paciente en el hospital” (Comité de Expertos en Enfermería, 1955).

La relación que se establece con los pacientes con fines terapéuticos se la conoce como relación de ayuda o terapéutica.

Rigor (1992), citando a Peplau, describe tres tipos de relación que se producen entre el enfermero y el paciente:

1. Interdependiente o de participación
2. Independiente o de aislamiento
3. Dependiente o de incapacidad

La relación terapéutica con el paciente supone una experiencia de participación mutua, y es ahí, donde el enfermero debe utilizar sus características personales y técnicas para conseguir que el paciente sea capaz de realizar cambios de conductas más allá de sus posibles limitaciones.



1.5. Dificultades

A los problemas propios de la enfermería se suman otras situaciones que no sólo influyen en el desarrollo de las enfermeras(os) y médicos, sino también, en su salud como son, la falta de oportunidades, los problemas surgidos de la nueva reglamentación de la salud, y de la situación socioeconómica del país. En relación a la falta de oportunidades, estos profesionales tienen pocas oportunidades de ascenso, no obtienen a partir de los postgrados, la posibilidad de mejorar las condiciones de trabajo ni de ascender.

Las instituciones tienen una razón de ser: aclararla es el propósito más prioritario de la planeación. La mayor parte de los servicios de enfermería posee la misión de proporcionar cuidados de calidad a los pacientes. En algunos, también, se fomenta la enseñanza e investigación. Así, cada área de las diversas especialidades colabora con el propósito final de la organización mediante sus propios fines.

Los enfermeros, sin considerar su especialidad o lugar de trabajo, tienen muchas responsabilidades, entre ellas tratar a los pacientes, ofrecer consuelo y apoyo emocional a la familia del paciente y educar al paciente con respecto a la situación médica en particular. Los enfermeros ayudan a los doctores a realizar exámenes, diagnósticos y estudiar los resultados. Ellos también ayudan a manipular equipo médico, suministrarle a los pacientes los medicamentos y ayudarles en el proceso de rehabilitación.

Si nos remontamos a la historia de la Enfermería como profesión, veremos que en principio, las “enfermeras” se ocupaban, exclusivamente, del cuidado de personas enfermas. Con el transcurso de los años, fueron generándose escuelas de enfermería caracterizadas por brindar formación tendiente a capacitar teórica y prácticamente a las enfermeras con un perfil asistencialista, o sea, asistiendo “enfermos”.

Por lo tanto, la función primaria del servicio de enfermería ha de ser la de proporcionar cuidados de salud a los pacientes: así, todo el personal de este departamento, incluso el administrativo, tiene el deber de salvaguardar la práctica clínica y la excelencia de ésta.



Capítulo 2.

Estres

2.1 Antecedentes

La primera y segunda guerra mundial tuvieron un gran efecto sobre las investigaciones del estrés, los militares querían saber el efecto del estrés sobre los soldados en combate. La guerra de Corea y la de Vietnam también contribuyeron a un mayor interés por el estudio y consecuencias del estrés, con la finalidad de seleccionar al personal con mayor rendimiento bajo condiciones de estrés y poder detectar a los mas vulnerables. Por aquel entonces se decía “que el estrés o la ansiedad deterioraban el rendimiento”. Pero fue recién en la década del 60 que se comenzó a aceptar al estrés como un aspecto inevitable del comportamiento humano, estableciendo que su afrontamiento determina diferencias en lo que respecta a la adaptación, desplazando el interés del estrés en el afrontamiento.

Lazarus (1984) sostiene que cinco hechos relativamente recientes ha estimulado el interés por el estrés y su afrontamiento: la preocupación por las diferencias individuales, el resurgimiento del interés en materia psicosomática, el desarrollo de una terapia conductual dirigida al tratamiento y prevención de la enfermedad y de los estilos de vida con elevado riesgo para la salud, el crecimiento de una perspectiva experimental del curso de la vida y una preocupación cada vez mayor por el papel del entorno en los problemas del hombre .

El concepto de estrés sigue siendo discutido en la actualidad y diferentes disciplinas se han encargado de su estudio, como lo es la biología, la sociología, la psicología, llegando a ser un campo que se habría apropiado de varios conceptos, en los que se incluyen la ansiedad, los conflictos, la frustración, traumas, conflictos emocionales.

Existen diferentes enfoques en torno al concepto de estrés: los enfoques fisiológicos y bioquímicos consideran el estrés en términos de respuestas, mientras que las orientaciones psicológicas y psicosociales, ponen mayor énfasis en la situación estimular, por lo tanto, tienden a asumir el estrés como un fenómeno externo, focalizado en el estímulo.

Nos encontramos, así ante dos perspectivas: las que enfatizan en el componente externo (estresor) y las que enfatizan el componente de la respuesta fisiológica. Luego se



agregó una tercera: en la que los factores psicológicos o subjetivos (cognitivos), median entre los agentes estresantes y las respuestas psicológicas del estrés. Se delimitan por lo tanto tres orientaciones de diferentes autores:

- Estrés focalizado en la respuesta de Selye (1956)
- Estrés focalizado en el estímulo de Holmes y Rahe (1967)
- Estrés focalizado en la interacción de Lázarus (1966)

2.2 Teorías basadas en la respuesta

La teoría del estrés propuesta por Selye, entiende el estrés como una respuesta no específica del organismo. Este autor ha definido el estrés como: *“el estado que se manifiesta por un síndrome específico, consistente en todos los cambios inespecíficos inducidos dentro de un sistema biológico. Así, el estrés tiene su forma y composición características, pero ninguna causa particular”*.

Esta respuesta es una “respuesta estereotipada”, que implica una activación del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal (con activación de cortisona) y del sistema nervioso autónomo. Si tal activación persiste produce un “Síndrome de Estrés”.

El estrés, según Selye (1974), no es algo que por sí mismo deba ser evitado; puede estar asociado tanto a experiencias o estímulos desagradables como agradables. Cuando se afirma que un individuo sufre de estrés significa que éste es excesivo, es decir, implica un sobreesfuerzo del organismo al sobreponerse al nivel de resistencia de éste.

En sus trabajos más recientes este autor redefine al estrés enfatizando que se trata de respuestas inespecíficas del organismo a las demandas hechas sobre él. Según esta teoría, cualquier estímulo puede ser estresor siempre que provoque en el organismo la respuesta inespecífica de necesidad de reajuste o estrés.

La teoría de Selye tiene la ventaja de ofrecer una definición operativa del estrés basada en la acción de dos tipos de fenómenos objetivables:

- El estresor: es cualquier demanda que evoca el patrón de respuesta de estrés. En sus últimas publicaciones insiste en que un estresor puede ser un estímulo físico, psicológico, cognitivo o emocional.



- La respuesta inespecífica del organismo frente a los estresores, es la consideración de la respuesta del estrés mantenida en el tiempo, denominada por el investigador como Síndrome General de Adaptación (SGA), conformado por tres fases:

1. REACCIÓN DE ALARMA: El cuerpo se prepara para la acción inmediata, se da una respuesta inicial del organismo cuando es expuesto repentinamente a diversos estímulos a los que no está adaptado.

2. FASE DE RESISTENCIA: La mayoría de los cambios morfológicos y bioquímicos presentes durante la primera etapa desaparecen y en algunos casos se invierten. Se produce la adaptación del organismo al estresor junto con la consecuente mejora y desaparición de los síntomas, pero el cuerpo continúa produciendo recursos a una tasa superior a lo normal para afrontar de manera efectiva al estresor.

3. FASE DE AGOTAMIENTO: si la capacidad de adaptación del organismo es superada por el estresor, se presenta esta fase, que supone lesiones a nivel de los órganos y alteración del sistema inmunológico, hechos que predisponen al organismo a la muerte o a padecer lesiones irreversibles. La capacidad de resistencia se ve consumida, y por lo tanto, aumenta la susceptibilidad a la enfermedad.

2.3 Teorías basadas en el estímulo

Las definiciones basadas en el estímulo interpretan y entienden al estrés en términos de características asociadas a los estímulos del ambiente, interpretando que éstos pueden perturbar o alterar el funcionamiento del organismo. Tomaría el lugar de una variable independiente.

Es la orientación que más se acerca a la idea popular del estrés. El grupo de T. H. Holmes es uno de los principales responsables de su desarrollo, al menos en la fase inicial de esta orientación del estrés.

Los modelos del estrés basados en el estímulo han tenido gran influencia en psicopatología durante las dos últimas décadas. Esta perspectiva es conocida como Enfoque psicosocial del estrés o Enfoque de los sucesos vitales.



Diversos autores sostienen que la capacidad de adaptación de una persona y sus posibilidades de ajuste dependerá de lo vivido por la persona, de su constitución genética, de su personalidad y de su perfil psicológico.

Habría dos tipos diferenciados de demandas psicosociales o estrés psicosocial:

1. Centrado en los sucesos vitales, o sucesos vitales mayores: Los sucesos vitales son definidos como experiencias objetivas que alteran o amenazan con alterar las actividades usuales del individuo, causando un reajuste sustancial en la conducta de dicho individuo.

2. Sucesos menores (estrés diario): Lázarus y colaboradores (1986) han llamado la atención sobre otros tipos de sucesos de menor impacto o menos salientes, pero mucho más frecuentes (ocurrencia diaria o casi diaria) y más próximos temporalmente al individuo. Se trata de sucesos diarios, que por tanto ocurren con cierta cotidianeidad, como las pequeñas disputas familiares, problemas económicos, largas colas de espera, etc.

2.4 Teorías basadas en la interacción

Este enfoque en cierto modo integra los puntos de vista centrados en la respuesta y en el estímulo. Postula el estrés como un proceso interactivo o transaccional entre la persona y la situación. Esta perspectiva fue originalmente formulada por R. Lázarus y constituye el enfoque teórico del estrés más aceptado por los científicos actuales.

Lázarus y Folkman (1986) definen el estrés como: *“El conjunto de relaciones particulares entre el individuo y su entorno evaluado por él como abrumador, excediendo sus propios recursos y dañando su bienestar personal.”*

En esta definición Lazarus (1986) asume que el estrés está determinado por la apreciación y evaluación cognitiva que hace la persona de la relación entre las exigencias externas, sus demandas personales y su capacidad para manejar o alterar esas demandas en beneficio de su bienestar.

Estos autores introducen el termino “Evaluación Cognitiva”, que es un proceso universal mediante el cual las personas valoran constantemente la significación de lo que está ocurriendo, relacionado con su bienestar personal. Enfatizan que no es la situación, demanda o estresor por sí mismo los responsables de la reacción de estrés. La evaluación



cognitiva sí es el factor determinante de que una situación potencialmente estresante llegue o no a producir estrés en el sujeto. Esto supone, enfatizar la importancia de la persona como activa que interactúa con su medio, al procesar información y valorar las demandas de la situación y sus propios recursos para afrontarla.

El modelo psicológico del estrés de mayor precisión se debe a los trabajos de Lázarus (1984) realizados en la Universidad de California, Berkeley. Sus contribuciones han permitido establecer que se trata de un proceso cuyo impacto de la situación estresante dependerá de cuán intensa y significativas resulte ésta para la persona.

En relación a este punto, Lázarus y Folkman confirman que el estrés está determinado por la apreciación y evaluación cognitiva que hace la persona de la relación entre las exigencias exteriores, sus demandas personales y su capacidad para manejar, mitigar o alterar esas demandas en beneficio de su bienestar.

Erica Goode (2002) en su artículo *Como daña el estrés al cuerpo y la mente*, destaca que estudios mas actuales, como el del investigador Mc Ewen de la Universidad de Stanford (California) ha llegado a concluir que: “no es el estrés en si mismo, sino, los problemas asociados por una compleja interacción entre las demandas del mundo exterior y la capacidad del organismo para enfrentar amenazas potenciales.

Por otra parte, y a modo de cierre del capítulo, Elliot y Eisdorfer (1982) afirman que “después de treinta y cinco años, nadie ha sido capaz de formular una definición de estrés que satisfaga a todos los investigadores del tema”. Por otro lado, Ader en un discurso en la American Psychosomatic Society sostuvo en 1980: “la palabra ha acabado por utilizarse como una explicación dada a estados psicofisiológicos alterados [...] la etiqueta exclusiva “estrés” contribuye poco al análisis de los mecanismos que pueden subyacer a o determinar la respuesta del organismo [...] tal etiquetamiento puede impedir actualmente los avances conceptuales y empíricos.”



Capítulo 3.

Síndrome de Burnout

3.1 Antecedentes Síndrome de Burnout

En este capítulo analizaré dónde y cómo, a costa de qué o quienes enferman las personas, tomando como punto de partida y análisis el concepto de “Burnout”, fenómeno muy presente en nuestros días.

Un artículo publicado por el diario Los Andes(2004) señala que “en Mendoza, 342.000 personas (según el Indec) llegan cada mañana a sus trabajos. Sin embargo muchas de ellas tienen una resistencia interna a realizar sus tareas habituales, están desmotivadas, agotadas o, sencillamente, irritadas”. El síndrome de burnout o “estar quemado” fue descrito en 1974 por Freudenberg, para describir el estado físico y mental que observó entre jóvenes voluntarios que trabajaban en una clínica de desintoxicación. Advirtió que la mayoría de los voluntarios sufría una pérdida de energía, síntomas de ansiedad y de depresión, desmotivación en el trabajo y agresividad con los pacientes, define el Síndrome como "un conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales inespecíficos, que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía". Pero fue Cristina Maslach en 1976 quien popularizó el término. Maslach y Jackson (1981) hicieron los primeros estudios de caracterización de este "síndrome estudiando las respuestas emocionales de los profesionales del arte de ayudar. Desde entonces el término Burnout se utiliza para referirse al desgaste profesional que sufren los trabajadores de los servicios humanos (educación, salud, administración pública, etc.). Estos profesionales desarrollaban en un periodo de tiempo más o menos variable el llamado “Síndrome de Burnout” (SB). A este síndrome también se lo denomina “síndrome de estar quemado”, “síndrome de quemarse por el trabajo”, “síndrome de la quemazón”, “síndrome del estrés laboral asistencial”, “síndrome del desgaste profesional”. Ramos (1999) afirma que cuando se dice que el profesional está quemado se indica que la situación (familiar, social o laboral) le ha sobrepasado y ha quedado reducida su capacidad de adaptación.

Pines y Arosón (1988) lo consideran como un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse



atrapado, baja autoestima, falta de entusiasmo por el trabajo y la vida en general. Por su parte Burke (1987) entiende que el síndrome de burnout es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral. Este proceso se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento.

Brill (1984) lo define como: “es un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo, si no es por una intervención externa o por un reajuste laboral, y que está en relación con las expectativas previas”. En tanto, Peiró,(1988) lo considera como un estado de agotamiento físico, mental y emocional causado por un largo período involucrado en situaciones emocionales de demanda. En años posteriores, Pines y Aronson (1992) definieron el Burnout como “un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar inmersos durante tiempo prolongado en situaciones que son emocionalmente exigentes”.

Como se puede observar no existe una definición unánimemente aceptada del Síndrome de burnout, pero hay consenso en considerar que éste síndrome aparece en el individuo como una respuesta al estrés laboral crónico, debido al contacto mantenido diariamente con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo. Una sola perspectiva no puede ofrecer una explicación completa sobre la etiología del síndrome, por lo que es necesario integrar las diversas variables. De todas formas, en el presente trabajo se adopta la definición establecida por Maslach y Jackson (1986) como la más apropiada en la actualidad. Estas autoras definen el “burnout” como:

“Un síndrome que se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir en aquellos individuos que trabajan con personas”.

Continuación se describen los tres componentes definitorios del síndrome de burnout que provienen de los trabajos de Maslach y Jackson.:

1. Agotamiento emocional: se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales, desgaste y agotamiento. El sujeto trata de aislarse desarrollando una actitud impersonal hacia los “clientes” y los miembros de su equipo en el que está



integrado, mostrándose cínico, distanciado o bien tratando de hacer culpable a los demás de sus frustraciones, produciéndose un descenso de su compromiso laboral.

2. Despersonalización o deshumanización: consistente en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia quien recibe los servicios, provocando un distanciamiento de los problemas, casi apático. Estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, que en muchos casos lleva a considerar que esas personas son merecedoras de sus problemas. El desarrollo de la despersonalización aparece relacionado con la experiencia del agotamiento emocional
3. Falta de realización personal: hay unas tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismos e insatisfechos con sus resultados laborales.

3.2 Síntomas

El síndrome de Burnout, tiene consecuencias negativas tanto para el individuo como para la organización. Con respecto al individuo, tiene consecuencias sobre su salud, provocando enfermedades y psicopatologías. Las principales consecuencias sobre su salud son los trastornos psicosomáticos o psicofisiológicos. Existen varios listados sobre los principales trastornos psicosomáticos, así se presentan los trastornos asociados al estrés con los sistemas que presentan disfunciones: sistema gastrointestinal, sistema respiratorio, sistema músculo-esquelético, piel, sistema inmune, sistema cardiovascular y sistema urogenital. Igualmente, se incluyen una gran variedad de trastornos psicopatológicos (trastornos afectivos, trastornos por ansiedad, etc.). Posiblemente dentro del gran número de patologías asociadas al estrés laboral, el grupo de enfermedades cardiovasculares pueden representar el subgrupo más importante, ya que no hace más que incidir en la significativa y relevante relación existente entre estrés y salud.

El síndrome sería un proceso continuo, que va surgiendo de forma paulatina y en el que se asocian una serie de síntomas que se expresan en tres grupos (Maslach 1977, 1982), estos son:



- a) Síntomas cognitivos-afectivos: distanciamiento afectivo, irritabilidad, recelos, incapacidad para concentrarse, baja autoestima, pesimismo, indecisión, inatención, sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, pobre realización personal. Es frecuente apreciar nerviosismo, y una baja tolerancia a la frustración, con comportamiento paranoides y/o agresivos hacia los pacientes, compañeros y la propia familia.
- b) Síntomas físicos: fatiga crónica, cefaleas, insomnio, trastornos gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares.
- c) Síntomas conductuales: absentismo laboral, conductas violentas, comportamiento de alto riesgo. Predominio de conductas adictivas y evitativas, consumo aumentado de café, alcohol, fármacos y drogas ilegales, bajo rendimiento personal, distanciamiento afectivo de los enfermos y compañeros y frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo y dentro de la propia familia.

En el ambiente laboral los signos de aparición de desgaste profesional son (Pines y Maslach, 1978):

- a) Falta de energía y entusiasmo.
- b) Descenso del interés por los usuarios.
- c) Alto ausentismo y deseos de dejar el trabajo por otra ocupación.
- d) Percepción de falta de satisfacción en el trabajo: debido a la sobrecarga y sus tipos, condiciones de trabajo inadecuadas y diversas quejas, que se traducen en una reducción de la eficacia y calidad del desarrollo personal.

Como se observa, el burnout tiene consecuencias negativas, como la insatisfacción laboral y dificultad para establecer sistemas de motivación en el trabajo. Otra consecuencia, el deterioro en la calidad del desempeño laboral, el cada vez más bajo interés por las cuestiones laborales con un tedio en aumento y la tendencia al incremento de conflictos laborales, con dificultades entre los compañeros de trabajo y con los supervisores, así como el aumento cada vez más importante de los accidentes laborales



Cuadro N° 1: *Resumen del síndrome de burnout*

Dimensiones

Cansancio físico y psíquico. Agotamiento, desgaste profesional.
Despersonalización (cinismo, robotización).
Falta de realización personal en el trabajo (baja eficacia profesional).

Consecuencias

Desmotivación.
Negativismo.
Pasividad.
Indiferencia.
Muchos errores, indecisión.
Consumo abusivo de alcohol, fármacos y drogas.
Ausentismo.
Accidentes.
Descenso del rendimiento.
Baja productividad.
Insatisfacción laboral.
Trabajo de poca productividad.



3.3 Desencadenantes

3.3.1. Ambiente físico de trabajo

- Nivel de ruido y sus características de intensidad, control, predictibilidad y frecuencia.
- Iluminación.
- Temperatura y condiciones climáticas.
- Condiciones higiénicas y toxicidad.
- Demandas estresantes del puesto: trabajo nocturno, turnos rotativos, exposición a riesgos y peligros, etc. La sobrecarga laboral percibida es un importante desencadenante del síndrome, por lo que supone el incremento de los sentimientos de agotamiento emocional.

3.3.2. Desempeño de roles y relaciones interpersonales.

Un rol puede ser definido como el conjunto de expectativas y demandas sobre las conductas que se esperan de la persona que ocupa una determinada posición. El denominado estrés de rol está integrado básicamente por dos disfunciones de rol:

- Ambigüedad de rol: grado de incertidumbre que el sujeto que desempeña un rol tiene respecto al mismo. Puede estar producida por un déficit de información que impide un desarrollo adecuado al rol.
- Conflicto de rol: ocurre cuando no se pueden satisfacer simultáneamente expectativas de rol contradictorias. No es un conflicto interpersonal, sino un conflicto entre expectativas.

3.3.3. Aspectos relacionados con las nuevas tecnologías

La tecnología puede facilitar o dificultar el desempeño y conllevan un cambio en habilidades requeridas, ritmo de trabajo, grado de participación y autonomía, la implicación de los individuos en el proceso de toma de decisiones, el sistema de supervisión ejercida, etc.

3.3.4. Fuentes extra-organizacionales del estrés laboral: relaciones trabajo/familia



El ámbito familiar es el que, en términos generales, ocupa el lugar central para las personas en términos de importancia, aunque se dedique con frecuencia mayor tiempo y energías al ámbito laboral. Peiró (1992) sostiene que en general, se ha explorado cómo determinados factores del trabajo inciden sobre la calidad o satisfacción marital y cómo determinados resultados familiares influyen sobre el compromiso con el trabajo, la satisfacción o el estrés laboral.

En las profesiones de servicios inciden especialmente los estresores laborales, estos estresores están vinculados a qué hace el sujeto (tipo de puesto de trabajo, categoría, tareas y funciones del puesto, responsabilidades), a cómo, cuándo, dónde y para quién lo hace. (Ramos, 1999).

3.4 Agentes causales

3.4.1. *Sexo*

Es una variable controvertida, a pesar de ello, las mujeres puntúan significativamente de forma elevada cansancio emocional y baja realización personal. Los varones, en cambio, lo hacen en despersonalización y muestran actitudes más negativas hacia los clientes que las mujeres (Maslach, y Jackson, 1985; Burke y Greenglas, 1989). Otros estudios muestran que las mujeres parecen ser el grupo más vulnerable. Se cree que es por la mayor carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea en el hogar.

3.4.2. *Edad*

Aunque parecería no influir, algunos autores consideran que hay un periodo de sensibilización, periodo en el cual el profesional se encuentra más vulnerable. Los primeros años en la carrera profesional serían los implicados, ya que es el momento en que se produce el paso de las expectativas idealizadas hacia la práctica diaria.

3.4.3. *Estado civil*

No hay un acuerdo unánime, aunque algunos estudios muestran que los casados experimentan menos burnout que los solteros, viudos y divorciados, así las los sujetos que no tienen una pareja estable serian mas propensos a padecer el síntoma. Esto podría deberse



a que el matrimonio o la pareja estable es capaz de anular la tendencia hacia la implicación excesiva en el trabajo y el burnout. Leiter (1988) ha planteado que la vida en familia puede hacer más expertos a los sujetos en el tacto con los demás y sus problemas. Se ha encontrado que los sujetos con hijos y que tienen más edad, son más maduros, tienen un estilo de vida más estable y una perspectiva laboral diferente, y los que no tienen usan más el trabajo como fuente de vida social, (Gil-Monte y Peiró, 1997).

3.4.4. *Antigüedad profesional*

Surgen dos periodos en los que se tiene menos asociación al burnout: el periodo de inmediato a la graduación (menos a dos años de carrera) se da porque el burnout no es un suceso, sino un fenómeno crónico, y el profesional recién recibido se encuentra lleno de energía y motivación. Otro es el periodo luego de transcurridos diez años de experiencia profesional, se debe a la “selección natural”, los profesionales que mayor burnout presentan acabarán por cambiar el lugar de trabajo o de tarea. Los profesionales con más antigüedad, los “sobrevivientes”, serían por lo tanto, los que menos burnout presentan, los que se adaptaron.

3.4.5. *Personalidad*

Varias son las características de personalidad que se asocian con la presencia de estrés, tales como neuroticismo, elevada ansiedad, narcisismo y perfeccionismo, idealismo elevado. Este tipo de personalidad se caracteriza por un sentido crónico de la urgencia del tiempo y por un impulso de excesiva competencia. Peiró (1997) sostiene que personas sensibles, humanas, empáticas, idealistas, obsesivas entusiastas, altruistas y susceptibles de identificarse mucho con los demás, son más proclives a desarrollar el síndrome. Algunos estudios señalan que se puede manifestar más frecuentemente en las personas que adoptan estrategias de manejo del estrés consistente en buscar activamente el aislamiento que en las que utilizan estrategias sociales, como hablar con los compañeros de los problemas de trabajo o solicitar consejo.

Los rasgos de personalidad que moderan el efecto del estrés son: un alto nivel de compromiso, tener un locus de control interno y un gran sentido del desafío y/o reto. Kobasa (1979) llamó a este particular estilo de personalidad resistente. Ramos y Buendía



(2001) sostienen que a partir de entonces, se ha sugerido que ha la hora de hacer una selección de estudiante de enfermería o medicina se tenga muy en cuenta la personalidad resistente como un factor importante. Por tanto, la manifestación del síndrome dependería de cada individuo particular (con sus características de personalidad, de formación) y de factores relacionados con las peculiaridades de su profesión, así como las condiciones laborales en las que ésta se realiza.

3.4.6. *Estructura y supervisión*

La ausencia de una estructura clara en la organización puede crear una alta ambigüedad de rol y favorecer la aparición de Burnout, pero una estructura demasiado rígida puede conducir a una baja autonomía, que a su vez puede determinar un alto nivel de Burnout. La relación del supervisor con los subordinados puede considerarse otro factor importante.

3.4.7. *Relación con los pacientes*

Cuanto más tiempo y más intensas sean las relaciones interpersonales, mayor es el riesgo de agotamiento emocional y de Burnout. El contacto intenso, continuo con individuos que tienen problemas y enfermedades demanda un gran gasto de energía emocional. El grado y la cantidad de relación con los pacientes es otro factor importante a tener en cuenta.

3.4.8. *Salario*

No ha sido un factor muy estudiado, aunque si debería ser mas tenido en cuenta en las próximas investigaciones, para poder determinar su relación con el burnout, ya que las investigaciones actuales no son claras respecto al tema.

3.5 El burnout en los enfermeros

La profesión de enfermería es una ocupación que, por sus singulares características (escasez de personal que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, relación con pacientes y familiares problemáticos, contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte, falta de reconocimiento profesional, falta de autonomía y autoridad en el trabajo



para poder tomar decisiones, etc.), genera estrés laboral crónico, y es una de las ocupaciones donde mayor incidencia tiene el síndrome de quemarse por el trabajo. Es importante comprender qué le sucede a la enfermera, por qué presenta cierta actitud o comportamiento, cómo experimenta el estrés, las expectativas y las exigencias tan altas de sus pacientes

En el ambiente hospitalario, la salud mental requiere una especial atención, debido principalmente a que existen diferentes factores que limitan el desarrollo personal y del trabajo de los empleados, entre ellos: los horarios de trabajo, la presión del tiempo, atención a individuos enfermos que en ocasiones enfrentan crisis, tratar con la muerte y el sufrimiento, las crecientes demandas de las personas que no quedan satisfechas con los servicios recibidos, los pacientes problemáticos, la administración y el conflicto casa/trabajo, lo cual genera una deficiente calidad de la atención hacia el enfermo y en el trabajador de la salud puede producirse un estado de agotamiento por estrés: Síndrome del Burnout.

La tarea a desempeñar, la naturaleza ya de por sí estresante de ciertas enfermedades (SIDA, grandes quemados, cáncer, etc.), los frecuentes problemas de comunicación y la necesidad de tratar con los familiares constituyen la base primaria del agotamiento emocional al que puede llegar la enfermera. A pesar de su interés y entrega por mejorar la vida de aquellos con quienes se relaciona (los pacientes), con frecuencia ve el fracaso y la miseria en el entrenamiento cotidiano con el sufrimiento, la pobreza, la crueldad, el peligro, el dolor, la muerte, lo mismo que la preocupación por el aumento de demandas legales por mala praxis. Todo lo anterior es fuente de estrés, y muchos profesionales en salud terminan por crear una barrera, una especie de anestesia contra las penas de los demás. El contacto con la enfermedad y la muerte afecta al personal sanitario que reacciona como puede, a veces desarrollando defensas cónicas. Algunos se desmotivan, en esos casos manifiestan una falta de interés creciente para con el enfermo y acaban cediendo a la negligencia e incluso a la violencia. Entonces es cuando se ponen de manifiesto las dificultades propias del trabajo y es cuando puede llegar a estigmatizarse a una persona. Vemos como afloran palabras fuera de tono, gestos de desprecio, marginación del grupo, etc.

Es por todo esto, que las enfermeras se encuentran en riesgo de experimentar el síndrome de burnout o agotamiento, debido a que su labor de prestar ayuda se lleva a cabo



en un medio estresante, demandante y que involucra situaciones difíciles, como son la enfermedad, el sufrimiento e incluso la muerte. Sin embargo, pocas veces se les brinda el apoyo y la atención necesaria a estos profesionales.



Capítulo 4.

Habilidades sociales.

4.1. Concepto de habilidad social

Las habilidades sociales son parte de la formación del individuo desde su nacimiento hasta su muerte, se forman desde el hogar e influye la escuela y la sociedad toda. Hay diferentes tipos de habilidades sociales, éstas son herramientas que nos sirven en la vida cotidiana para relacionarnos con los demás. Según Caballo, la habilidad social debe considerarse dentro de un marco cultural particular, y los patrones de comunicación varían entre culturas y dentro de una misma cultura, y se espera que la conducta socialmente habilidosa produzca un reforzamiento positivo.

Expondremos a continuación las distintas definiciones de lo que se ha definido por “conducta socialmente habilidosa”:

- “Conducta interpersonal que implica la honesta y relativamente directa expresión de sentimientos” (Rimm, 1974)
- “La capacidad compleja de emitir conductas que son reforzadas positiva o negativamente, y de no emitir conductas que son castigadas por los demás” (Libet y Lewinsohn, 1973)
- “Expresión adecuada, dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no sea la ansiedad” (Wolpe, 1977)
- “Grado en que una persona se puede comunicar con los demás de manera que satisfaga los propios derechos, necesidades, placeres u obligaciones sin dañar ni perjudicar a terceros” (Phillips, 1978)
- “Conjunto de conductas sociales dirigidas hacia un objetivo, interrelacionadas, que pueden aprenderse y que están bajo el control del individuo”. (Hargie y Dickson, 1981).

Como se puede apreciar, hasta el momento se han dado gran cantidad de definiciones sin un acuerdo consensuado sobre lo que es una conducta socialmente habilidosa. A continuación se propone la definición de Caballo (1986):



“La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas:”

De una forma sencilla, podríamos decir que el término “habilidades” hace referencia a un conjunto de capacidades de actuación aprendidas y el término “sociales” las enmarca en un contexto interpersonal. Por otro lado, estas conductas son aprendidas, no son innatas y varían a lo largo del tiempo. No nacemos sabiendo ponernos una camisa, ni andar en bicicleta. Todas estas conductas que nosotros realizamos inconscientemente, están compuestas por multitud de pequeños pasos, cada uno de los cuales requiere de unas capacidades específicas. La conducta social adecuada es parcialmente dependiente del contexto cambiante y debe considerarse dentro de un marco cultural determinado.

Una concepción adecuada de la conducta habilidosa implica la definición de tres componentes de la habilidad social:

1. dimensión conductual (tipo de habilidad)
2. dimensión personal (variables cognitivas)
3. dimensión situacional (contexto ambiental)

La habilidad social es “una característica de la conducta, no de las personas, específica a la situación y dentro del contexto cultural del individuo, basada en la capacidad de elegir libremente, sin dañar.”

Según Van Hasselt y cols. (1979) son tres los elementos básicos de las habilidades sociales:

1. Son específicas a las situaciones
2. La efectividad se juzga según conductas verbales y no verbales. Las respuestas se aprenden.
3. El papel de la otra persona es importante y la eficacia interpersonal supone la capacidad de comportarse sin causar daño a los demás.

4.2. Elementos componentes de la habilidad social



4.2.1. Los componentes conductuales

4.2.1.1. *La mirada*

Definida como “el mirar a otra persona en o entre ojos, mas generalmente en la mitad de la cara. La mirada mutua implica que se ha hecho contacto ocular con la otra persona” (Cook, 1976, p77). Indica que estamos atendiendo a los demás y se emplea en la percepción de las señales no verbales de los demás. Es utilizada para abrir y cerrar los canales de comunicación, además de la regulación y manejo del turno de la palabra.

Por lo tanto, según Caballo, la función de la mirada es sincronizar, acompañar o comentar la palabra hablada. Por lo general, si la persona que escucha mira mas produce más respuesta por parte del que habla y si el que habla mira mas se ve como más persuasivo y seguro.

Morris (1977) afirma que “la cantidad y el tipo de mirada comunican actitudes interpersonales; una intensa mirada fija indica sentimientos activos de una manera amistosa, hostil o temerosa, mientras que el desviar la mirada va unido a la timidez, superioridad ocasional o sumisión”.

En general se mira más cuando (Knapp, 1982):

- Se esta interesado en las relaciones del interlocutor, hay implicación personal.
- Se discuten temas triviales.
- Se esta físicamente lejos del compañero.
- Se tiene interés en el compañero, nos gusta o lo queremos.
- Se posee un estatus superior al compañero.
- Se es extravertido.
- Se es mujer.

En cambio, se mira menos cuando (Knapp, 1982):

- Se esta físicamente cerca.
- Se discuten temas difíciles, cuestiones intimas.
- No se tiene interés en el compañero, no nos cae simpático.
- Se es introvertido.
- Se padecen trastornos mentales como autismo, esquizofrenia o depresión,
- Se esta confundido, avergonzado, triste, ansioso y se trata de ocultar algo.



4.2.1.2. *La dilatación pupilar*

Los cambios emocionales afectan el tamaño de las pupilas, se dilatan o se contraen según el estado emocional. La dilatación pupilar se produce cuando hay un aumento de estímulos novedosos, cuando existe un estado de alerta superior al normal y cuando hay un aumento de la ansiedad. En tanto la contracción de las pupilas se produce cuando hay un estado de relajación y conforme aumenta la intensidad de la luz. Caballo (1993) sostiene que estos cambios se producen sin que nos demos cuenta de ello y al estar fuera de nuestro control constituyen una valiosa clave de nuestros sentimientos.

4.2.1.3 *La expresión facial*

La cara sería el principal sistema de señales para mostrar emociones, además de ser el área más compleja de la comunicación no verbal. Según Argyle (1969) la expresión facial juega varios papeles en la interacción social humana:

- Muestra el estado emocional.
- Proporciona una retroalimentación continua sobre si se comprende, se está sorprendido, de acuerdo, etc.
- Indica actitudes hacia los demás.

Las seis emociones son: alegría, sorpresa, tristeza, miedo, ira y asco/desprecio. En tanto las tres áreas de la cara responsables de su manifestación son la frente/cejas, ojos/párpados y la parte inferior de la cara (Ekman y Friesen, 1975).

Estas expresiones faciales son universales e innatas. Pueden ser de muy corta duración, pero muy significativas en su expresión.

4.2.1.4. *La sonrisa*

Es la emoción más utilizada para ocultar otra, como una máscara. Actúa como lo contrario de todas las otras emociones negativas: temor, ira, disgusto, etc., además forma parte de los saludos convencionales que suelen requerir la mayoría de los intercambios sociales. Otra razón por la cual la sonrisa es utilizada como una máscara es por que es la expresión facial más fácilmente reproducible a voluntad (Ekman, 1991). Este autor habla de distintos tipos de sonrisa que serán nombradas a continuación.



- Sonrisa autentica
- Sonrisa amortiguada
- Sonrisa triste.
- Sonrisa conquistadora
- Sonrisa falsa
- Etc.

De todas formas, según Caballo, el tema de las sonrisas ha sido poco estudiado en el campo de la comunicación no verbal como en el de las habilidades sociales, y sostiene que no hay datos concluyentes que puedan ser utilizados con seguridad.

4.2.1.5. *La postura corporal*

Hay tres principales posturas humanas (Caballo, 1993):

1. de pie
2. sentado, agachado o arrodillado
3. echado

Cada una de estas puede ser subdividida según la manera en que se llevan a cabo. Davis señala que siempre que dos personas comparten un mismo punto de vista, suelen compartir también la misma postura, este fenómeno es denominado “posturas congruentes”; en tanto cuando van a cambiar de opinión es probable que se acomode su postura; las posturas “no congruentes” suelen utilizarse para establecer distancias psicológicas.

La posición del cuerpo y los miembros, la forma como se sienta la persona, como esta de pie y como pasea, refleja sus actitudes y sentimientos sobre si misma y su relación con los otros (Mehrabian, 1972). Este mismo autor señala que hay cuatro categorías posturales:

1. acercamiento: postura atenta, comunicada por una inclinación hacia adelante.
2. retirada: postura negativa, de rechazo, echándose hacia atrás o volviéndose hacia otro lado.
3. expansión: postura orgullosa, arrogante; comunicada por la expansión del pecho, cabeza erecta y hombros elevados.
4. contracción: postura depresiva, abatida, cabeza agachada y hombros que cuelgan.



La relajación de la postura sirve para comunicar actitudes, por ejemplo la dominancia; mientras que una postura tensa puede comunicar sumisión, ansiedad o un elevado grado de una emoción.

4.2.1.6. *Los gestos*

Definidos como cualquier acción que envía un estímulo visual a un observador. Para que sea un gesto, un acto tiene que ser visto por algún otro y tiene que comunicar alguna información. Son definidos como básicamente culturales. “Algunos gestos reflejan un estado emocional prevaleciente, como la ansiedad, o un estilo general de conducta, como la agresión. El estilo gestual de una persona es en parte, un producto de su origen cultural y ocupacional, de la edad, el sexo, de la salud, etc.”. (Caballo, 1993, p46)

4.2.1.6.1. *Movimientos de las piernas/pies*

Proporcionan señales validas en cuanto a su verdadero estado de ánimo. Una acción refleja su verdadero estado de ánimo cuando:

- Cuanto más alejada este de la cara
- Cuanto menos se de cuenta de ella el que la realiza
- Si constituye una acción sin identificar.

Según Caballo, las piernas pueden expresar acciones de tipo sexual, acciones que posiblemente estén en conflicto con la formalidad de la mitad superior del cuerpo. Además, este autor sostiene que estas señales eróticas de las pernas incluyen posturas que enseñan las piernas, y el auto contacto de frotar y acariciar una pierna contra otra o una mano contra una de las piernas.

4.2.1.6.2. *Movimientos de cabeza*

Si bien son movimientos muy visibles, transmiten una cantidad de información limitada. Significan cosas totalmente distintas en diferentes culturas y tiene que aprenderse. Por ejemplo, los asentimientos con la cabeza indican buena voluntad, acuerdo, mientras que mover la cabeza de forma horizontal tiene efecto opuestos al anterior.

4.2.1.6.3. *Las auto manipulaciones*



Se da cuando tocamos nuestro cuerpo. Esta conducta aporta señales de nuestro estado de humor interno, así por ejemplo, “ el acto de cubrirse los ojos esta asociado con la vergüenza y la culpa” (Ekman y Friesen, 1974)

4.2.1.7. *Distancia/proximidad*

Se investigo en relación a cuatro fenómenos básico:

1. Retiro: satisface la autonomía personal, liberación emocional, autoevaluacion y la limitación y protección frente a la comunicación.
2. Espacio temporal: área en que no pueden entrar intrusos, territorio que acompaña al individuo donde quiera que va. Se pueden diferenciar según sexo, edad, salud mental y física.
3. Territorialidad: “Conjunto de conductas por medio de las cuales un organismo reivindica un área, la delimita y la define frente a miembros de su propia especie” (Moos, 1976).
4. Hacinamiento: percibido por un individuo cuando sus demandas de espacios exceden la oferta disponible. Es un fenómeno psicológico experimentado subjetivamente

El grado de proximidad expresa la naturaleza del encuentro. La proximidad varía también, según el contexto social.

4.2.1.8. *El contacto físico*

Es el tipo más básico de conducta social. “De todos los canales de comunicación, el tacto es el que se encuentra mas cuidadosamente vigilado y reservado, el mas fuertemente proscrito y el menos utilizado, y la mas primitiva, directa e intensa de todas las conductas de comunicación. (Thayer, 1986).

Según Heslin, existe diferentes clases de tacto: profesional, social, amigable e íntimo o de amor. Lo que es apropiado dependerá de cada contexto particular, de la edad y de la relación entre las personas implicadas.

Caballo sostiene que el contacto corporal indica proximidad y solidaridad cuando se emplea recíprocamente, y estatus y poder cuando se usa en una sola dirección.



4.2.1.9. Componentes paralingüísticos

4.2.1.9.1 *La latencia*

Es el intervalo temporal de silencio entre la terminación de una oración por un individuo y la iniciación de otra oración por otro individuo. Latencias largas se perciben como conductas pasivas, ya sea por el que habla como por el que escucha. Latencias muy cortas se perciben como agresivas.

4.2.1.9.2. *El volumen*

Un volumen bajo de la voz puede ser indicio de sumisión o tristeza, mientras que un volumen alto puede indicar seguridad, dominación, extraversión, además puede suponer agresión o ira. El volumen de la voz moderado indicaría agrado, alegría

4.2.1.9.3. *El timbre*

Es la calidad vocal de la voz. “Un timbre plano, monótono, puede producir sensación de depresión, mientras que un timbre gutural puede dar la impresión de madurez o sofisticación” (Caballo, 1993)

4.2.1.10 Componentes verbales

El habla se emplea para comunicar ideas, sentimientos, razonar y argumentar. Las palabras utilizadas dependen de la situación en que se encuentre una persona.. Esta situación varía desde informales a completamente formales. El tema o contenido del habla también varía según la situación. Dentro de los componentes verbales encontramos los elementos del habla, la conversación, los elementos de la conversación, etc.

4.2.2. Los componentes cognitivos

Las situaciones y los ambientes influyen en los pensamientos, sentimientos y acciones de los individuos. Las personas buscan algunas situaciones y evitan otras. Una persona esta afectada por las situaciones en las que se encuentra y también a lo que esta pasando y contribuye a los cambios en las condiciones situacionales y ambientales. Según Caballo, este proceso tiene una importancia decisiva sobre la manera en que el individuo



selecciona las situaciones, los estímulos y acontecimientos, y como los percibe, construye y evalúa en sus procesos cognitivos.

4.2.2.1. *Percepciones sobre ambientes de comunicación.*

Cada ambiente donde se comunican las personas (oficina, casas, restaurantes, autos, etc.) posee una configuración particular de rasgos que hace que lo percibamos de una forma determinada. Algunas percepciones ambientales favorecen o dificultan la comunicación.

Knapp (1984) describe seis clases de percepciones:

1. percepción de formalidad.
2. percepciones de un ambiente calido.
3. percepciones de un ambiente privado
4. percepciones de familiaridad.
5. percepciones de restricción.
6. percepciones de distancia.

Según Caballo la percepción de cada individuo de una situación específica se ve en relación con lo que tiene en común con (y desviado) las percepciones de un grupo relevante de otras personas.

4.2.2.2. *Variables cognitivas del individuo*

Mischel (1973, 1981) sugirió que los procesos cognitivos, en la interacción con el ambiente, deberían discutirse en términos de competencias cognitivas, estrategias de codificación y constructor personales, expectativas, valores subjetivos de los estímulos, y sistemas y planes de autorregulación.

4.2.2.2.1. *Competencias cognitivas*

Capacidad del individuo para transformar y emplear la información de forma activa y para crear pensamientos y acciones, como por ejemplo la solución de problemas.

Elementos de las competencias cognitivas:

1. Conocimiento de la conducta habilidosa apropiada
2. Conocimiento de las costumbres sociales.
3. Conocimiento de las diferentes señales de respuesta.



4. Saber ponerse en el lugar de la otra persona.
5. Capacidad de solucionar problemas.

4.2.2.2.2. *Estrategias de codificación y constructor personales*

Según Caballo (2002) el modo en que codificamos y selectivamente atendemos a las secuencias conductuales observadas, influyen notablemente en lo que aprendemos y podemos hacer.

Las personas pueden hacer transformaciones cognitivas de los estímulos, las situaciones, el ambiente, centrándose en los aspectos que ellos mismos han seleccionado. Estas interpretaciones y categorizaciones cambian el impacto que ejerce el estímulo o la situación sobre la conducta. Elementos:

1. Percepción social o interpersonal adecuada.
2. Habilidades de procesamiento de la información
3. Constructor personales.
 - *Estereotipos inadecuados.
 - *Creencias poco racionales.
4. Teorías implícitas de la personalidad.
5. Esquemas.

Una vez establecidas las creencias del individuo, funcionan como esquemas para organizar y procesar la información futura relacionada con uno mismo.” El individuo puede negar o distorsionar los acontecimientos que son discrepantes con esas creencias y puede percibir y recordar de forma selectiva acontecimientos que sean mas congruentes con ellas”. (Trower, 1982)

4.2.2.2.3. *Expectativas*

Son las predicciones del individuo sobre las consecuencias de la conducta. Guían la “selección” de conductas, así la realidad percibida es un determinante para la acción. Generamos una conducta según nuestras expectativas. Caballo distingue dos clases de expectativas:



1. Relaciones conducta-resultados: en cualquier situación, generamos el patrón de respuestas que esperamos conduzca a los resultados (consecuencias) subjetivamente mas valiosos en esa situación.
2. Relación estimulo-resultado: loa resultados dependen de una gran cantidad de condiciones del estimulo, y los significados atribuidos a esos estímulos dependen de las asociaciones aprendidas entre las señales y los resultados conductuales.

4.2.2.2.4. *Valores subjetivos de autorregulación*

“Diferentes individuos dan valor a distintos resultados y también comparten valores determinados en diferente grado. Se debe considerar las preferencias y aversiones sobre estímulos por parte de las distintas personas, sus gustos y desagrado, y sus valores positivos y negativos”. (Caballo, 1993)

4.2.2.2.5. *Planes y sistemas de autorregulación*

Las personas regulan su conducta por medio de objetivos y los patrones de actuación. Las personas adoptan planes y reglas que guíen sus conductas. Estas reglas especifican la conducta apropiada en condiciones particulares, sus consecuencias, etc. Los componentes de la autorregulación depende que cada sujeto particular, de su historia. “La autorregulación proporciona un camino por medio del cual podemos influir en el ambiente”. (Caballo, 1993). Podemos seleccionar situaciones, decidir sobre que hacer y que no hacer, y a estas elecciones por medio del pensamiento y la planificación (no automatizados) ayudan a hacerlas favorables los objetivos.

4.2.3. Los componentes fisiológicos

Existen muy pocos trabajos en donde se han empleado variables fisiológicas. De todas formas a continuación se muestran los componentes mas investigados según Caballo:

1. la tasa cardiaca
2. la presión sanguínea
3. el flujo sanguíneo
4. las respuestas electrodermales
5. la respuesta electromiografica



6. respiración

4.3. Adquisición de las habilidades sociales

La niñez es un periodo crítico en el aprendizaje de las habilidades sociales. Depende de la maduración y de las experiencias de aprendizaje. Los procesos de aprendizaje por los que habitualmente se adquieren las habilidades sociales son:

4.3.1. *Enseñanza directa.* Las habilidades sociales se transmiten por medio de instrucciones, dando la información de lo que es una conducta adecuada en una determinada situación. “No hables con la boca llena” o “lávate las manos antes de comer” son típicos ejemplos.

4.3.2. *Modelado o aprendizaje por medio de modelos.* Los niños observan a sus padres, a otros adultos o a otros niños interactuando e imitan lo que ellos hacen. Es el llamado aprendizaje por observación o vicario. Educamos con lo que decimos, con lo que hacemos y fundamentalmente con lo que somos. Tirar colillas o papeles al suelo, cruzar sin mirar la calle o interrumpir cuando está hablando otro, son conductas que se imitan con facilidad.

4.3.3. *Práctica de conducta.* La mejor forma de aprender es practicando. Aunque les expliquemos lo que han de hacer y nos vean a nosotros haciéndolo, hasta que no ensayen ellos mismos no sabrán si son capaces de actuar adecuadamente. La consolidación y generalización de las conductas se logra practicando en distintos contextos, en diferentes momentos y ante distintas personas.

4.3.4. *Reforzamiento de las conductas adecuadas y castigo.* Se le felicita o premia cuando se comporta de forma adecuada a la situación y se le riñe cuando su comportamiento no es correcto. Hay que tener cuidado con el reforzamiento de conductas inadecuadas. Se ha de ser generosos en los elogios y procurar estar más pendientes de sus conductas adecuadas que de las equivocadas.



4.3.5. *Retroalimentación de la actuación (feedback)*. Cuando se está practicando una determinada conducta se informa de las partes correctas e incorrectas de la misma. Se ha de insistir siempre en lo correcto, aunque no se han de eludir los aspectos mejorables (“lo has hecho bien, sólo te ha faltado...”).

4.3.6. *Moldeamiento o aprendizaje por aproximaciones sucesivas*. Es el utilizado en la enseñanza de habilidades de autonomía personal. Se ha de descomponer la conducta en pequeños pasos e ir practicando y reforzando cada uno de ellos, prestando la ayuda que vaya precisando durante el proceso de aprendizaje.



Parte II. Metodología



5. Relevamiento de datos

5.1. Población/Muestra. Diseño e instrumentos. Procedimiento.

El Hospital Regional Antonio J. Scaravelli ubicado en la ciudad de Tunuyán, Mendoza, recibe derivaciones de otros hospitales de la zona, siendo el nexo entre San Rafael y Mendoza; cuenta con 98 enfermeros (casi uno por cama) que trabajan en forma permanente, 15 enfermeros de reemplazos y 2 supervisores. Se tomo una muestra no probabilística de 30 personas, tomando como criterios los turnos laborales, así se recabaron datos de 10 enfermeros del turno mañana, 10 enfermeros del turno tarde y 10 enfermeros del turno noche. La muestra abarcaba el 30,6% del total de la población (98 enfermeros). Todos los enfermeros de las distintas áreas del hospital (clínica médica, quirófano, traumatología, maternidad, etc.) tuvieron la posibilidad de participar.

Se llevo a cabo la recolección de datos de la muestra, a través del cuestionario MBI (ver anexo 1), este instrumento consta de 22 preguntas y utiliza para sus respuestas la escala de Likert con siete puntos (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) La puntuación de las escalas se consigue sumando todos los puntos o grados de frecuencia, son puntuaciones directas. Estas puntuaciones directas no son interpretadas por si mismas ni tienen significado por si mismas, es necesario compararlas con un grupo normativo. Su finalidad es la evaluación de tres variables del síndrome del estrés laboral: Cansancio emocional, despersonalización y realización personal; acompañado de un cuestionario sociodemográfico con variables como edad, sexo, estado civil, escolaridad, turno, antigüedad en el puesto (ver anexos 1). Ambos fueron entregados en forma individual a los enfermeros, por orden de aparición y con el consentimiento de la persona en su ámbito de trabajo al finalizar su turno laboral para no obstaculizar la rutina y funciones que se desempeñan, lo que lo hace una muestra no probabilística accidental.

Por otra parte, se utilizó la entrevista con el fin de obtener información de los sujetos, la comunidad y el contexto lo más profundamente posible. De esta forma se



advertirán cuales son los principales factores y síntomas que los entrevistados atribuyen al Síndrome de Burnout. Se optó por la utilización de la entrevista semi-dirigida en la cual las preguntas están predeterminadas y las respuestas son libres e incluyen la posibilidad de originar nuevas preguntas.

El análisis de datos no estará determinado completamente, se generaron categorías con el fin de organizar y facilitar el análisis de los resultados obtenidos de la aplicación de las entrevistas. Las categorías serán creadas a partir de la revisión de los datos que arrojaran las entrevistas. Esos datos serán interpretados de forma cualitativa.

Las entrevistas estarán dirigidas:

1. Jefa del departamento de Enfermería
2. Supervisora del departamento de Enfermería
3. Coordinador de la unidad de Traumatología
4. Coordinador de la unidad de Clínica medica
5. Coordinador de la unidad de Cirugía

Guía de pautas para la entrevista a la jefa de enfermería:

- Actividades que desempeñan los enfermeros
- Calidad del desempeño percibido en los enfermeros con respecto a las actividades que se desarrollan
- Grado de motivación percibido en los enfermeros para realizar la tarea
- Tipos de actividades que promueven la salud mental
- Factores que dificultan la tarea
- Grado de estrés percibido

Guía de pautas para la entrevista a la supervisora de enfermería:

- Grado de motivación percibido para la realización de la tarea
- Tipos de actividades que promueven la salud mental
- Grados de estrés que provoca la tarea
- Tipo de comunicación
- Condiciones de trabajo



- Expectativas

Guía de pautas para la entrevista a los enfermeros:

- Tipo de actividades que desempeñan
- Desgaste, agotamiento
- Desarrollo de actitudes negativas
- Grado de motivación percibido para la realización de la tarea
- Relación con los pacientes
- Relación con los doctores
- Expectativas sociales
- Factores que dificultan la tarea
- Salario
- Reuniones formales
- Grado de estrés percibido

Análisis de datos:

Una vez recolectados los datos, se analizó de manera cualitativa (análisis semántico), la información aportada por las entrevistas. Con respecto al cuestionario M.B.I. se realizó un análisis cuantitativo de las respuestas correspondientes a las preguntas cerradas.

Análisis cuestionario sociodemográfico (ver anexos)

La muestra está compuesta por 30 enfermeros de las distintas áreas del hospital en las cuales se desempeñan, cuyas edades se encuentran comprendidas entre los 20 y 60 años. Del área de la guardia 4 sujetos resultaron encuestados, 5 sujetos pertenecen al área de pediatría y al igual que el área de traumatología, en tanto el valor máximo, 6 sujetos, se encuentran en cirugía; 3 sujetos pertenecen a la terapia intensiva. Mientras que del área de maternidad, clínica médica y neonatología, hay 2 sujetos por área respectivamente. Finalmente hay un solo sujeto que pertenece al área de quirófano. De los 30 enfermeros encuestados, 20 pertenecen al género femenino y 10 sujetos pertenecen al género masculino. La variable “estudios cursados” revela que 19 de los sujetos encuestados tienen



el terciario completo, en tanto con título universitario completo y primario completo, hay un sujeto por categoría, y con secundario incompleto hay 4 sujetos, finalmente hay 5 sujetos que han finalizado en la categoría secundario completo.

En referencia a las horas semanales, 3 sujetos trabajan menos de 40 horas semanales, hay 14 sujetos que trabajan 40 horas; y los 13 sujetos restantes, trabajan mas de 40 horas semanales. Otra de las variables tomadas en cuenta es la situación laboral en la que se encuentran los enfermeros. Así podemos establecer que 18 sujetos pertenecen a planta permanente, contratados se encuentran 8 sujetos, y finalmente 4 sujetos que estarían en la categoría temporal. En lo que respecta al estado civil, solo una persona se encuentra soltero/a,; 8 individuos están en pareja, en tanto la categoría casado/a esta conformada por 18 personas, mientras que 3 personas se encuentran divorciado/as

Análisis de las entrevistas

En cuanto a los datos aportados por todos los entrevistados, se destaca la baja motivación que presentan, a pesar de que tienen buenas relaciones con los pacientes, todos están dispuestos a trabajar e integrarse en los equipos de trabajo para cooperar con el resto de la organización. La mayoría manifiesta que lo que mas les gusta es poder ayudar a otros, la importancia de la tarea en si misma y la gratificación que la misma produce.

Consideran que seria posible adaptar la tarea a sus necesidades personales, ya que actualmente les acarrea complicaciones de sueño, alimentación, pérdida de energía. Teniendo en cuenta la cantidad de partes psiquiátricos por “estrés”.y lo manifestado durante la entrevistas, estos síntomas pueden estar ligados a las condiciones laborales que impone este ritmo de trabajo.

Tanto los enfermeros como sus superiores (jefa y supervisora) reconocen el mismo problema: la falta de reconocimiento. Las causas principales las sitúan en dos polos: el salario y la relación con los médicos y la sociedad. En ciertos momentos se podría hablar de una convivencia turbulenta. En general, los enfermeros afirman que los doctores no tienen en cuenta sus opiniones y se sienten superiores, lo que supondría problemas en la comunicación. Consideran que el salario es escaso en relación a la tarea realizada y la cantidad de horas de trabajo.



En lo que respecta a los aspectos perjudiciales, los enfermeros manifiestan tres factores principales: trabajar bajo presión constantemente, el colapso del servicio y la excesiva demanda que se transforma en amenaza. Todos manifiestan que en ciertos momentos presentan un desgaste significativo en su labor. En tanto la jefa sostiene, además, que es la escasez de recursos humanos y la falta de espacios físicos para reflexionar lo que perjudica la salud mental.

Superiores y enfermeros afirman que la tarea es muy estresante, y lo relacionan con distintos factores que tienen que ver con la labor en sí misma, como ser la necesidad de estar alerta permanentemente, de trabajar bajo presión, de cumplir horarios con ritmos “a contramano” del resto de la sociedad y de solucionar rápidamente los distintos problemas que se vayan presentando.

Todos los entrevistados se muestran abiertos a la consideración de propuestas programadas en lo que respecta a la promoción de la salud mental. La jefa de enfermería coincide en la importancia de un proyecto que fomente más integración, mayor comunicación y un espacio compartido.

Análisis cuestionario M.B.I. (ver anexos)

En lo que respecta a la información arrojada por el cuestionario M.B.I., los datos nos muestran que el 50% de la muestra ha puntuado bajo, al puntuar bajo en las escalas de Cansancio Emocional (CE) y Despersonalización (DP), alto en la de realización Personal (RP); lo que equivale a 15 sujetos sobre los 30 que participaron. Por lo tanto, se puede apreciar que la mitad de la muestra presenta riesgo bajo de padecer el síndrome. Por otra parte, puntuaciones alta-media y media-media en dos de las subescalas (CE, DP, RP) fueron obtenidas por el 30 % del total se ubican en un nivel moderado, lo que equivale a 9 de los enfermeros sobre el total de los evaluados. Finalmente, se podría señalar a un 27 % de la muestra, compuesta por 6 sujetos, en riesgo de Burnout; obtuvieron puntuaciones altas en CE, DP y RP o altas en CE, DP y baja o moderada en RP. Así estos datos podrían indicar un estado de vulnerabilidad de dichos sujetos.



Conclusiones

Estas personas quedan en posición de vulnerabilidad, ya que cada uno se enfrenta a diario con el dolor y el sufrimiento. Los datos recolectados evidencia la necesidad de llevar a cabo intervenciones que faciliten la modificación de la situación actual. Se presupone que sin una intervención, la situación no se revertirá. Es por esto que se remarca la utilidad y necesidad de un trabajo en conjunto con los enfermeros con el objetivo de adquirir HHSS para prevenir el síndrome de burnout.



Parte III. Proyecto



6. Objetivos

6.1.1. Objetivo General:

- Implementar un plan de acción para prevenir la incidencia del Síndrome de Burnout en enfermeros del Hospital Scaravelli (Tunuyán- Mendoza)

6.1.2. Objetivos Específicos:

- Evaluar la situación actual de los enfermeros y conocer el grado de estrés laboral que presentan.
- Generar espacios de reflexión para los enfermeros.
- Promover estrategias de intervención para el entrenamiento en habilidades sociales.
- Brindar a los participantes estrategias para el manejo de las respuestas desadaptativas, que surgen ante situaciones evaluadas como estresantes.

6.2. Resultados que se espera obtener:

Mediante la siguiente propuesta se espera que los involucrados adquieran diversas estrategias para afrontar y reducir el estrés mediante la adquisición de habilidades sociales.

A los fines de alcanzar tales objetivos, se articularán las estrategias necesarias para:

- Suministrar habilidades, información, conocimientos y el potencial para su aplicación exitosa.
- Prevenir y controlar al estrés.
- Reducir las respuestas al estrés como la actividad fisiológica o los niveles de ansiedad
- Manejo efectivo de la comunicación y las relaciones interpersonales.
- Aumentar la autoestima, favorecer el clima de trabajo y aumentar la probabilidad de recibir un trato positivo.
- Transferir lo aprendido a otros escenarios diferentes al de aprendizaje.
- Mantener en el tiempo la conducta aprendida.



6.3. Destinatarios del Programa:

El presente programa ha sido diseñado para ser aplicado a todos aquellos enfermeros del hospital Scaravelli, de ambos sexos, cuya edad se encuentre comprendida entre los 20 y 60 años. Los enfermeros destinatarios del mismo, son personas que estarían en riesgo de padecer el Síndrome de Burnout o poseen índices elevados del mismo, es decir, se integraran al programa aquellos enfermeros que estén en condiciones de beneficiarse del mismo

6.4. Características del programa:

Comprende el trabajo dentro de los encuentros y tareas para la casa, que permitan el afianzamiento y la generalización de las conductas aprendidas en otro ámbito que el de aprendizaje.

El programa esta integrado por tres módulos, en cada uno de los cuales se trabajaran distintos aspectos:

1. Modulo de caldeamiento
2. Modulo de entrenamiento de habilidades sociales
3. Modulo de meditación sistemática

6.5. Encuadre de trabajo:

Se desarrollará en el ámbito hospitalario y comprenderá también la realización de actividades extra-hospitalarias. Se realizara un encuentro semanal con una duración de una hora aproximadamente. El Programa comprenderá el trabajo grupal, con un grupo compuesto por menos de 15 personas, heterogéneo en cuanto a sexo y edad.

Modalidad de trabajo:

Se eligió trabajar en grupo, con una dinámica de taller de reflexión. Se generara un ámbito donde las reglas estén claras: fechas, horas, modo de trabajo, respeto a la confidencialidad, a las diferencias, posibilidad que todos se expresen, etc.

Así se facilita la aparición de mecanismos saludables propios del trabajo en grupo:

- Darse cuenta que será respetado y ayudado, a pesar de las diferencias individuales.



- sentir que será aceptado por sí mismo, sin necesidad de ser alguien especial
- Experienciar que ser útil a otros, así como permitirse ser ayudado, resulta gratificante.
- Sentir que están en un espacio seguro donde no serán juzgados, etc.

Talleres de reflexión. Características

Es una experiencia:

- Realizada en un ámbito grupal,
- Limitada en el tiempo y en los objetivos,
- Focalizada en sus contenidos,
- Facilitada por una situación-estímulo que actúa como disparadora para el diálogo de los participantes consigo mismos y con el grupo, en función del objetivo.

Se trata de producir una experiencia que facilite a cada participante el reencuentro con sus propios recursos y los del grupo para entrar al tema y desarrollarlo, reflexionando y sintiendo sobre el mismo. El tema es prefijado, de acuerdo al objetivo del taller. El coordinador participa activa y directivamente, para lograr el objetivo propuesto, siempre tratando de que el grupo se exprese. Se dan consignas de trabajo concretas.

Recursos, dispositivos o instrumentos (situación -estímulo):

Se le propone al grupo tareas, que se eligen teniendo en cuenta su operatividad en función de la problemática a tratar. Estos recursos permiten motivar y centrar en el tema, disminuyendo dispersiones u otro tipo de expresiones no productivas (quejas, agresiones, evasiones) que dificultan la comunicación y el cumplimiento del objetivo fijado. El taller puede valerse de instrumentos gráficos, audiovisuales, música, escenificación, juegos de roles, otros juegos, etc.

Puede funcionar como grupo total y también dividido en subgrupos con plenarios que permitan la puesta en común.



La elaboración posterior es muy importante:

Una vez que el grupo llevó a cabo la tarea, de acuerdo a las directivas dadas, lo esencial es que pueda llegar a verse a sí mismo, como en un espejo, usando lo producido para mirarse. Esto se logra con señalamientos del coordinador:

- Que tiendan a estimular al grupo a expresar contenidos relacionados con el logro del objetivo propuesto.
- Que marquen las coincidencias.
- Que faciliten un cierre adecuado.



Primer Módulo: CALDEAMIENTO



6.6. Primer Modulo: **CALDEAMIENTO**

Meta: Promover el conocimiento respecto al Síndrome de Burnout y las formas de afrontamiento que se abarcaran durante el programa.

Objetivos:

- Contribuir a que los enfermeros reconozcan e identifiquen las conductas y síntomas implicados en el Síndrome de Burnout.
- Establecer la relación terapéutica.
- Promover el desarrollo de las relaciones inter-grupales
- Determinar el nivel de estrés al momento de iniciado el programa.

El desarrollo teórico de este modulo se orienta a los siguientes contenidos:

1. Estrés: definición, tipos de estrés, situaciones estresantes y consecuencias
2. Síndrome de Burnout: antecedentes históricos, distintas definiciones, síntomas, desencadenantes, agentes causales y consecuencias
3. Habilidades sociales: concepto, elementos componentes y adquisición de las habilidades sociales
4. Técnicas que se aplicaran durante el desarrollo del programa.



Encuentro N° 1

Objetivos: Informar y sensibilizar a los enfermeros acerca de la problemática del estrés y el síndrome de Burnout y sus vicisitudes. Determinar el nivel de estrés que presentan los enfermeros al momento de iniciado el programa

Actividades:

Se procederá en primer lugar a la presentación de los encargados del proyecto, tareas que se desarrollaran durante el mismo, luego cada uno de los miembros del grupo procederá a presentarse. El grupo estará conformado por un número menor de 15 sujetos.

Consiga: “Aca tengo un ovillo de lana, se lo voy a entregar a uno de ustedes y deberá decir su nombre, edad y algo referido a sí mismo (ej: día del cumpleaños, actividad que realiza.). Realizado esto, deberá pasara el ovillo de la lana a otro miembro del grupo, sosteniendo para sí un extremo de la lana. Los miembros del grupo deberán ir pasándose el ovillo de lana uno a uno, hasta que esta forme una especie de “tela de araña”.

Se confeccionará una tarjeta donde este escrito su nombre, la misma estará prendida en el pecho. “Llamar a cada uno por su nombre desarrolla un mejor espíritu de participación y un sentimiento personal de ser reconocido por si mismo”. (Brites de Vila, Gladis. 1999)

A continuación de dicha actividad se brindará una charla informativa sobre la problemática del estrés: definición, tipos de estrés, situaciones estresantes y consecuencias; Síndrome de Burnout: antecedentes históricos, distintas definiciones, síntomas, desencadenantes, agentes causales y consecuencias con el fin de sensibilizar e informar a los participantes acerca de la problemática. Duración aproximada de la exposición: 50 minutos.

Se administrara el MBI con el objetivo de determinar los niveles de estrés del grupo al momento de comenzar el proyecto.

Recursos:

Humanos: un psicólogo especializado en prevención y promoción de la salud mental.

Materiales:

- Un salón amplio



- Un proyector
- Una pizarra
- 3 papeles afiches
- 3 resaltadores
- 5 hojas A4
- 15 alfileres
- 15 copias del inventario Maslach (ver anexos)
- 15 sillas
- 7 o 8 mesas

Presupuesto:

3 papeles afiches: \$0.75

3 resaltadores: \$ 5.00

15 fotocopias: \$ 1.20

15 alfileres: \$ 1.00

1 proyector: prestado

1 pizarra: prestado

5 hojas A4: prestado

15 sillas: prestado

7 mesas: prestado

Honorarios: \$50.00

Total: \$ 57.95

Encuentro N° 2

Objetivos: Dar conocimiento acerca de las habilidades sociales y el uso de las técnicas que se utilizarán durante el programa. Evaluar las habilidades sociales.

Actividades

Se brindará una charla informativa sobre la problemática habilidades sociales: concepto, elementos componentes y adquisición de las habilidades sociales; y de las técnicas que se aplicarán. Duración aproximada de la exposición: 30 minutos.



Finalizada la exposición, se entregara la versión adaptada del Inventario de Habilidades Sociales (IHS- Del Prette) para medir las habilidades sociales de los miembros del grupo. Duración aproximada de 15 minutos.

Al finalizar el encuentro se entregara un CD a todos los participantes que contenga la información expuesta anteriormente y se solicitara la lectura de la misma para el próximo encuentro. Cierre del encuentro.

Recursos:

Humanos: un psicólogo especializado en prevención y promoción de la salud mental

Materiales:

- Un salón amplio
- Un proyector
- Una pizarra
- 3 papeles afiches
- 15 copias del IHS- Del Prette (ver anexos)
- 15 sillas
- 7 o 8 mesas

Presupuesto:

3 papeles afiches: \$0.75

15 fotocopias: \$ 1.20

1 proyector: prestado

1 pizarra: prestado

15 sillas: prestado

7 mesas: prestado

15 CD: \$30

Honorarios: \$50.00

Total: \$ 54.95



Encuentro N° 3

Objetivos: Fortalecer las relaciones interpersonales entre los miembros del grupo, y los distintos miembros y el coordinador de grupo. Determinar el conjunto de ideas que cada uno tiene de lo expuesto en los encuentros anteriores. Además el encuentro apunta a la reflexión y aceptación de situaciones generadores de estrés.

Actividades

Consigna: “Vamos a realizar un “torbellino de ideas” para poder determinar el conjunto de ideas que cada uno tiene sobre el tema, buscando una conclusión con acuerdos comunes”.

1. Se hará una pregunta clara (Ej.: ¿Qué es el estrés? ¿Cómo se origina? ¿Qué técnicas son efectivas para tratar el estrés?). Hecha la pregunta cada participante debe decir al menos una idea sobre la percepción que tiene del tema.
2. Las ideas se irán anotando en una pizarra y luego se elegirán aquellas que representen más a la mayoría del grupo.
3. Acto seguido, cada participante elige a alguien. Se sientan frente a frente y piensa una situación problemática, dolorosa o desagradable que puede llegar a ser motivo de estrés, y sus posibles soluciones en base a lo expuesto en el encuentro numero dos.
4. Se deben escribir al menos 5 situaciones y ordenarlas jerárquicamente. La relata a su compañero mientras que el otro escucha sin hacer comentarios ni criticas. Una vez que ha terminado se invierten los roles.
5. De cada grupo se extraerán las dos situaciones principales, se escribirán en una pizarra y se debatirá para elaborar una jerarquía.

Esto pone en movimiento la creatividad, la participación y el intercambio para constituir el grupo.

Recursos:

Humanos: un psicólogo especializado en prevención y promoción de la salud mental.

Materiales:

- Un salón amplio



- Un proyector
- Una pizarra
- 3 papeles afiches
- 15 sillas
- 7 o 8 mesas

Presupuesto:

3 papeles afiches: \$0.75

1 proyector: prestado

1 pizarra: prestado

15 sillas: prestado

7 mesas: prestado

Honorarios: \$50.00

Total: \$ 50.75



Segundo Modulo: ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES



6.7. Segundo Modulo: **ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES**

Meta: Favorecer el aprendizaje de las conductas que tienen el fin de disminuir el estrés y dotar al individuo de las habilidades para hacer frente a situaciones cotidianas que le resulten estresantes

Objetivos:

- Prevenir y controlar al estrés
- Reducir las respuestas al estrés como la actividad fisiológica o los niveles de ansiedad
- Suministrar habilidades, información, conocimientos y el potencial para su aplicación exitosa
- Manejo efectivo de la comunicación y las relaciones interpersonales
- Aumentar la autoestima, favorecer el clima de trabajo y aumentar la probabilidad de recibir un trato positivo
- Transferir lo aprendido a otros escenarios diferentes al de aprendizaje

El desarrollo teórico y práctico de este modulo se orienta a los siguientes contenidos:

1. Habilidades conversacionales
2. Habilidades para iniciar, establecer y mantener relaciones
3. Habilidades relacionadas con conductas asertivas
4. Habilidades para controlar el estrés en el momento en que se lo este padeciendo
5. Habilidades para fortalecer la autoestima



Encuentro N° 1

Objetivos: Que el individuo interactúe satisfactoriamente con los demás durante una conversación y desarrollar relaciones duraderas, mediante la identificación y adquisición de habilidades conversacionales.

Actividades

Ejercicio N 1: (Respeto al otro, empatía; expresar opiniones, iniciar, establecer y mantener conversaciones/relaciones)

Se hace que 5-7 personas formen un círculo, de pie, agarrados por los hombros, y que uno de los miembros se quede fuera. El ejercicio consiste en que la persona que ha quedado fuera intente entrar en el círculo sin usar la comunicación verbal, mientras que los miembros que lo forman tratan de no dejarle entrar. Por lo general, el grupo cada vez se va cerrando más y más, de tal forma que se genera una unión muy estrecha entre ellos frente a la persona que queda fuera. Después de realizar el ejercicio, se analiza tanto el grupo formado por quienes estaban en círculo, como a la persona que quedaba fuera. Con el fin de que reflexionen sobre el tema, se compara el ejercicio con la siguiente situación: se les dice a los sujetos que imaginen un grupo profesional, que trabaja en un mismo centro de salud o en una misma unidad asistencial del área especializada. Este grupo profesional adopta una postura hermética y cerrada, frente a la persona que queda fuera del círculo, y que podría ser un nuevo miembro que se debe incorporar al grupo, y que utiliza estrategias para poder entrar en él. A continuación se analizan los sentimientos y comportamientos adoptados tanto por quienes formaban el círculo, como por la persona que quedó fuera.

Receso de 10 minutos.

Ejercicio N°2 (Empatía; expresar opiniones; iniciar, establecer y mantener conversaciones/relaciones)

Consigna: “Formen parejas y hagan un listado de las habilidades que crean necesarias para relacionarse adecuadamente con los demás, como por ejemplo:”

- Respeto por el otro.



- Empatía: Ponerse en el lugar del otro.
- Comenzar, mantener y finalizar una conversación.
- Pedir ayuda/favores
- Expresar opiniones.
- Aceptar cumplidos/criticas. Etc.

1. Elegir una pareja
2. Puesta en común del listado confeccionado por cada subgrupo.
3. Ejercicio de aplicación

“Elijan una persona para formar pareja, con la condición de que la persona escogida sea con la que menos interacción hayan tenido durante los años trabajados. Deberán mantener una conversación en la que cada miembro de la pareja pase aproximadamente 5 minutos hablándole al otro, describiéndose a sí mismo expresando los 5 adjetivos que piensa que le caracterizan mejor y señalar sus tres puntos fuertes, para conseguir una breve biografía del compañero. Posteriormente, volverán al grupo y cada miembro debe ofrecer una pequeña síntesis de su pareja. Una vez realizada esta pequeña síntesis “en voz alta” se analizan las sensaciones tanto del oyente como del emisor. En muchas ocasiones, la información que se emite, tanto del resumen del otro como de los adjetivos y puntos fuertes, sufre modificaciones propias del proceso comunicativo. Se analizan estos aspectos y también la importancia de la discriminación entre información relevante (más confidencial) y menos relevante. Es importante que los participantes entiendan la necesidad de manejar adecuadamente la información confidencial. Para esto se les dice que se trata de un paciente que nos ha revelado una información personal, íntima y que nosotros debemos decidir que es lo que puede revelarse y que no. En relación al oyente, se analiza lo que sentía al oír a su compañero, mientras que las otras parejas deben observar y registrar información sobre el comportamiento de las personas al momento de dar y recibir la información sobre su compañero.

Recursos:

Humanos: un psicólogo especializado en prevención y promoción de la salud mental.



Materiales:

- Un salón amplio
- Un proyector
- Una pizarra
- 3 papel afiches
- 15 sillas
- 7 o 8 mesas

Presupuesto:

3 papeles afiches: \$0.75
1 proyector: prestado
1 pizarra: prestado
15 sillas: prestado
7 mesas: prestado
Honorarios: \$50.00
Total: \$ 50.75

Encuentro N° 2

Objetivos: Que el sujeto desarrolle habilidades conversacionales y de mantenimiento de relaciones, favoreciendo el aprendizaje grupal.

Actividades:

Se hará mención de algunas de las cualidades del habla y la conducta que son necesarias para relacionarse adecuadamente con los demás:

- El volumen de voz
- El tono de voz
- El ritmo y la fluidez con que el sujeto habla
- Risas y sonrisas
- Movimientos de cabeza, expresión facial
- Movimientos del cuerpo, etc.



Ejercicio N ° 1 (Iniciar, establecer y mantener conversaciones/relaciones)

Consigna general: “Júntense en parejas para escenificar la siguiente situación: uno le cuenta al otro lo que hizo el fin de semana, en concreto hablan de una excursión al campo con la familia. Otra persona intenta incorporarse a la conversación que estas dos mantienen”.

1. Dividir el grupo en 3 subgrupo (A, B, C).Se colocará una bolsita con cinco papeles con la letra A, cinco papeles con la letra B y cinco papeles con la letra C. Cada participante sacará un papelito el cual corresponderá con el grupo asignado (A, B, y C)
2. Consigna para cada subgrupo:
 - A: Permitirán que el tercero ingrese en la conversación.
 - B: No permitirán que de ninguna manera el tercero ingrese en la conversación.
 - C: Permitirán por momentos el ingreso a la conversación del tercero y por otros momentos será rechazada su intervención.
3. Puesta en común: se analiza cómo se inició la conversación, qué comunicación no verbal y verbal se utilizó y cuál fue la respuesta de los dos interlocutores frente al tercero.

Ejercicio N°2 (Iniciar, establecer y mantener conversaciones/relaciones)

Consigna: “Cada uno imagine cómo se presentaría y cómo iniciaría una conversación con el/la enfermero/a que ese momento estuviera en el control de la unidad asistencial”.

1. Dividir el grupo en 2 subgrupos (A, B): Se colocará una bolsita con 8 papeles con la letra A y 7 papeles con la letra B. Cada participante sacará un papelito el cual corresponderá con el grupo asignado (A y B)
2. Llevar a cabo un role-playing con las siguientes consignas



3. Consigna para cada subgrupo: A) “Imaginen que acuden a solicitar que se nos permita realizar prácticas clínicas en una unidad asistencial”. B) “Imaginen que acudimos a solicitar trabajo como nuevos/as profesionales a esta unidad”.
4. Puesta en común: se analiza cómo se inició la conversación, qué comunicación no verbal y verbal se utilizó y cuál fue la respuesta de los dos interlocutores frente al tercero.

Recursos:

Humanos: un psicólogo especializado en prevención y promoción de la salud mental.

Materiales:

- Un salón amplio
- Un proyector
- Una pizarra
- 3 papeles afiches
- 15 sillas
- 7 o 8 mesas

Presupuesto:

3 papeles afiches: \$0.75

1 proyector: prestado

1 pizarra: prestado

15 sillas: prestado

7 mesas: prestado

Honorarios: \$50.00

Total: \$ 50.75

Encuentro N° 3

Objetivos: Que el sujeto desarrolle habilidades conversacionales y de mantenimiento de relaciones, favoreciendo el aprendizaje grupal. Brindar herramientas para afrontar y relajarse frente al el estrés en la vida cotidiana.



Actividades:

Ejercicio N°1 (Afrontamiento y relajación frente a situaciones estresantes)

La inoculación del estrés enseña cómo afrontar y relajarse ante una amplia variedad de experiencias estresantes. Esta técnica puede usarse en cualquier momento, incluso con los ojos abiertos. Los efectos de esta técnica serán reforzados mediante la práctica, lo que permitirá aprender a evocar cada una de estas situaciones en la imaginación y cómo relajar la tensión mientras se visualiza la situación estresora.

Consigna: “Elaboren una lista de las situaciones generadoras de estrés”.

1. Dividir al grupo en 3 subgrupos (A, B, C). Se colocará una bolsita con cinco papeles con la letra A, cinco papeles con la letra B y cinco papeles con la letra C. Cada participante sacará un papelito el cual corresponderá con el grupo asignado.
2. Cada grupo tiene que exponer un listado con las situaciones que consideraron estresantes dentro de su ámbito laboral.
3. Puesta en común de lo trabajado en cada subgrupo.
4. Se desarrollarán las habilidades de relajación y de afrontamiento "en el aquí y ahora", respiren profundamente, aflojando sus músculos y utilizando pensamientos de afrontamiento del estrés que consiste en la creación de un programa mental para adentrarse en un nivel relajado de mente y cuerpo. Presionen ligeramente la uña del pulgar con el dedo índice e imagínense rápidamente en un estado placentero y relajado: cada vez que presionen la uña con el dedo índice imaginaran que el estrés abandona su cuerpo y se sentirán más cómodo para enfrentarse a cualquier situación estresante y la cual podrán controlarla.
5. Experiencias vivenciadas durante el momento de la inoculación del estrés

Ejercicio N°2 (Iniciar, establecer y mantener conversaciones/relaciones, hablar en publico)

Consigna: “Hablarán por turnos durante un minuto aproximadamente, delante del resto del grupo sobre la inscripción que contiene su tarjeta siendo lo mas espontáneo posible”.

1. Seleccionar tres personas para la realización de este ejercicio.



2. Se entregara a cada una de ellas una tarjeta con las siguientes inscripciones: pacientes, enfermeros y médicos.
3. El resto del grupo hará de observadores y al finalizar la exposición deberán informar sobre los elementos de la comunicación no verbal: contacto ocular, sonrisas, expresión facial, postura corporal, gestos, volumen, tono e inflexión, claridad, velocidad.
4. El coordinador da retroalimentación positiva sobre los elementos no verbales adecuadamente empleados.

Tarea entre encuentros

Objetivo: Transferir lo aprendido en el encuentro anterior a otros escenarios diferentes al de aprendizaje, manifestar el comportamiento en situaciones interpersonales distintas a las ensayadas.

Actividades:

Practicar y registrar los momentos, frecuencia y lugares en que utiliza la inoculación del estrés: “técnica de la uña del pulgar” o la de “frotar el pulgar”

Recursos:

Humanos: un psicólogo especializado en prevención y promoción de la salud mental.

Materiales:

- Un salón amplio
- Un proyector
- Una pizarra
- 3 papeles afiches
- 15 sillas
- 7 o 8 mesas

Presupuesto:

3 papeles afiches: \$0.75

1 proyector: prestado

1 pizarra: prestado

15 sillas: prestado



7 mesas: prestado

Honorarios: \$50.00

Total: \$ 50.75

Encuentro N° 4

Objetivos: Contribuir al reconocimiento y adquisición de las conductas relacionadas con el comportamiento asertivo.

Actividades

Ejercicio N°1

Consigna: Completar una frase sobre sí mismos que comience con “SÍ” o con “NO”.

1. Cada uno leerá su frase frente al resto de sus compañeros.
2. Entre todos se analizan las dificultades para respetar los propios deseos y decisiones y el coordinador introduce el tema de la Asertividad.
3. Lectura y análisis siguiente material:

ASERTIVIDAD

“Se traduce así el verbo inglés “to assert”, que significa sostener, afirmar.

La asertividad es la capacidad de afirmarse en el sí mismo, respondiendo a las situaciones de acuerdo a las propias necesidades, ideas, posibilidades y sentimientos.

Implica vencer la inseguridad, la pasividad, la inhibición o el temor al rechazo, para suplantarlos por un mayor auto respeto, una comunicación más sincera y una conducta más activa que facilite protegerse de los abusos.

Se trata de adquirir la habilidad para responder, apelando a una serie de alternativas que favorecen la autonomía y evitan la caída en los extremos constituidos por la agresión y el sometimiento”.

Una conducta asertiva debe ser oportuna en tiempo, espacio y forma.

1. Se dividen en 2 subgrupos. Se colocará una bolsita con 8 papeles con la letra A y 7 papeles con la letra B. Cada participante sacará un papelito el cual corresponderá



con el grupo asignado. “Tienen que representar una conducta asertiva y una no asertiva, eligiendo situaciones problemáticas de la vida laboral”.

2. Puesta en común: Se analizan las representaciones, tratando de ver las dificultades o habilidades para resolver las situaciones en forma asertiva. Se hará mención de la distinción:

- Conducta asertiva: aquella que permite a la persona expresarse abiertamente y sin ejercer coacción sobre la otra persona.
- Conducta agresiva: aquella que permitiría a la persona expresarse abiertamente, pero de modo coercitivo sobre la otra persona.
- Conducta no asertiva: aquella en la cual la persona o bien no se expresa o lo hace de forma indirecta.

Ejercicio N° 2 (distinción entre conducta asertiva, no asertiva, agresiva)

Actividades

Consigna: “Elijan una persona para formar pareja, van a trabajar las situaciones descriptas en las tarjetas que serán entregadas continuación, luego representarán una de esas situaciones frente al resto del grupo”:

- A. Simular estar en un restaurante y pedir un vaso de agua.
- B. Preguntar la hora a un extraño.
- C. Preguntar por una dirección, una calle, un lugar, a un individuo desconocido
- D. Solicitar a un compañero de clase los apuntes de la asignatura.
- E. Cambiar en una zapatería unos zapatos defectuosos comprados el día anterior.
- F. Ir a un supermercado, seleccionar un producto y solicitar a una persona con el carrito lleno pasar delante de ella.
- G. Decir no a un compañero ante una petición injusta. Por ejemplo, “Dejar un trabajo escrito propio para entregárselo a la profesora como suyo”.

1. Analizar las representaciones en función de los comportamientos asertivos o no.



2. Se elaborará una lista en un afiche en el que incluirá diferentes habilidades que corresponden a un comportamiento asertivo.

Recursos:

Humanos: un psicólogo especializado en prevención y promoción de la salud mental.

Materiales:

- Un salón amplio
- Un proyector
- Una pizarra
- 3 papel afiches
- 15 sillas
- 7 o 8 mesas

Presupuesto:

3 papeles afiches: \$0.75

1 proyector: prestado

1 pizarra: prestado

15 sillas: prestado

7 mesas: prestado

Honorarios: \$50.00

Total: \$ 50.75

Encuentro N° 5

Objetivos: Contribuir al reconocimiento, distinción y adquisición de las conductas relacionadas con el comportamiento asertivo.

Actividades

Ejercicio N°1 (distinción entre conducta asertiva, no asertiva, agresiva)

Consigna: Escenificar la siguiente situación:



1. Se dividen en 3 subgrupos (A, B, C) teniendo en cuenta los criterios de encuentros anteriores para dividir el grupo.
2. “Tienen que escenificar una secuencia que refleja una escena frecuente en los hospitales: se establece un conflicto entre el médico y la enfermera delante del paciente al no aparecer una radiografía”. Se encuentran en escena a tres personas:
 - Paciente con patología respiratoria.
 - Médico (rol agresivo)
 - Las enfermeras deberán hacerlo de las siguientes formas:

Grupo A: NO ASERTIVA

Grupo B: ASERTIVA, en un principio, buscando posibles soluciones

Grupo C: AGRESIVA

3. Analizar las representaciones en función de los comportamientos asertivos, no asertivos o agresivos.

Ejercicio N°2 (conductas asertivas)

Actividades

Consigna: “Tienen que representar las siguientes situaciones oponiéndose en forma asertiva”:

1. Se dividen en 4 subgrupos (A, B, C, D) teniendo en cuenta los criterios de encuentros anteriores para dividir el grupo.
 - Grupo A: Saber rechazar un regalo personal que hace un familiar del paciente a una enfermera en concreto
 - Grupo B: Saber rechazar dinero como “propina” por los servicios de la enfermera.
 - Grupo C: Elogiar cuidados, un paciente debe elogiar directamente a una enfermera.
 - Grupo D: Llegada de un nuevo miembro en el equipo de Enfermería de una planta hospitalaria, sin estar presente la supervisora.



2. Actividad reflexiva grupal: comentar las representaciones y relacionarlas con situaciones que requieren respuesta asertiva en la vida laboral, discutiendo alternativas de conductas posibles frente a ellas.

Recursos:

Humanos: un psicólogo especializado en prevención y promoción de la salud mental

Materiales:

- Un salón amplio
- Un proyector
- Una pizarra
- 3 papel afiches
- 15 sillas
- 7 o 8 mesas

Presupuesto:

3 papeles afiches: \$0.75

1 proyector: prestado

1 pizarra: prestado

15 sillas: prestado

7 mesas: prestado

Honorarios: \$50.00

Total: \$ 50.75

Encuentro N° 6

Objetivos: Contribuir al reconocimiento, distinción y adquisición de las conductas relacionadas con la escucha activa y la expresión de molestias y desagrado, de manera tal que estos aprendizajes mejoren la comunicación.

Actividades:

Ejercicio N° 1 (escucha activa)

Consigna: “Representar las siguientes situaciones”:



1. Se dividen en 3 subgrupos (A, B, C,) teniendo en cuenta los criterios de encuentros anteriores para dividir el grupo.
 - Grupo A: Una enfermera le cuenta a otra “lo mal que se siente en su relación con uno de los médicos, el cual se muestra hostil y exigente con ella a pesar de que hace todo lo posible para cumplir con su labor de manera optima”.
 - Grupo B: Una madre que se siente triste y preocupada por tener internado a su hijo con diagnóstico reservado, mientras que su marido se halla trabajando en otra provincia y aunque no lo dice con palabras necesita contención del personal.
 - Grupo C: Un enfermero escucha a otro que le cuenta su angustia frente a un niño internado que padece una enfermedad terminal
2. Las personas que representaron las situaciones y los observadores describen las características de las distintas escenificaciones.
3. Las personas que representaron refieren como se sintieron frente a la escucha del oyente. Se distinguirá que aquellas persona que mejor se sintieron son las que describen lo que definiremos como escucha activa:
 - Mirar a la persona que habla.
 - Pensar en lo que está hablando.
 - Esperar a que llegue el turno para hablar.
 - Decir lo que se quiera decir

Ejercicio N° 2 (Expresión de molestia, desagrado, disgusto)

Consigna: “A continuación van a realizar un role-playing donde dos enfermeros/as escenifican una situación específica”.

1. Dividir el grupo en 2 (A y B) teniendo en cuenta los criterios de encuentros anteriores para dividir el grupo. Se propone la siguiente situación:



“Dos personas comparten la misma habitación o sala, una fuma y la otra no. La que no fuma la molesta terriblemente el humo del cigarrillo, además de afectarle su salud, y tiene serios problemas cuando su compañera fuma. Por ahora no le ha comunicado nada, y lo único que hace es que cada vez que la compañera fuma, se retira de la habitación a dar una vuelta a otro ambiente por 5 minutos para evitar así expresar su desagrado por el fumar en su presencia. Cuando regresa la habitación está muy cargada y huele a tabaco”.

El grupo A deberá:

- Evitar hacer acusaciones, dirigir la crítica a la conducta y no a la persona
- Empezar y terminar la conversación en un tono positivo.
- Estar dispuesto/a a escuchar el punto de vista de la otra persona.

El grupo B deberá:

- Ser crítico y hostil
- No estar dispuesto/a a escuchar el punto de vista de la otra persona
- Terminar la conversación de manera abrupta

2. Cada grupo analizara ambas representaciones, describiendo, expresando y especificando las consecuencias de las diferentes conductas.

Recursos:

Humanos: un psicólogo especializado en prevención y promoción de la salud mental

Materiales:

- Un salón amplio
- Un proyector
- Una pizarra
- 3 papel afiches
- 15 sillas
- 7 o 8 mesas

Presupuesto:

3 papeles afiches: \$0.75

1 proyector: prestado



1 pizarra: prestado

15 sillas: prestado

7 mesas: prestado

Honorarios: \$50.00

Total: \$ 50.75

Encuentro N° 7

Objetivos: Aumentar la autoestima, favorecer clima de trabajo y aumentar la probabilidad de recibir un trato positivo

Actividades

Ejercicio N° 1 (Dar elogios, fortalecer la autoestima)

Consigna: “Elijan una persona para formar pareja, con la condición de que la persona escogida sea con la que menos interacción hayan tenido durante los años trabajados. Deberán mantener una conversación en la que cada miembro de la pareja pase aproximadamente 5 minutos elogiando al compañero, deberán decirle lo bien que se han encontrado junto a él trabajando este tiempo y lo cómodo que se siente al hablar con él, lo simpático y amable que es y lo interesante que resulta trabajar con él”.

1. En cada subgrupo deberán escribir en una hoja 3 cualidades positivas del compañero.
2. La gente vuelve al grupo y cada miembro ofrece una pequeña síntesis de su pareja, incluyendo las 3 cualidades positivas.
3. Se elaborará una lista en un afiche en el que incluirá las diferentes cualidades de todos los subgrupos, se comentara las representaciones y se las relacionara con situaciones que requieren una respuesta para motivar a una persona en momentos difíciles., discutiendo alternativas de conductas posibles frente a ellas.



Ejercicio N° 2. (Dar elogios, fortalecer la autoestima)

Consigna: “Cada uno deberá escribir 3 características de lo que consideran “LO MEJOR DE MI MISMO...” y tres percepciones de lo que “LOS DEMAS DICEN QUE SOY...”

1. Se trabajará en principio en forma individual y luego en grupo. Se entrega a cada enfermero una hoja de papel.
2. Se divide al grupo general en 4 sub. grupos, comparten lo anotado. Cada enfermero deberá leer lo anotado frente al grupo en general, se le agradecerá la exposición y se pedirán aplausos después de cada intervención.
3. Actividad reflexiva en base a lo expuesto: el grupo deberá responder las siguientes preguntas:
 - ¿Qué aspectos de uno o varios compañeros nos ha llamado la atención?
 - ¿Somos diferentes los unos de los otros? ¿En qué aspectos?
 - ¿Es agradable fijarnos en los aspectos positivos? ¿Por qué?

Tarea entre encuentros:

Objetivos: Contribuir al aprendizaje de habilidades implicadas en la manifestación de expresión de molestia, desagrado, disgusto.

Actividades:

Confección de un informe en el que deberán comentar una situación de su vida cotidiana en que elogiaron a otras personas. El informe contendrá, como se sintieron al dar el elogio, las respuestas que recibieron, y la frecuencia con que estos fueron realizados. Momentos aconsejados para practicar esta habilidad:

1. Hacer un cumplido al padre y a la madre.
2. Hacer un cumplido al novio/a.
3. Hacer un cumplido a un/a amigo/a.
4. Buscar la oportunidad de elogiar a un mozo
5. Elogiar a un familiar de un paciente por sus cuidados.
6. Elogiar a un paciente por su colaboración y paciencia.
7. Elogiar a un compañero de enfermería de prácticas por la labor bien hecha.



Recursos:

Humanos: un psicólogo especializado en prevención y promoción de la salud mental

Materiales:

- Un salón amplio
- Un proyector
- Una pizarra
- 3 papeles afiches
- 15 sillas
- 7 o 8 mesas

Presupuesto:

3 papeles afiches: \$0.75

1 proyector: prestado

1 pizarra: prestado

15 sillas: prestado

7 mesas: prestado

Honorarios: \$50.00

Total: \$ 50.75

Encuentro N ° 8

Objetivos: Aumentar la autoestima, favorecer clima de trabajo y aumentar la probabilidad de recibir un trato positivo

Actividades

Ejercicio N° 1(fortalecer la autoestima)

Consigna: “A continuación tienen que responder las preguntas que están en la tarjeta”.

1. Se le da a cada persona una tarjeta con seis preguntas que debe responder:
 - ¿Qué capacidades naturales tiene?



- ¿Qué cosas hace mejor que la mayoría de la gente?
 - ¿Cómo le ha ido el año pasado?
 - ¿Cuáles han sido las cosas más difíciles que ha llevado a cabo?
 - ¿De qué está orgulloso/a?
 - ¿Sobre qué aspectos de usted mismo/a le gustaría recibir más cumplidos?
2. Cada participante debe salir frente al grupo y compartir un ítem de su lista. “Tienen que expresarse de la manera más segura posible, sin rebajarse, eviten comentarios negativos o expresiones de sus debilidades. Además deben alardear y presumir incluso más de lo que piensan que es correcto en su vida diaria”.
 3. El resto del grupo deben analizar los sentimientos y reacciones durante la exposición.
 4. Puesta en común: se les pide a las personas que comenten y reflexionen sobre:
 - ¿Cómo se han sentido cuando compartían sus virtudes con los otros miembros del grupo?
 - ¿Cómo han compartido sus virtudes?, ¿Eran congruentes sus palabras y su lenguaje corporal?
 - ¿Se iba haciendo más fácil presumir conforme lo practicaban?
 - ¿Cuáles son algunas de las situaciones de la vida diaria en las que es apropiado y útil presumir?

Ejercicio N ° 2 (fortalecer la autoestima)

Consigna: “Siéntense cómodamente en sus sillas, cierren los ojos y se relajen durante unos segundos, piensen en un momento en que cada uno la haya pasado muy bien...que recuerden con quién estaban...., qué fue lo que pasó...cómo se sentía entonces...”

1. Se entregará a cada enfermera una hoja de papel y se pide que en la misma dibuje su recuerdo. Tendrán 15 minutos para desarrollar esta actividad.



2. Se solicitará a cada uno se junten en parejas para contarle su experiencia y mostrarle cómo la representó
3. Luego cada enfermero se ubicara formando un círculo grande y se propondrán los siguientes temas de conversación.
 - ¿Por qué estos recuerdos fueron buenos?
 - ¿Qué podríamos hacer nosotros para tener buenos recuerdos juntos?
4. Imaginemos qué podemos hacer cada uno de nosotros para que otras personas tengan un buen recuerdo de nosotros.
5. Se ira anotando en un afiche todas aquellas representaciones que nombra el grupo.
6. Puesta en común: se analizaran las representaciones, describiendo, expresando y especificando el porque de esas representaciones.

Recursos:

Humanos: un psicólogo especializado en prevención y promoción de la salud mental

Materiales:

- Un salón amplio
- Un proyector
- Una pizarra
- 3 papeles afiches
- 15 sillas
- 7 o 8 mesas

Presupuesto:

3 papeles afiches: \$0.75

1 proyector: prestado

1 pizarra: prestado

15 sillas: prestado

7 mesas: prestado

Honorarios: \$50.00

Total: \$ 50.75



Tercer Modulo: MEDITACION SISTEMATICA



6.8. Tercer Modulo: MEDITACION SISTEMATICA

Meta: Que la persona logre aprender los pasos necesarios para llegar a una relajación mediante la meditación.

Objetivos:

- Mantener en el tiempo la conducta aprendida
- Prevenir y controlar al estrés
- Reducir las respuestas al estrés como la actividad fisiológica o los niveles de ansiedad

El desarrollo teórico y práctico de este modulo se orienta a los siguientes contenidos:

1. Descripción el propósito del procedimiento
2. Instrucciones acerca de la preparación para la meditación
3. Instrucciones para meditar
4. Discusión de las reacciones de los miembros del grupo en la meditación:



Encuentro N° 1, 2, 3 y 4 (meditación sistemática)

Objetivos: Que el individuo adquiera y ponga en practica las habilidades para alcanzarla meditación sistemática.

Actividades

Se realizaran cuatro encuentros siguiendo los mismos lineamientos para incorporar la información de forma gradual y sostenida en el tiempo. Se aplicara una técnica de meditación estandarizada al comienzo de 10 a 15 minutos, luego media hora(encuentro 2 y 3) y finalmente 45 minutos cuando ya se cuente con el dominio de la técnica.(encuentro N° 4). Para que ésta llegue a ser correcta y total han de reunir los siguientes requisitos:

1. Tranquilización emocional.
2. Progresiva distensión muscular.
3. Cese de todo movimiento mental, o sea, de todo pensamiento, imagen o idea.
4. Actitud consciente en todo momento.

Condiciones para la meditación:

- Temperatura: Ventilado y una temperatura agradable, necesitando mantas en caso de que haga frío.
- Tranquilidad: Es difícil conseguir sitios silenciosos. Acostumbrarse a ruidos conocidos.
- Luz: Suave, penumbra, oscuridad.
- Ropa: cualquiera, con tal de que no apriete.
- Hora: Evitar los momentos de somnolencia/ Nada mas levantarse, después de las comidas y al acostarse). Procurar hacerlo a la misma hora.
- Posición: Tumbada, sentado, de pie, cómodo.



Consigna:

1. “Aspire por la nariz, contando lentamente hasta cuatro. Concéntrese en levantar el abdomen al aspirar, y llene conscientemente de aire la parte inferior, media y superior de sus pulmones, contenga la respiración durante 8 segundos aproximadamente. Mientras contiene el aliente sienta cómo se expanden las costillas en la parte anterior y posterior de su cuerpo; la sensación será como inflar lentamente un globo. A medida que mejore su capacidad pulmonar cuente hasta seis u ocho.
2. “Sin mover su cuerpo comience a espirar y cuente lentamente hasta cuatro, seis u ocho. Cuando suelte el aire contraiga el diafragma como si fuera un fuelle, acercándolo a la espina dorsal. Vacíe completamente de aire sus pulmones antes de respirar de nuevo”.
3. Selección de un mantra: seleccionaran un sonido par que a no se distraiga de otros pensamientos. Debe ser un sonido que no este cargado emocionalmente y a su vez tranquilizador: “Piense en un sonido que sea neutral y tranquilizador”.
4. “Cuando esté relajado, cierre los ojos y empiece a concentrarse en el ritmo y la calidad de su respiración. La respiración no debe ser forzada, pero sí un poco más lenta y superficial que lo normal. Sienta cómo su estomago sube y baja suavemente cada vez que respire. Durante un rato piense "adentro" mientras el aire entra por la nariz, y "afuera" cuando suelte el aire por la nariz o por la boca. Luego empiece a contar cada inspiración, contando de uno a diez acompañado por el sonido seleccionado”.
5. “Concéntrese en la respiración, déjese hipnotizar por ella: excluye todos los pensamientos de su mente. Si cuenta mientras respira, visualice los números cada vez que inspire "plantándolos" mentalmente en el centro de su estomago. No se apresure ni se anticipe al próximo número, deje que cada uno se derrita suavemente en el siguiente”.



6. La finalización de la meditación no debe hacerse de forma brusca. Antes de “salir” hacer una respiración profunda, estirar brazos y piernas y abrir los ojos.

Discusión de las reacciones de los miembros del grupo en la meditación: se preguntara acerca de la experiencia individual con la meditación: “¿Cómo se siente cada uno con respecto al mantra (sonido tranquilizador)? ¿Cómo se sintió con respecto a la meditación clínicamente estandarizada? ¿Qué pensamientos, imágenes o memorias fluyeron a través de su mente? ¿Cómo el mantra volvió a usted?

Tarea entre encuentros

Objetivos:

Contribuir a la práctica de la meditación sistemática, transfiriendo lo aprendido a otros escenarios diferentes al de aprendizaje.

Actividades

Se instruirá a los participantes a meditar en la casa dos veces al día. Una a la mañana, después de levantarse y otra vez en la tarde, al menos tres veces a la semana. Deberán meditar en el mismo lugar y en el mismo tiempo. En un cuaderno se llevaran a cabo anotaciones de las experiencias de meditación y su clasificación en una escala de 1 a 10 sobre cuan relajado se ha sentido.

Recursos:

Humanos: un psicólogo especializado en prevención y promoción de la salud mental

Materiales:

- Un salón amplio
- 3 papel afiches
- 15 sillas
- 15 mantas
- 7 o 8 mesas
- 15 mantas

Presupuesto:



3 papeles afiches: \$0.75

15 sillas: prestado

15 mantas: prestado

7 mesas: prestado

Honorarios: \$50.00

Total: \$ 50.75

Encuentro N° 4

Objetivo: Determinar la efectividad del tratamiento y practicar la meditación sistemática.

Actividades:

Se aplicara la técnica de meditación estandarizada durante 40 minutos

1. Se volverá a administrar al comienzo del encuentro el cuestionario MBI y el IHS para comparar los resultados obtenidos en este momento del entrenamiento con los resultados obtenidos durante el primer modulo para determinar la efectividad del tratamiento
2. Consigna: “Meditaran durante 40 minutos”.
3. Discusión de las reacciones de los miembros del grupo en la meditación;

Recursos:

Humanos: un psicólogo especializado en prevención y promoción de la salud mental

Materiales:

- Un salón amplio
- 3 papel afiches
- 15 sillas
- 15 mantas
- 7 o 8 mesas

Presupuesto:



3 papeles afiches: \$0.75

15 sillas: prestado

15 mantas: prestado

7 mesas: prestado

Honorarios: \$50.00

Total: \$ 50.75

Encuentro N° 5

Objetivo: entrega de resultados y cierre del programa

Actividades

Consigna: “Tienen que confeccionar un informe de aquellos aspecto que ustedes creen que mejoraron durante el entrenamiento”.

1. Se solicitará a los enfermeros en forma individual la confección de un informe que incluya aquellas actitudes y comportamientos que ellos creen haber mejorado en el transcurso del entrenamiento.
2. El grupo elaborara un afiche a partir de una característica aportada por cada uno.
3. Entrega de los resultados de los cuestionarios MBI y IHS. Conclusiones.
4. Puesta en común: evaluar aquellos aspectos positivos y negativos del entrenamiento.

Final del entrenamiento.

Recursos:

Humanos: un psicólogo especializado en prevención y promoción de la salud mental

Materiales:

- Un salón amplio
- 3 papel afiches
- 15 sillas



- 15 lapiceras
- 15 hojas A4
- 7 o 8 meses

Presupuesto:

3 papeles afiches: \$0.75

15 sillas: prestado

15 lapiceras: prestado

15 hojas A4: \$1.50

7 mesas: prestado

Honorarios: \$50.00

Total: \$52.25



Cronograma de actividades

Módulo Semana	CALDEAMIENTO	ENTRENAMIENTO HABILIDADES SOCIALES	MEDITACION SISTEMICA
1	Exposicion Estrés, Burnout.		
2	Exposicion HH.SS.		
3	Integracion.		
4		Respeto al otro, empatía; expresar opiniones.	
5		Habilidades conversacionales y de mantenimiento de relaciones.	
6		Afrontamiento y relajación frente a situaciones estresantes/Hablar en publico .	
7		Conductas relacionadas con el comportamiento asertivo..	
8		Distinción entre conducta asertiva, no asertiva, agresiva.	
9		Expresión de molestia, desagrado, disgusto/Escucha activa.	
10		Dar elogios, fortalecer la autoestima.	
11		Fortalecer la autoestima.	
12			Meditación Sistemática.
13			Meditación Sistemática.
14			Meditación Sistemática.
15			Meditación Sistemática.
16			Cierre.



Referencias Bibliográficas



Bibliografía

- Brites de Vila, G. (1999). 100 juegos para educadores, padres y docentes. Edición Bonum. Novena edición.
- Caballo, V. (1998). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Siglo Veintiuno de España, SA. Cuarta edición.
- Caballo, Vicente E. (2002). Manual de técnicas de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. España. Siglo Veintiuno SA. Quinta edición.
- Chaparro, E. y Infante, E. (1984). Administración de los servicios de enfermería. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.
- DSM-IV-TR. Breviario. (2002). Edición española Masson.
- Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Eudema Psicología. Madrid – España.
- Lazarus, R. y Folkman S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Editorial Martinez Roca, Barcelona.
- León, O. y Montero, I. (1995). Diseño de Investigaciones. Madrid. Editorial Mc Graw Hill.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1986). Manual Inventario Burnout de Maslach, el síndrome del quemado por estrés laboral asistencial. Madrid. Ediciones TEA.
- Pacheco, E. (1995). Administración de los servicios de enfermería. Madrid. Editorial Síntesis.
- Peiró, JM. (1993). Desencadenantes del estrés laboral. Madrid, España. Eudema Psicología.
- Powell, T. (1998). El método Silva del dominio de la mente. México. Editorial Diana, Octava edición.
- Ramos, F. y Buendía, J. (2001). El Síndrome de Burnout: Concepto, evaluación y tratamiento. Editorial. Pirámides.
- Ramos, F y Buendía, J.(2001) Empleo, Estrés y Salud. Editorial Pirámide.



- Rigol, A. y Ugalde, M. (1997). Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Barcelona. Editorial Masson.
- Sampieri, R. (2003). Metodología de la Investigación. México. Editorial MC Graw-Hikk-Interamericana.
- Saracco, C. (2004). Habilidades de afrontamiento asociado al Síndrome de Burnout en los Despachadores de Emergencia. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad del Aconcagua. Mendoza.
- Scheff, T. (1993). El rol del enfermero mental. Buenos Aires. Amorrortu.



Anexos



El Inventario “Burnout” de Maslach (M.B.I.)

Descripción general

Ficha técnica

Autoras: C. Maslach y S.E. Jackson, 1981.

Adaptación: N. Seisdedos, TEA Ediciones, S. A. Madrid.

Procedencia: Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, California, USA.

Aplicación: Individual y colectiva, adultos; tiempo variable, 10 a 15 minutos.

Finalidad: Evaluación de tres variables del síndrome de estrés laboral asistencial: cansancio emocional, despersonalización y falta de autorrealización personal.

Tipificación: Baremos de puntuaciones centiles y típicas, en cada sexo y en el total de la muestra de población general.

Fundamentos y datos históricos

Parte del trabajo realizado originalmente sobre las dimensiones del estrés laboral asistencial no ha tenido una fundamentación teórica estructurada, en el sentido de que las variables estudiadas y las hipótesis propuestas no se han derivado de un modo claro de una determinada teoría de dicho síndrome. La razón, en parte, ha sido la falta de unos modelos preexistentes sobre dicho estrés.

Originalmente los elementos del MBI se diseñaron para medir hipotéticos aspectos del Síndrome del Estrés Laboral Asistencial; la entrevista y los datos de cuestionarios fueron la base en los primeros estudios exploratorios de las actitudes y los sentimientos que caracterizan a los trabajadores quemados. Los elementos del MBI están redactados en una forma directa para expresar unos sentimientos o actitudes personales, y su versión definitiva pasó por unas fases experimentales que duraron ocho años.

La estructura tridimensional ha sido replicada en numerosas ocasiones, y a partir de ella se han definido las escalas o variables del sujeto quemado. Son las que vienen a continuación:

1. Cansancio Emocional (CE)
2. Despersonalización (DP)
3. Realización Personal (RP)



Obtención de puntuaciones

La puntuación en las escalas del MBI corresponde al resultado de sumar todos los puntos o grados de frecuencia (0 - 6) anotados en los elementos correspondientes a cada una de ellas:

- Los elementos 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20 conforman la escala de Cansancio Emocional (CE).
- Los elementos 5, 10, 11, 15 y 22 conforman la escala de Despersonalización (DP).
- Los elementos 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21 conforman la escala de Realización Personal (RP).

La tarea de corrección y puntuación de las escalas de CE, DP y RP consiste en sumar los números anotados en los recuadros e indicar el resultado de la suma en la casilla de puntuación directa.

¿Qué es lo que pretende medir el M.B.I.?

Se trata de evaluar el síndrome de estrés laboral asistencial a partir de tres aspectos o variables de este constructo.

En los estudios factoriales originales y estudios españoles, se ha visto que los elementos que componen el M.B.I definen una estructura tridimensional que apunta posiblemente a esas mismas dimensiones. Pero este tipo de validez factorial puede verse apoyado por otros tipos de validez.

Desde un enfoque de la validez convergente se puede aportar evidencia sobre este test con el análisis de los índices de relación de las variables del M.B.I con otras que apunten a constructos muy relacionados con el estrés laboral asistencial.

En los estudios originales de Maslach y Jackson (1986) se recogieron tres tipos de análisis en los que las puntuaciones del M.B.I. se mantenían en relación con:

- Las evaluaciones del comportamiento hechas por una persona que conoce bien al sujeto examinado (su pareja o compañero de trabajo).
- La presencia de algunas características laborales que normalmente provocan estrés.
- Las medidas en otras variables que por hipótesis, están relacionadas con este estrés.



- Los resultados de análisis de datos personales ofrecen una nueva fuente de validación al observarse que quienes aprecian menos satisfacción de progreso en su carrera profesional obtienen una puntuación mayor (relación negativa) en Cansancio Emocional y en Despersonalización, y quienes aprecian mayor progreso alcanzan una puntuación mayor (relación positiva) en Realización Personal.

Conviene recordar que tanto el Cansancio Emocional como la Despersonalización apuntan a un mayor estrés ocupacional, mientras que la escala de Realización Personal tiene una incidencia inversa en el síndrome. El perfil del síndrome debería tener unos apuntamientos de “++-”; es decir, puntuación alta en CE y DP, y baja en RP.

Se estima que el perfil de puntuaciones de las tres escalas sea el índice más significativo del síndrome. Por ejemplo: la persona que puntúa alto en CE, bajo en DP y alto en RP puede estar en diferente estado o fase de estrés laboral que quien tiene puntuaciones altas en CE y DP y bajo en RP.

Por tanto un examen en profundidad del perfil puede arrojar alguna luz sobre esta problemática. La validez del sistema clasificatorio dependerá de una mayor profundización de las bases teóricas y de una investigación que la apoye.

Criterios para la interpretación

Las puntuaciones directas obtenidas en la fase de corrección y puntuación no son interpretables por sí mismas, no tienen significación por su valor absoluto; es necesario compararlas con las obtenidas por unos determinados grupos (tomados de la población en general o de unos grupos específicos), o bien transformarlas en unos valores o escalas de significación universal que sitúa las puntuaciones del sujeto en relación con las obtenidas por ese grupo normativo.

Las tablas de baremos han sido construidas sobre una muestra normativa, permiten la conversión de las puntuaciones directas en dos escalas de valor universal: la de los centiles, escala ordinal que va desde 1 a 99, y la escala típica *S* cuya media vale 50 y su desviación típica es de 20 unidades; en esta escala típica la mayoría de los sujetos se encuentran entre los valores 3 y 97 de la misma.



En el Manual original, las autoras decidieron emplear una clasificación tripartita de la variabilidad de los resultados. Teniendo como punto de mira el síndrome que mide el M.B.I.:

- En la categoría Baja, se encuentran los resultados de los sujetos que ocupan el tercio inferior (centiles 1 a 33).
- En la categoría Media, están las puntuaciones de los que ocupan el tercio central de una distribución normal (centiles 34 a 66)
- Finalmente, en la categoría Alta, se recogen las puntuaciones del tercio superior (centiles 67 a 99).



Adaptación Argentina del Inventario de Habilidades Sociales (IHS- Del Prette)

Ficha tecnica:

Greco, M. E., Medrano, L. A., Olaz, F.O. & Del Prette, Z.A.

Departamento de Psicología

Universidad Empresarial Siglo 21

Palabras Claves: Habilidades sociales-Inventario IHS- Adaptación-Estudiantes
Universitarios

Key words: Social Skills–IHS Inventory- Adaptation-College students.

Bedoya 541. Córdoba. Argentina.

Herramientas e Instrumentos:

Inventario de Habilidades Sociales (IHS):

Es un instrumento de autorreporte para la evaluación de las HHSS. Se compone de dos partes: la primera contempla las instrucciones y la lista de 38 ítems, cada uno describiendo una relación interpersonal y una posible reacción a aquella situación . En las instrucciones, se solicita que el participante estime la frecuencia con que se comporta de la forma sugerida por cada ítem, consignando su respuesta en base a una escala Likert de 5 puntos que varía de nunca o raramente (0 a 2 veces) a siempre o casi siempre (8 a 10 veces). En caso de que el participante no haya experimentado alguna de las situaciones debe estimar como se comportaría en dicha situación. Cabe señalar que parte de los ítems del inventario están redactados en forma inversa de modo que una frecuencia alta indica déficit en HHSS. En dichos ítems las puntuaciones son invertidas para la obtención del puntaje.

Ítems definitivos de la versión adaptada del Inventario de Habilidades Sociales (IHS-
Del Prette)

1. Tengo dificultades para interrumpir una conversación telefónica aun con personas conocidas.



2. En una conversación con amigos tengo dificultades para terminar una conversación prefiriendo esperar que otros lo hagan.
3. Cuando uno de mis familiares (padres, hermanos mayores o cónyuge) insiste en decir lo que debo o no debo hacer, contradiciendo lo que pienso, termino aceptando para evitar problemas.
4. Aun con conocidos de la escuela o trabajo, encuentro dificultades para integrarme en una conversación
5. Si necesito pedir un favor a un compañero(a), término desistiendo de hacerlo
6. Evito hacer preguntas a personas desconocidas.
7. Si en mi trabajo o escuela alguien me hace un elogio, permanezco avergonzado sin saber que hacer o decir.
8. Cuando uno de mis familiares (hijos, padres, hermanos o pareja), consigue algo importante para lo cual se esforzó mucho, lo elogio por su éxito
9. Cuando alguien hace algo bueno, aunque no se dirija a mí directamente, lo menciono elogiándolo en la primera oportunidad que se presente.
10. En mi casa, expreso mi cariño a mis familiares a través de palabras o gestos
11. En una situación de grupo, cuando alguien es injustamente tratado, reacciono en su defensa.
12. Si me siento bien (feliz), se lo expreso a las personas de mi círculo de amistades
13. Cuando soy criticado de manera directa y justa, consigo controlarme admitiendo mis errores o explicando mi posición.
14. Al ser elogiado(a) sinceramente por alguien, respondo agradeciéndole
15. Al entrar en un ambiente donde hay personas desconocidas, las saludo.
16. Consigo "tomar con humor" las bromas que me hacen mis compañeros de escuela o trabajo.
17. Si una persona me interesa sexualmente, consigo acercarme a ella para iniciar una conversación
18. Al sentir deseos de conocer a alguien a quien no fui presentado(a), yo mismo me presento



19. Aun encontrándome cerca de una persona importante a quien me gustaría conocer, tengo dificultades para acercarme e iniciar una conversación.
20. En un grupo de personas desconocidas, me siento cómodo, conversando naturalmente
21. Si me gusta alguien con quien estoy saliendo, tomo la iniciativa de expresarle mis sentimientos.
22. Cuando estoy con una persona que acabo de conocer, tengo dificultades para mantener una charla interesante.
23. Si un(a) amigo(a) abusa de mi buena voluntad, le expreso directamente mi disgusto.
24. En una conversación, si una persona me interrumpe, le pido que espere hasta que yo termine lo que estaba diciendo.
25. Si recibo una mercadería defectuosa, me dirijo al negocio donde la compré y exijo que me la cambien.
26. Cuando un(a) amigo(a) a quien presté dinero, olvida devolvérmelo, encuentro una manera de recordárselo.
27. Cuando un familiar me critica injustamente, le expreso directamente mi disgusto
28. Evito realizar exposiciones o conferencias frente a personas desconocidas
29. Realizo exposiciones (por ejemplo: una conferencia) en el aula o en el trabajo cuando me lo solicitan
30. En la escuela o trabajo, cuando no comprendo una explicación sobre algún tema interesante, hago las preguntas que creo necesarias para mi esclarecimiento
31. En una clase o reunión, si el profesor o directivo hace una afirmación incorrecta, yo expongo mi punto de vista.



Análisis sociodemográfico y cuestionario Burnout

Categoría	ALTA		MEDIA		BAJA	
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Genero						
Masculino	2	33%	3	33%	5	33%
Femenino	4	67%	6	67%	10	67%
<i>Total</i>	6	100%	9	100%	15	100%
Antigüedad en el puesto						
Menos de un año	0	0%	2	22%	1	7%
Entre 1 y 3 años	2	33%	2	22%	8	53%
Entre 4 y 10 años	2	33%	1	11%	1	7%
Entre 11 y 15 años	2	33%	2	22%	2	13%
Mayor que 15 años	0	0%	2	22%	3	20%
<i>Total</i>	6	100%	9	100%	15	100%
Estado civil						
Soltero/a	1	17%	2	22%	5	33%
En pareja	1	17%	4	44%	1	7%
Casado/a	2	33%	1	11%	8	53%
Divorciado/a	2	33%	2	22%	1	7%
<i>Total</i>	6	100%	9	100%	15	100%
Estudios cursados						
Primario completo	0	0%	1	11%	0	0%
Secundario completo	1	17%	2	22%	2	13%
Secundario incompleto	1	17%	0	0%	3	20%
Terciario	4	67%	5	56%	10	67%
Universitario	0	0%	1	11%	0	0%
<i>Total</i>	6	100%	9	100%	15	100%
Horas semanales						
Menos de 40 horas	1	17%	1	11%	1	7%
40 horas	0	0%	6	67%	8	53%
Mas de 40 horas	5	83%	2	22%	6	40%
<i>Total</i>	6	100%	9	100%	15	100%
Situacion laboral						
puesto permanente	4	67%	5	56%	7	47%
contratado	2	33%	4	44%	7	47%
temporal	0	0%	0	0%	1	7%
<i>Total</i>	6	100%	9	100%	15	100%
Edad						
Menor de 30 años	0	0%	5	56%	7	47%
Entre 30 y 35 años	1	17%	1	11%	1	7%
Entre 36 y 40 años	1	17%	1	11%	4	27%
Entre 41 y 50 años	4	67%	2	22%	3	20%
Entre 51 y 60 años	0	0%	0	0%	0	0%
Mayor que 60 años	0	0%	0	0%	0	0%
<i>Total</i>	6	100%	9	100%	15	100%



Entrevistas

Guía de preguntas para la entrevista a la supervisora de enfermería:

¿Tiene la institución un programa para prevenir o disminuir el burnout? ¿Cuántas personas trabajan de enfermeros?

Mirá, hace muchos años que trabajo acá, y recién hace algunos meses nos pusieron una psicóloga que nos esta evaluando, no sabemos bien de que se trata, se hicieron reuniones por servicios y áreas, algunas en grupo y otras individuales, para marcar liderazgos, las funciones de cada uno dentro de su servicio y para determinar quienes eran los mas desgastados en su función. Después solo se decidió tratar a los casos mas graves o que estaban mas en riesgo, porque sino la psicóloga no daba abastos. Somos 98 enfermeros, pero el numero crece constantemente, en total somos unas 450 personas las que trabajamos en el hospital, administrativos, médicos, personal de limpieza y de mantenimiento, todos siempre contra reloj, bajo presión, como podrás imaginar, hay mucha gente “pasada de vueltas”, y la psicóloga no puede cubrir todas las demandas, sino también la vamos a “volver loca a ella”...

¿Considera que la tarea de los enfermeros es estresante?

Si, totalmente. Todo el tiempo uno se esta moviendo en los polos: entre la vida y la muerte, entre la tristeza y la felicidad. Uno puede subir muy rápido y bajar más aun, aunque con el tiempo uno aprende a manejar determinadas situaciones., además hay poco personal y los conflictos internos surgen con mas facilidad. Suele pasar que hay días en que uno no esta motivado para venir a trabajar, saber que te vas a encontrar con la muerte no es muy agradable. Si bien el personal es repuesto permanentemente, la cantidad de pacientes se va superando todos los años, las estadísticas internas del hospital nos dicen que ha subido del 100% al 200% la atención en los últimos años. Pero es todo el hospital el que va creciendo, la infraestructura, a pesar de “la escasez de recursos” producto del bajo presupuesto que manda la nación a salud, la gente de Tunuyan se las ha ido arreglando para que esto siga creciendo. El trabajo en estas condiciones, obviamente, es desgastante.

¿Se llevan a cabo actividades que promueven la salud mental de los trabajadores?



Como te decía, la psicóloga esta ahí, el que la quiere ir a ver, perfectamente acuerda una hora y listo, la puede ver, pero reuniones semanales o mensuales no existen. A veces esa ayuda no es mucha. En ese momento nos hizo muy bien a todos. La estrategia fue muy buena, ya que nos saco del ámbito del trabajo, lo que hizo que todos de una u otra manera pudiésemos ver de otras ópticas, nos sacaba afuera, cuando se podía, nos despejábamos, nos traían masitas con el desayuno, nos hacia sentir cuidados. Se trabajo en grupos sobre las distintas problemáticas que surgían, era algo así como “tema libre” y de ahí iban surgiendo las inquietudes de cada uno, se veían los conflictos internos y la famosa “dinámica” del rumor dentro de instituciones grandes como lo es un hospital. Se nos mostró la forma de resolver problemas en determinadas situaciones, como reaccionar frente a una situación critica y tomar decisiones de manera responsable. Es muy complicado conseguir recursos para la implementación de algún programa, nadie quiere soltar un peso, el área de salud y educación siempre fueron muy castigadas en este país, y acá no es la excepción. Los recursos van y vienen, todo el tiempo, hay momentos en que hay 50 contratados y al año siguiente hay 40 y al otro 70, entonces eso obliga a utilizar personal de otras áreas, por ejemplo, si en el servicio de traumatología trabajan 10 enfermeros y en clínica medica trabajan 15; y suponiendo que 4 enfermeros de trauma por “x” motivo dejan de asistir, automáticamente se trae a algunos de los enfermeros de clínica medica , dejando al descubierto ese sector para brindarle apoyo al otro sector”, es muy compleja la trama de entender, el sistema es perverso y genera tensión constantemente. El hospital es un referente sin dudas para todo el Valle de Uco y gracias a Dios se mantiene mucho por la gente que aca trabaja y que quiere al hospital y que trata de hacer lo mejor posible, a veces con los mínimo medios, tratando de hacer como la gente de la salud lo sabe hacer , la magia que hace la gente del Hospital.

¿Cómo considera la forma en que se comunican en el hospital? ¿Porqué?

La comunicación es mala. El hospital se maneja por medio de una estructura vertical, pero en enfermería es horizontal, producto mismo de que otros profesionales no reconocen la enfermería como tal. Hay comunicación por conveniencia, hay mucha distancia en los mensajes.



¿Cómo es la comunicación (relación) con sus compañeros de trabajo?

Es buena, pero hay mucha competencia entre los mismo enfermeros y entre los enfermeros y los médicos, los enfermeros de una u otra forma están como obligados a capacitarse todo el tiempo, existe la necesidad de capacitarse, la asistencia a congresos y jornadas de actualización, muchas veces impuesto por los altos mandos del hospital, a los médicos no, ellos ya ganaron el reconocimiento, el status.

En una escala del 1 al 10, si tendría que asignarla un valor al grado de estrés que presenta la tarea. ¿Qué valor le asignaría?

Un 7



Guía de preguntas para la entrevista a la jefa del departamento de enfermería:

¿Se llevan a cabo actividades que promueven la salud mental de los trabajadores?

Mira después de muchas idas y vueltas con el tema de los recursos, finalmente han puesto hace un tiempo una psicóloga, el departamento de enfermería pedía apoyo urgente porque habían muchos partes psiquiátricos por estrés, debido a un conjunto de cosas como es el sueldo (el personal de enfermería esta muy disconforme con su sueldo y el reconocimiento que tenemos), la presión que existe es muy grande, se trabaja “a cama caliente” y el trabajo estaba superando a muchos. La psicóloga atiende a “todos los trabajadores del hospital”, no es pura exclusividad de los enfermeros, lo que muchas veces complica las cosas debido a los tiempos institucionales que se manejan acá, y la prevención que intentan proponer es muy general, poco especifica, mas que folletos y algo de literatura no pasa, no existen grupos de “autoayuda o de reflexión” en el hospital que nos ayuden a afrontar las crisis que nos suceden en determinados momentos, primero que nada, porque no existe un espacio fisico. De todas formas tratamos de cuidarnos la salud mental entre todos, a veces una oreja de un compañero ayuda mucho a descomprimir, por ahora sigue siendo la mejor cura con la que contamos, a pesar de que a veces la comunicación no es buena., no nos queda otra.

¿Qué actividades desempeña UD y los enfermeros?

Las funciones que realizo tienen muchas responsabilidades. Desde la organización del personal operativo, hasta la planeación de mejoras tanto estructurales como administrativas para mejorar la calidad de atención hacia nuestros pacientes. La labor del personal de enfermería, va más allá de la mera aplicación de los fármacos recetados por los médicos de cabecera, ya que tenemos a nuestro cargo vidas humanas, y hay que tomar en cuenta que cada uno de nuestros pacientes es único e irrepetible. El enfermero debe mantener la salud, el bienestar, brindar cuidados a aquellas personas que no estén bien, tiene que ser capaz de identificar las necesidades y de buscar la solución de los problemas del paciente en la medida de sus posibilidades y capacidades, siempre intentando trabajar interdisciplinariamente. Aquí conocemos a grandes héroes anónimos que luchan día a día con una enfermedad, algunas historias acaban bien y otras... no tan bien; sin embargo cada una deja una huella profunda en



nuestro ser, nos incita a mejorar cada día en nuestra atención, en nuestro trato porque vivimos mil vidas y mil muertes con cada uno de nuestros pacientes y ahí te das cuenta que esta carrera tiene muchas caras: esfuerzo, dedicación, responsabilidad, paciencia e invisibilidad.

¿Considera que la tarea de los enfermeros es estresante? ¿Por qué?

Si, por la problemática sobre todo, la relación con la salud siempre es delicada, y mueve muchas emociones, te llena de alegrías impensadas y a la vez de grandes tristezas, porque no es solo el enfermo la persona que enferma, enferma la familia a veces también, enferman los doctores y los enfermeros. Se trabaja en horarios fuera de lo normal, muchas horas seguidas, contra-reloj siempre, bajo presión, y para poder afrontar eso se necesita de un buen equilibrio emocional. Se trabaja constantemente con las emociones y eso requiere una formación previa, específica, y un trabajo en equipo que proporcione seguridad. Es preciso desarrollar, entre otras habilidades, las capacidades de observación y escucha. La comunicación (verbal y no verbal) cobra una importancia fundamental a la hora de prestar cuidados especializados al enfermo y su familia.

¿Cuáles son los principales problemas con los que se topan la enfermeras a la hora de realizar su trabajo?

Generalmente, uno de los más importantes es la escasez de recursos. Esto viene dado, entre otras cosas, porque desde los ámbitos de la planificación en las administraciones competentes se piensa mucho en el corto y cuando más en el medio plazo y la realidad es que las políticas más troncales de la atención a la población sana y no sana se deben realizar a largo plazo. A menudo se producen cambios importantes en los planes de salud que no obedecen a criterios técnicos. Otro problema sería la falta de integración real entre los diferentes niveles de atención (hospitalario, recursos especializados comunitarios y atención primaria) en general y del trabajo de enfermería en particular. Y finalmente, la falta de reconocimiento. Para que se nos reconozca es preciso que primero se nos identifique adecuadamente en nuestro rol. Esto ha sido más o menos posible en el ámbito hospitalario, aunque no siempre se ha producido de manera correcta. Donde más trabajo queda por hacer para alcanzar este reconocimiento es en



el campo comunitario; y otro aspecto que me parece fundamental para conseguir ese reconocimiento es el trabajar conjuntamente con las asociaciones de familiares.

El personal se reúne en algún momento para hablar acerca de su trabajo? ¿Estos encuentros son formales o informales?

Mira, cuando se puede hacer reuniones formales, se hacen, tratamos de llevarlas a cabo una vez mes como mínimo. Estas reuniones se hacen para evaluar los distintos aspectos relacionados a las tareas y objetivos propuestos por el departamento. Tratamos todos de tirar siempre para el mismo lado, es la mejor manera de brindar un buen servicio y de cuidarnos entre nosotros.

¿Como es la comunicación entre el personal entre ellos?

La relación y la comunicación entre ellos creo que es muy buena, aunque a veces se puede ver mucha competencia y recelo hacia para los doctores, ahora nos estamos “agrupando”, por decirlo de alguna manera, y estamos tratando de entre todos, a partir de lo que surge en los congresos y conferencias de “bajar” material o ideas para poder alcanzar una identidad como grupo profesional y como ente social. En definitiva, avanzar hacia una legitimación social, reforzando nuestra inserción en la estructura social, las enfermeras contribuimos con excelencia y compromiso a mejorar el nivel de salud de la población, como lo han hecho históricamente en el mundo y por cuyo motivo nos reunimos cada 12 de mayo, donde conmemoramos el Día Internacional de la enfermera

En una escala del 1 al 10, si tendría que asignarla un valor al grado de estrés que presenta la tarea. ¿Qué valor le asignaría?

Y...7.



Clínica médica

¿Ha sufrido una progresiva pérdida de energía?

Si, pero se siente en distintos momentos que se viven a diario, no en todos, generalmente se expresa en situaciones en las cuales son irremediablemente obligatorias realizarlas.

¿Se siente sobrecarga laboralmente?

Si, a menudo, es ocasional, aunque todos los días laborales son distintos y eso muchas veces hace flexible un sin fin de cosas.

¿Considera que la tarea de enfermero es estresante? ¿Por qué? ¿Cómo hace para afrontar esas circunstancias estresantes?

Nuestra tarea genera un cierto estrés, tenemos que cargar con el dolor, angustias, pesares, situaciones que nos ponen al límite entre la vida y la extensión de la misma, la muerte. En estas situaciones, la manera de afrontar cada una de ellas es muy particular, diría que personal. En mi caso, mi carácter, mi personalidad me ayuda, y demasiado, en las cosas que se presentan a diario. Hay que ponerse en el lugar del otro para poder comprender porque situación esta pasando ese paciente, pero no involucrarse demasiado de manera que lleguemos a somatizar lo que le sucede a esta persona, sino, tratar de satisfacer de la mejor manera posible la necesidad.

¿Cómo considera que es su relación con los médicos?

Hay distintas relaciones, respeto, confianza y como le dije anteriormente, la personalidad de uno ayuda mucho o entorpece la situación. Aunque considero que es buena pero por momentos algo tensa.

¿Cómo es su relación con los pacientes?

El límite de la relación lo da el paciente, nosotros llegamos al paciente con tan solo preguntarle “¿como le va hoy?”. Luego el paciente da el puntapié para tener una fluidez mayor y así crear una relación sostenida en la confianza y el respeto mutuo...



¿Cree UD. Que se ha vuelto menos sensible y poco comprensivo con relación a los pacientes?

No, llevo 6 años trabajando en esta profesión, de capacitación continua, y se amoldarme a cada una de las situaciones que me tocan vivir a diario acá adentro, he ido aprendiendo, he tenido muchas experiencias de vida y de muerte, muchas veces en un mismo día, y eso impacta mucho a veces cuando uno no esta fuerte de la cabeza.

¿Qué aspectos de su actividad considera que son perjudiciales para favorecer el desarrollo de su salud mental?

La constante presión de tener en manos vidas que pueden irse con un accionar desubicado de nuestra profesión, un simple error, que lo comete cualquiera, somos seres humanos, por eso hay que estar muy conectado, concentrado y sobre todo consciente de que tratamos con vidas y hacemos actividades para prolongarla dentro de las mejores condiciones que se le pueden dar a una persona.

¿Qué aspectos de su tarea la agradan, y cuales le desagradan?

Igual a la respuesta anterior te diría. Mi físico se puede mejorar con las horas de sueño pero mi mente necesitaría un tiempo especial y lejano para recuperarse.

¿Siente motivación cuando viene a trabajar?

No siempre, a veces siento motivación al ingresar y al retirarme, rara vez durante las horas de trabajo, no tengo tiempo para ponerme a pensar si estoy motivado o no, aunque a veces me genera mucha incertidumbre, que me envuelve al no saber que encontrar o vas a experimentar hoy

¿Entre sus compañeros de trabajo, se reúnen en algún momento para hablar acerca del trabajo y sus vicisitudes?



Una vez al mes se hacen reuniones formales, casi siempre, aunque siempre comenzas hablando de temas referidos al trabajo, los pacientes, y su evolución durante la semana o el mes, según el tiempo que lleven internados, pero luego terminamos hablando de otras cosas que no tienen nada que ver, es mas bien algo de dispersión frente a tantas presiones.

Teniendo en cuenta que los turnos de trabajo son rotativos. ¿Puede asimilar su tarea a sus necesidades sanitarias, de alimentación y sueño?

Hay momentos en los cuales las necesidades se alteran y es muy difícil luego ponerse al día, mejor dicho, imposible, en horas de sueño, familia, etc. siempre que se intenta lograr algo se dejan en el camino muchas cosas insatisfechas completamente, si un enfermero duerme en su día de descanso, se pierde la contención familiar y todo el entorno, y como que uno empieza a aislarse de los amigos, vecinos, etc.

¿Esta de acuerdo con su salario? ¿Cree que sus compañeros lo están?

No, no estoy de acuerdo con mi salario, se trabaja muchas horas de corrido, y la profesión de enfermería no esta reconocida socialmente como para darle un status mayor para que nos aumenten el sueldo. Mis compañeros piensan lo mismo, es el gran y viejo dilema, la alta remuneración que tienen los doctores en comparación con las nuestras, si tenemos en cuenta que el “trabajo de campo” lo realizamos nosotros.

En una escala del 1 al 10, si tendría que asignarla un valor al grado de estrés que presenta la tarea. ¿Qué valor le asignaría?

Le asigno un “9”.



Cirugía

¿Ha sufrido una progresiva pérdida de energía?

Si, hace tiempo ya que siento que no tengo energía suficiente para terminar el día, a veces se me hace interminable y eso me genera un cansancio psicológico, no veo la hora de irme a casa.

¿Se siente sobrecargada laboralmente?

Si, a veces, cuando esta el servicio colapsado, hay 15 enfermos para cada enfermero mas o menos y según el día, como que es mucho, y uno tiene que estar muy atento porque un error puede ser fatal acá.

¿Considera que la tarea de enfermero es estresante? ¿Por qué? ¿Cómo hace para afrontar esas circunstancias estresantes?

Muy estresante, porque somos pocos los enfermeros y la demanda de pacientes es cada vez más grande y los requerimientos son continuos. Para afrontar estas circunstancias estresantes hablamos con nuestros compañeros pero no tenemos a un profesional para hacer “catarsis”

¿Cómo es su relación con los médicos?

Y...tiene que ser buena .Con algunos es buena, con otros, casi te diría que mala, y con otros es muy buena, eso muchas veces dificulta la tarea y provoca malos tratos entre nosotros, lo que en definitiva termina por perjudicar al paciente. Existe un cierto resentimiento en el ambiente hospitalario entre médicos y enfermeros, y la cosa esta muy despareja, eso se refleja perfectamente en los sueldos de los unos y los otros y en el trabajo de campo que hacemos los enfermeros, ellos tendrían que aprender a escuchar un poco mas.

¿Cómo es su relación con los pacientes?

La relación con los pacientes es buena, pero los acompañantes de estas personas son los que nos traen mayores dificultades, que van desde los horarios de visitas, acostarse en camas vacías y dejarlas sucias , hasta fumar dentro de las habitaciones de un hospital, es increíble que



esta gente no se de cuenta de eso, del mal que puede llegar a causarle a la persona que esta cuidando y al resto de los enfermos que están internados en la misma unidad.

¿Cree UD. Que se ha vuelto menos sensible y poco comprensivo con relación a los pacientes?

No, para nada me he vuelto menos sensible, todo lo contrario, a veces me pasa que me involucro demasiado con algunos pacientes, hay casos que son muy fuertes, y es imposible que no te movilicen.

¿Qué aspectos de su actividad considera que son perjudiciales para favorecer el desarrollo de su salud mental?

En primer lugar, respecto a la salud mental, creo que estaría mas protegida si pudiésemos hablar con la psicóloga aunque sea al menos tres o cuatro veces al mes, aunque se que eso es pedir mucho. Y lo que me hace mal es cuando el servicio esta colapsado, ahí hay mucha tensión en el ambiente; el poco personal de enfermería; lidiar con los familiares y acompañantes del enfermo, la verdad que eso es muy desgastante, se hace pesado a veces terminar la jornada de trabajo.

¿Qué aspectos de su tarea la agradan y cuales le desagradan?

Normalmente todas las tareas me agradan, siempre cuando las realice con tranquilidad, sin apuros. Lo que me desagrada es la gran demanda que hay, que a veces esa gran cantidad de demanda se transforma en una amenaza, lo que hace que trabaje bajo demasiada presión.

¿Siente motivación cuando viene a trabajar?

Y, mira hay días que si y días que no, según los pacientes que se encuentren en el servicio. Ahora estoy haciéndole un seguimiento a un niño de 9 años que fue operado la semana pasada por un cáncer, eso es durísimo, me conmueve, te saca las ganas de todo eso. De todas formas mi motivación es cuidar a los pacientes, aliviarlos de sus males para que mejoren, y obvio, cuando uno ve que están mejorando siente una gran satisfacción haber sido parte del equipo,



de ese proceso de cuidar a alguien, es altamente gratificante ver cuando a un paciente se le da el alta y sale caminando por la puerta del hospital.

¿Entre sus compañeros de trabajo, se reúnen en algún momento para hablar acerca del trabajo y sus vicisitudes?

No nos reunimos muy a menudo en mi servicio, aunque deberíamos hacerlo. Lo que si, es que uno siempre esta con un compañero de guardia, y ahí si uno habla y se distiende en los horarios donde menos hay que hacer.

Teniendo en cuenta que los turnos de trabajo son rotativos. ¿Puede asimilar su tarea a sus necesidades sanitarias, de alimentación y sueño?

Yo trabajo 12 horas por día, así es que mis necesidades sanitarias, de alimentación y sueño las puedo asimilar a mi tarea diaria la mayor parte del tiempo, lo que si me pasa es llegar muy cansada a casa, y a veces no tengo mucho tiempo para estar con mi familia y mis amigos, ellos ayudan mucho a despejar la cabeza de los problemas del trabajo.

¿Esta de acuerdo con su sueldo?

No. En mi caso tengo una prestación, y veo que mis compañeros realizan la misma tarea que yo y cobran el doble, esta mal distribuido el dinero y las tareas. Ellos están nombrados, pero a pesar de eso, tampoco están conformes con su sueldo, es mucha la responsabilidad y las presiones que uno pasa por 600 o 700 pesos al mes, tratamos con seres humanas que se debaten entre la vida y la muerte.

En una escala del 1 al 10, si tendría que asignarla un valor al grado de estrés que presenta la tarea. ¿Qué valor le asignaría?

Un “8”



Traumatología

¿Ha sufrido una progresiva pérdida de energía?

Llevo 13 años trabajando en esto, y estos últimos dos años si he sufrido un gran desgaste, será porque me estoy poniendo vieja y desganada. Años atrás no, nunca me había pasado, siempre estuve cargada de mucha energía.

¿Se siente sobrecargada laboralmente?

Si, tengo una sobrecarga laboral de tipo mental, creo que estoy pasada de estrés, hay días que no doy más y recién esta comenzando el día laboral.

¿Considera que la tarea de enfermero es estresante? ¿Por qué? ¿Como hace para afrontar esas circunstancias estresantes?

Es muy estresando, sobre todo cuando uno no cuenta con los recursos suficientes para ayudar a los pacientes, y cuando se trabaja solo en la toma de decisiones por la falta de respuestas del medico, que a veces esta y otras no, e intento diferencias las responsabilidades. No hago nada para afrontar lo que me produce estrés, solo lo charlo con mis compañeros. Creo que es necesario un espacio donde podamos charlas acerca de lo que nos pasa, pero no tenemos tiempo, ni espacio.

¿Cómo se lleva con los médicos?

Considero que es buena, a veces, me respetan y los respeto, pero pocas veces tienen en cuenta las observaciones que hago, a veces para mejorar la calidad del servicio de atención a los pacientes, es muy importante que los médicos sepan escuchar a los enfermeros, eso nutre la relación.

De todas formas, todos trabajamos en conjunto para brindar un buen servicio.

¿Cómo es su relación con los pacientes?

Buena, aunque a veces me satura el sistema de aplicar la burocracia para resolver los problemas, también es muy molesto la impaciencia del 100% de los pacientes y sus familiares



que creen que uno los debe ayudar completamente y en todo, y eso no es así, nosotros brindamos ayuda, asistencia para la satisfacción de las necesidades, y a veces la cosa se desvirtúa y se confunden los roles.

¿Cree UD. Que se ha vuelto menos sensible y poco comprensivo con relación a los pacientes?

Si, me he vuelto menos sensible, y trato de mantener cada vez mas distancia con el paciente, sobre todo en lo que respecta a la resolución de los problemas del paciente, me he dado cuenta de que no puedo solucionarlo todo, y eso me ha traído grandes dolores de cabeza

¿Qué aspectos de su actividad considera que son perjudiciales para favorecer el desarrollo de su salud mental?

Sin dudas, que el servicio colapsado. Creo que es el momento donde mas estresados estamos los enfermeros; el servicio colapsa por dos sentidos a mi entender, uno, por falta de camas y otro por falta de enfermeros, es un caos total y se trabaja con mucha presión en esos momentos.

¿Que aspectos de su trabajo le agrada y cuales le desagrada?

Lo que me agrada es poder ayudar a la gente que en un momento de su vida no la esta pasando bien, que por “X” motivos su salud se ve deteriorada de una forma que necesita el cuidado de terceros, asistirlos, ayudarlos, es muy gratificante la tarea de ayudar a otros. Lo que mas me molesta en esta tarea es toda la parte administrativa, existe mucha burocracia, y hay momentos en que se deben tomar decisiones rápidas que hacen que una vida se salve, y ahí , justo en ese momento, aparecen todo tipo de tramites internos, por ejemplo, si se necesita una medicación urgente, porque se han agotado y nadie se acordó de renovar stock, hay que salir corriendo a la farmacia del hospital en busca de mas, pero no te las dan en 2 minutos, lleva un tiempo, y ese tiempo, es decisivo en algunos momentos; otra cosa que me desagrada es que nos tengan poco en cuenta a veces, que no valoren nuestra tarea, a veces la gente no se da cuenta que somos nosotros, los enfermeros, el nexo con el enfermo y el hospital, y hasta incluso con la vida...



¿Se siente motivado cuando viene a trabajar?

Por un lado” si”, porque estoy haciendo lo que me gusta, y por el lado económico “no”, eso deja mucho que desear.

¿Entre sus compañeros de trabajo, se reúnen en algún momento para hablar acerca del trabajo y sus vicisitudes?

Todo el servicio no se junta casi nunca, a veces una vez por mes, y fuera del hospital, pero no van muchos, y acá dentro del hospital es muy raro, estamos muy ocupados para poder hacer reuniones, no hay una planificación de reuniones, es solo con los jefes de servicio no mas; otras, salen sobre la marcha y con los que estén ahí en ese momento, con el que este menos ocupado y después los presentes comunican a los que no estuvieron.

Teniendo en cuenta que los turnos de trabajo son rotativos. ¿Puede asimilar su tarea a sus necesidades sanitarias, de alimentación y sueño?

Y...el cuerpo se acostumbra, se duerme mal, y se alimenta mal....

¿Esta de acuerdo con el salario?

No, para nada, no es el que corresponde, no se reconoce el titulo ni los logros. Eso genera mucho descontento. Hay compañeros míos que son contratados y otros que son permanentes, y trabajan la misma cantidad de horas y hacen las mismas funciones pero el sueldo es distinto, ni que hablar de los temporales; genera mucho descontento entre los mismos enfermeros y entre los superiores.

En una escala del 1 al 10, si tendría que asignarla un valor al grado de estrés que presenta la tarea. ¿Qué valor le asignaría?

Por lo general, un 8 te diría, según el día y la cantidad de pacientes, puedo bajar a un 6 o subir a un 10, pero si hago un promedio es de 8.