

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CENTRO AMERICA
INSTITUTO DE ENSEÑANZA DE POSTGRADO E
INVESTIGACION**

**TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OPTAR POR EL
GRADO DE MAESTRIA PROFESIONAL EN
PSICOLOGIA EMPRESARIAL**

**PROPUESTA DE UN PROGRAMA INTEGRAL DE AUTOCUIDADO BASADO
EN LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURN OUT Y DIRIGIDO AL
PERSONAL DE ENFERMERÍA
DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO**

ELABORADO POR:

LICDA. JULIETA RODRÍGUEZ RAMÍREZ

**SEDE CENTRAL, J. GUILLERMO MALAVASSI VARGAS
SAN JOSÉ, COSTARICA
OCTUBRE, 2009.**

Dedicatoria

Gracias *Señor*, porque todo lo puedo en *Ti*, que me fortaleces.

A mi hija *Leonor*, tu llegada a mi vida ha sido mi mayor fuente de inspiración.

Gracias por tu amor incondicional en todo momento, por ti hoy con orgullo llegue al final de este trabajo.

Te Amo Princesa.

Agradecimientos.

Deseo agradecer, al Personal de Enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico, porque sus experiencias, aportes y trabajo diario, me motivaron a realizar ésta investigación. Que Dios los(as) bendiga siempre.

A mi esposo Alonso, por apoyar siempre mis sueños y metas, sin poner condiciones.

Al Msc. William Ramírez por todo su apoyo personal y profesional, a lo largo del proceso de investigación.

A la Msc. Shirley Fallas y a la Msc. Floricel Salazar por participar en las revisiones y recomendaciones de éste documento.

A la familia de mi esposo, mi familia y amigos(as) por sus oraciones y buenos deseos.

¡Muchas Gracias!

Tabla de Contenido

Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Tabla de Contenido	iv
Lista de Cuadros	vi
Lista de Gráficos	viii
CAPITULO I	
1. Introducción	10
1.1 <i>Justificación</i>	18
1.1.1 <i>Planteamiento del problema</i>	18
1.1.2 <i>El problema y su importancia</i>	18
1.2 <i>Objetivos</i>	31
1.2.1 <i>Objetivo General</i>	31
1.2.2 <i>Objetivos Especificos</i>	31
CAPITULO II	
2. Marco de Referencia	34
2.1 <i>Conceptualización de la Salud y Salud Mental</i>	34
2.1.1 <i>La Importancia de la Salud Mental a nivel laboral</i>	37
2.1.2 <i>La pérdida de la Salud Mental a nivel laboral</i>	41
2.2 <i>Generalidades del Síndrome de Burn out</i>	47
2.2.1 <i>Antecedentes históricos del Síndrome de Burn out</i>	47
2.2.2 <i>Etiología del Síndrome de Burn out</i>	57
2.2.3 <i>Manifestaciones del Síndrome de Burn out</i>	60
2.2.4 <i>Forma de medir el Síndrome de Burn out</i>	62
2.3 <i>Relación del Síndrome de Burn out y el personal de enfermería</i>	66
2.3.1 <i>Naturaleza del trabajo de Enfermería</i>	66
2.3.2 <i>Implicaciones del Síndrome de Burn out en el Personal de Enfermería Psiquiátrica</i>	70
2.4 <i>Importancia de los Programas de Autocuidado a nivel laboral</i>	81
2.4.1 <i>Contribución teórica desde el Modelo de Calidad de Vida para la creación de Programas de Autocuidado</i>	90
2.4.2 <i>Contribución teórica desde el enfoque del Apoyo Social para la Prevención del Síndrome de Burn out</i>	98
CAPITULO III	
3. Procedimiento Metodológico	104
3.1 <i>Tipo de Investigación</i>	104
3.2 <i>Muestra poblacional</i>	106
3.3 <i>Metodología Utilizada</i>	110
CAPITULO IV	
4. Resultados del Diagnóstico	116
4.1 <i>Sub-escala Desgaste Emocional</i>	122
4.2 <i>Sub-escala de Despersonalización</i>	124
4.3 <i>Sub-escala de Realización Personal</i>	126

CAPITULO V	
5. Recomendaciones	133
5.1 <i>Propuesta de un Programa Integral de Autocuidado basado en la prevención del Síndrome de Burn out y dirigido al Personal de Enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico</i>	133
5.1.1 <i>Módulo: Manejo del cansancio emocional</i>	135
5.1.2 <i>Módulo: Mitigando la Despersonalización</i>	175
5.1.3 <i>Módulo: En busca de la Realización Personal</i>	210
5.2 <i>Recomendaciones Generales</i>	224
CAPITULO VI	
6. Conclusiones	227
CAPITULO VI	
7. Bibliografía	230
7.1 <i>Bibliografía Citada</i>	230
7.2 <i>Bibliografía Consultada</i>	237
Anexos	240

Lista de Cuadros

Cuadro N°1: Valores para las tres sub-escalas del Maslach Burn out Inventory-HSS.

Cuadro N°2: Distribución del personal de enfermería del pabellón 1 de mujeres según edad, Hospital Nacional Psiquiátrico, noviembre del 2006.

Cuadro N°3: Distribución del personal de enfermería del pabellón 1 de mujeres según puesto, Hospital Nacional Psiquiátrico, noviembre del 2006.

Cuadro N°4: Años de antigüedad de trabajar en el área de la salud del personal de enfermería del pabellón 1 de mujeres según su puesto, Hospital Nacional Psiquiátrico, noviembre del 2006.

Cuadro N°5: Años de antigüedad del personal de enfermería del pabellón 1 de mujeres de trabajar en el Hospital Nacional Psiquiátrico según su puesto, noviembre del 2006.

Cuadro N°6: Personal de enfermería del pabellón 1 de mujeres según el resultado de la sub-escala de desgaste emocional, Hospital Nacional Psiquiátrico, noviembre del 2006.

Cuadro N°7: Personal de enfermería del pabellón 1 de mujeres según el resultado de la sub-escala de Despersonalización, Hospital Nacional Psiquiátrico, noviembre del 2006.

Cuadro N°8: Personal de enfermería del Pabellón 1 de Mujeres según el resultado de la sub-escala de Realización Personal, Hospital Nacional Psiquiátrico, noviembre del 2006.

Cuadro N°9: Grado de desgaste emocional del personal de enfermería del pabellón 1 de mujeres según su puesto, Hospital Nacional Psiquiátrico, noviembre del 2006.

Cuadro N°10: Puntuaciones máximas y mínimas obtenidas en personal de enfermería del pabellón 1 de mujeres según sub-escalas Maslach, Hospital Nacional Psiquiátrico, noviembre del 2006.

Lista de Gráficos

Grafico N°1: Personal de enfermería del pabellón 1 de mujeres según el grado de desgaste emocional, Hospital Nacional Psiquiátrico, noviembre del 2006.

Grafico N°2: Personal de enfermería del pabellón 1 de mujeres según el grado de despersonalización, Hospital Nacional Psiquiátrico, noviembre del 2006.

Grafico N°3: Personal de enfermería del pabellón 1 de mujeres según el grado de realización personal, Hospital Nacional Psiquiátrico, noviembre del 2006.

CAPITULO I

1. Introducción

Al poner la mirada sobre la salud de las personas y la importancia que ésta encierra, es imposible obviar la definición dada por la Organización Mundial de la Salud en su carta Magna desde 1946, donde salud “no es solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, sino un estado de completo bienestar físico, mental y social” (Organización Mundial de la Salud, 2001, p. 3).

Retomando la definición anterior, la estabilidad y bienestar mental aparecen como un componente fundamental en el equilibrio de todas las personas tanto a nivel individual como a nivel social, familiar y laboral.

En la literatura son muchas las aproximaciones por tratar de definir el concepto de salud mental, incluso para la Organización Mundial de la Salud no hay una definición oficial, debido a las diferentes culturas, divergentes posiciones subjetivas, y a las diferentes teorías profesionales existentes.

Por ejemplo, el Dr. Ahmed Okasha (2005) presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría, definió la Salud Mental, como un “estado de

bienestar en el cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de enfrentarse con los estresantes normales de la vida, pueden trabajar de una manera productiva y fructífera y hacer contribuciones en sus comunidades” (Valencia, 2007, p. 9).

Así mismo, en el Informe sobre la Salud en el Mundo (Organización Mundial de la Salud, 2001) el concepto de salud mental menciona aspectos de: bienestar subjetivo, percepción de la propia eficacia, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales; al mismo tiempo habla de un concepto de salud mental que va más allá de la ausencia de trastornos mentales, es decir, que por el hecho, de que un individuo no haya tenido hospitalizaciones con uso de psicofármacos o haya requerido de atención psiquiátrica y/o psicológica especializada, no se excluye de tener problemas en su salud mental con implicaciones negativas para el papel que desempeñe en los diferentes ámbitos de la vida tanto a nivel individual como social.

Según Valencia (2007) “la salud mental se puede entender como un proceso dinámico que, generalmente, ocurre en un continuo salud-enfermedad mental aunque en la mayoría de los casos no se llega necesariamente a la enfermedad” (p. 78).

Por ejemplo, la Federación Mundial para la Salud Mental en conjunto con la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud en el año 2008 declararon como lema “haciendo de la salud mental una prioridad global: incrementando los servicios a través de la defensa de los intereses y la acción de los ciudadanos” (Federación Mundial para la Salud Mental, 2008, para. 1).

El lema anterior deja claro que la búsqueda de la salud mental nos compromete a todos y a todas, como parte de la sociedad a tener una posición proactiva y de lucha por condiciones que favorezcan la estabilidad emocional en todos los escenarios de nuestras vidas. Al mismo tiempo hace un llamado institucional para que se aumenten y fortalezcan los servicios de salud mental en los tres niveles de atención, para que sean accesibles a todos(as) los(as) ciudadanos(as).

La Federación Mundial para la Salud Mental ya hizo público el lema del Día Mundial de la Salud Mental 2009 (10 de octubre) en la página electrónica de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental, donde se invita a toda la población desde los primeros niveles de atención a buscar procesos que mejoren su salud mental, y cuyo lema para el presente año es “salud mental en

atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental” (Federación Mundial para la Salud Mental, 2009, para. 1).

Igualmente, la Federación Mundial para la Salud Mental, junto a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Mundial de Médicos de Familia publicaron además que:

La atención primaria comienza en las personas e integrar la salud mental en la atención primaria es la manera más viable de asegurar que las personas tengan acceso a la atención que precisan para su salud mental. Las personas pueden acceder a los servicios de salud mental más cerca de sus hogares, permitiendo que las familias sigan juntas y manteniendo sus actividades diarias. Además se evitan indirectamente los costes asociados a buscar atención especializada en lugares distantes. La atención en Salud Mental proporcionada en atención primaria minimiza el estigma y la discriminación, y elimina el riesgo de violaciones de los derechos humanos (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental, 2009, para. 3).

Como se puede ver, son muchas las organizaciones y personas interesadas por mejorar las condiciones de la salud mental en el mundo, no obstante todos los individuos estamos sujetos(as) a situaciones de estrés donde

nuestra salud mental se puede ver leve o seriamente comprometida, lo cual representa algo de suma importancia, si esta inestabilidad mental al presentarse, producto de diversos factores como el estrés crónico, puede llevar a los individuos a claudicar en sus áreas personales, familiares, sociales y sobre todo laborales.

Las personas dedicadas a trabajar en el área de la salud, docencia o ciencias sociales, por ejemplo son muy vulnerables a sufrir estrés crónico y severo, y por ende experimentar mayor deserción a nivel laboral. El diario La Nación (México) informó el 30 de abril del 2001 que “según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), los problemas psicológicos causados por el trabajo se han incrementado; que uno de diez trabajadores sufre depresión, ansiedad, estrés y cansancio, que en algunos casos llevan a la hospitalización” (Aranda, Pando y Pérez, 2004, p. 81)

A sí mismo, el Grupo de Trabajo Europeo de la Organización Mundial de la Salud (Levi, 2001, citado en Schwartzmann, 2003) estima que para el año 2020, el estrés será la principal causa de muerte en el mundo alcanzando a las enfermedades cardiovasculares y a las depresiones con riesgo suicida.

El trabajo del personal de salud puede ser muy satisfactorio y gratificante, pero también está lleno de estrés y preocupaciones. La medicina en salud mental y psiquiatría en la mayoría de los casos, está a cargo de equipos interdisciplinarios conformados por personal médico, de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y voluntarios(as). Al igual que otros profesionales de carreras de servicio como docentes, policías y sacerdotes, el personal de salud, no escapa de sufrir un conjunto de signos y síntomas relacionados con una ruptura en su salud mental, ocasionado por un estrés crónico y que se caracteriza por su desgaste emocional, despersonalización y falta de realización personal, mejor conocido como el *Síndrome de Burn out*, *Síndrome del Desgaste Profesional*, y/o *Síndrome del Quemado*.

El *Síndrome de Burn out* fue descrito por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberg, psiquiatra y psicoanalista, que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York:

Uno de los puntos que enfatiza Freudenberg es que no se trata de agotamiento por exceso de trabajo, es decir, no es algo que pueda curarse tomando unas vacaciones. No se trata sólo de cansancio, sino que es una especie de “erosión del espíritu”, que implica una pérdida de la fe en la empresa de ayudar a otros (Arón y Llanos, 2004, p.2).

En la década de los ochenta, la psicóloga social Cristina Maslach, lo describió como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan o cuidan a otras personas.

Así mismo, son de suma importancia las implicaciones mentales, físicas y conductuales que pueden presentar los y las que participamos en el cuidado de personas con enfermedades mentales y que estamos en riesgo de sufrir el *Síndrome de Burn out* por la naturaleza del trabajo.

Dadas las razones anteriores, se realizó el siguiente trabajo de investigación, el cual tiene un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, y que como objetivo general se planteó desarrollar una Propuesta de un Programa Integral de Autocuidado basado en la prevención del Síndrome de Burn out y dirigido al personal de enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico.

La idea de desarrollar una Propuesta de un Programa Integral de Autocuidado nace por un lado de los resultados obtenidos del diagnóstico sobre la presencia del *Síndrome de Burn out*, realizado al personal de enfermería del pabellón 1 de mujeres, durante octubre del año 2006; así como por la inexistencia de un programa, consulta formal o espacio

dedicado exclusivamente a fomentar la salud mental de los trabajadores del Hospital Nacional Psiquiátrico (entre ellos el personal de enfermería).

La siguiente investigación es parte de los requisitos para optar por el grado de Maestría Profesional en la especialidad de Psicología Empresarial de la Universidad Autónoma de Centro América.

1.1 Justificación

1.1.1 Planteamiento del problema.

Actualmente el Hospital Nacional Psiquiátrico, es un centro especializado clase A en salud mental, no obstante, no cuenta con un programa de autocuidado dirigido al personal de enfermería, a pesar de todas las consecuencias emocionales, físicas, psicológicas, sociales, económicas y laborales, que implican las enfermedades profesionales, para los individuos y donde éstos se desempeñan.

La presente investigación se da como una respuesta a dicha necesidad pues en la misma se plantea una Propuesta de un Programa Integral de Autocuidado basado en la prevención del Síndrome de Burn out y dirigido al personal de enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico.

1.1.2 El problema y su importancia.

Como ya se mencionó, la relación entre trabajo y salud mental ha venido en aumento en las últimas décadas, tanto para los investigadores como para los organismos internacionales y las empresas, cuyos trabajadores han evidenciado una disminución en su productividad y un aumento en sus incapacidades, debido al deterioro en su salud mental.

Y es que al revisar algunas estadísticas generales, son alarmantes los datos que se pueden encontrar, por ejemplo, según la Organización Mundial de la Salud (2003, 2005 a, b) “actualmente se calcula que 450 millones de personas en el mundo padecen alguna forma de trastorno mental, que les genera sufrimiento e incapacidad...una de cada 4 personas se verá afectada por algún trastorno mental en su vida” (Valencia, 2007, p.75).

Un estudio hecho por la Organización Internacional del Trabajo llamado “Mental Health in the Workplace” presentado en el año 2000, en Ginebra (citado en Sánchez, 2006) reveló que el trabajo, a nivel general, se ha convertido en un factor determinante como causa de cuadros neuróticos y sus derivados en los trabajadores a todo nivel.

Dicho informe hizo un análisis entre la relación del trabajo y la salud mental en varios países, entre los que estaban: Alemania, Estados Unidos, Finlandia, Polonia y Reino Unido, encontrándose datos sorprendentes por su principal investigadora Phyllis Gabriel:

En Estados Unidos se observó que la depresión clínica afecta cada año al 10% de los adultos en edad de trabajar, lo que implica pérdidas cercanas a los 200 millones de días de trabajo al año. En Finlandia, se estima que 50% de los trabajadores sufre alguna sintomatología ligada al

estrés y 7% padece cansancio severo. En Alemania, los trastornos depresivos son responsables de casi el 7% de las jubilaciones prematuras y la incapacidad laboral por depresión se prolonga dos veces y media más que la provocada por otras enfermedades...en el Reino Unido se estima que 30% de los empleados sufre problemas de salud mental (Sánchez, 2006, p.66).

Vale la pena señalar de las estadísticas anteriores, que dichos países no fueron escogidos para dicha investigación por su incidencia o prevalencia en enfermedades mentales ligadas al trabajo, sino porque estos países cuentan con diversos programas de protección tanto a nivel legal como asistencial para sus trabajadores, entre los que se encuentran los programas de autocuidado:

El autocuidado es una línea de gestión que se desarrolla directamente con los trabajadores y con la gerencia a nivel organizacional. La idea es lograr que los trabajadores adopten conductas que vayan en beneficio de su propia persona” (Sánchez, 2006, p. 67).

El autocuidado etimológicamente está compuesto de dos palabras “auto del griego *αὐτο* que significa “propio” o “por uno mismo”, y cuidado del latín *cogitātus* que significa “pensamiento”. Tenemos entonces el cuidado

propio, cuidado por uno mismo literalmente” (Wikipedia, 2009, Autocuidado, para. 1)

Así mismo, podemos tomar el concepto de autocuidado citado por Arenas, L., Hernández, I., Valdez, R. y Bonilla, P. (2004) donde:

Se considera al autocuidado como aquellas acciones que cada persona puede realizar cotidianamente para incrementar la salud y el cuidado personal en las dimensiones física, emocional y social. El autocuidado esta determinado e influido por las condiciones de existencia, por factores socioculturales, por patrones familiares, experiencias previas y percepciones individuales (p. 328).

Los programas de autocuidado se plantean como un espacio de promoción de la salud mental y física, prevención del estrés y de enfermedades laborales, de gran incidencia en nuestros tiempos.

El desarrollo y la eficacia de los programas de autocuidado dirigidos hacia los trabajadores de una empresa, depende en gran parte del compromiso de profesionales especializados en el área de salud ocupacional, salud mental, recursos humanos y/o psicología laboral, los cuales de algún modo están sujetos, a su vez, a la capacidad e interés de su institución por abrir los

espacios para el desarrollo de programas integrales, sensibles y prácticos, para ofrecer los cuidados necesarios, a fin de proteger y/o tratar a su personal con riesgo de sufrir algún tipo de enfermedad profesional como lo sería el *Síndrome de Burn out*.

El *Síndrome de Burn out* constituye un problema cada vez mayor y de gran relevancia, en especial en aquellas personas dedicadas al cuidado de otras.

En entrevista realizada a la Ing. Mónica Arguedas Sánchez, en marzo del presente año, quien es la encargada de la Oficina de Salud Ocupacional del Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP), y quien actualmente maneja el registro de todas las incapacidades por enfermedad y accidentes laborales, de dicho centro, fue posible obtener información estadística del año 2008, donde por ejemplo se registró un total de 3094 (no incluye el número de incapacidades por accidentes laborales) incapacidades por enfermedad en los trabajadores del HNP a nivel general, de las cuales llama la atención, por ser considerado un grupo de alto riesgo de sufrir el *Síndrome de Burn out*, que el Departamento de Enfermería registró 1282 incapacidades, entre enfermeras(os) profesionales, auxiliares de enfermería y asistentes de pacientes, casi la mitad del número total de incapacidades de todo el HNP.

La enfermedad laboral o profesional según Jiménez y Ruiz “es aquella causada, o que ya presente, puede agravarse, mediante la exposición al medio laboral” (2001, Introducción, para. 6).

En el Código de Trabajo de Costa Rica (1943) Título IV, sobre la protección de los trabajadores durante el ejercicio de su trabajo, establece que la enfermedad del trabajo es “todo estado patológico, que resulte de la acción continuada de una causa, que tiene su origen o motivo en el propio trabajo o en el medio y condiciones en que el trabajador labora, y debe establecerse que éstos han sido la causa de la enfermedad” (Código de Trabajo, 1943, Capítulo I, para. 13).

El *Síndrome de Burn out* se considera una enfermedad del trabajo, no obstante, nuestro Código de Trabajo no la contempla como tal. En Costa Rica no disponemos de estadística alguna que nos de información sobre incapacidades temporales o permanentes a raíz del mismo; el Instituto Nacional de Seguros (INS) que actualmente es la entidad pública que vigila el cumplimiento de la Ley del Código de Trabajo en materia de seguros, no puede dar ninguna cobertura al trabajador que lo sufra, dado que no está categorizado dentro del Código de Trabajo como una enfermedad laboral; según en llamada telefónica el 12 de junio del presente año, al señor Guillermo López, Técnico del Departamento de Salud Ocupacional del

INS, han existido casos de algunas enfermedades que no estando en el listado del Código de Trabajo han sido amparadas por la institución, debido a que los perjudicados han demostrado con pruebas fehacientes que la enfermedad sí se originó en sus trabajos.

En Costa Rica no se encontró ningún dato histórico, hasta la fecha, que hable de un trabajador que haya tenido que acudir al INS, la Caja Costarricense de Seguro Social o instancias legales para que se le reconozca una incapacidad laboral por sufrir el *Síndrome de Burn out*; a manera de hipótesis, esto puede deberse, por un lado al desconocimiento que maneja la población en general sobre dicho síndrome y por otra parte, muchas personas que sufren los síntomas depresivos y ansiosos de éste, pueden ser diagnosticadas erróneamente con algún tipo de depresión u otra enfermedad mental.

Como en el resto de los trastornos psicosociales, el hecho de que el *Síndrome de Burn out* no esté asociado a un riesgo físico “objetivo” puede limitar en parte su inclusión en la categorización de enfermedades laborales reconocidas por la ley. Esto se torna contradictorio, pues se sabe que las enfermedades psico-sociales están entre las primeras que ocasionan incapacidades laborales a nivel mundial.

En un futuro cercano debería plantearse un proyecto de ley en Costa Rica, donde se solicite su reconocimiento como enfermedad profesional, en el marco de un sistema abierto, por el cual podría ir incluyéndose nuevas enfermedades profesionales según fueran apareciendo, para desarrollar programas de ayuda destinados a prevenir esta problemática.

Al revisar la literatura de otros países, se encontró el caso de una educadora con 35 años de servicio, que acudió a los tribunales para apelar el diagnóstico de su incapacidad permanente, dándole la razón un Juez de Barcelona (España), quien consideró que el *Síndrome de Burn out*, en su caso ,debía considerarse como un accidente laboral. A la mujer en un inicio, se le había dado una incapacidad permanente con un diagnóstico de trastorno de ansiedad, trastorno distímico y trastorno de personalidad no especificado. El fallo del Juez, recogió un estudio realizado en 1995 por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, en el cual se afirmó, que:

La situación de “Burn out” se da cuando el trabajador ve defraudadas las expectativas que tenía respecto a su trabajo y cuando el trabajador se encuentra bastante imposibilitado en el control o en la modificación de la situación laboral y de poner en práctica sus ideas con respecto a cómo ha de ser realizado su trabajo (FETE-UGT, 2003, p.6).

Por otra parte, existen muchas investigaciones sobre el *Síndrome de Burn out*, pero son pocas las estadísticas con las que se cuentan en relación a la presencia, incidencia o prevalencia de esta patología en el personal de salud. En relación a lo anterior, Aranda et al. (2004) mencionan que:

Desafortunadamente, no existen estadísticas confiables sobre esta patología, pero se calcula que una tercera parte de las bajas laborales entre los profesionales de la sanidad y los docentes se deben a ella. Gil Monte y Peiró (1997) refieren que el síndrome del quemarse por el trabajo oscila entre 5 y 15% como mínimo (p. 82).

Para que se desarrolle el *Síndrome de Burn out* deben interactuar varios factores, entre los que se consideran las respuestas individuales al estrés, junto con la presión laboral en el ambiente de trabajo. En este sentido, el personal de salud se constituye en blanco fácil para desarrollar el síndrome y dentro del mismo el personal de enfermería, se identifica como un grupo muy vulnerable. En este sentido, Maslach y Jackson (1986) citado en Albaladejo, R., Villanueva, P., Astacio, P., Calle, M. y Domínguez, V. (2004) refieren con respecto al *Síndrome de Burn out* que “la enfermería se ha identificado como un grupo especial de riesgo porque en ella concurren factores personales, profesionales e institucionales, que son causas potenciales del síndrome que estudiamos” (p. 507).

Albaladejo et al. (2004) señalan en una investigación transversal realizada entre los profesionales del área de enfermería del Hospital Clínico Universitario San Carlos (España) que:

Según estudios epidemiológicos recientes realizados en el personal de enfermería, hasta un 25% del mismo estaría afectado por el síndrome. En el clásico estudio de House en las enfermeras, se identificaban como características negativas del ambiente laboral la carga de trabajo, la ambigüedad del rol a desempeñar y la baja autoestima o valoración personal (p. 506).

A sí mismo, en el año 2003 se realizó una investigación cuya muestra estaba conformada por 199 miembros del personal de enfermería de cinco hospitales psiquiátricos, dos hospitales generales psiquiátricos y tres departamentos de psiquiatría de hospitales generales en Atenas (Grecia); Según Adali, E., Primi, M., Evagelou, H., Mougia, V., Ifanti, M., y Alevizopoulos, G. (2003) encontraron como parte de sus resultados, que la afectación del *Síndrome de Burn out*, se encontraba en grado moderado a nivel general en todos los hospitales y el agotamiento emocional específicamente, del personal de enfermería que trabajaba en hospitales psiquiátricos, era estadísticamente mas relevante, al ser comparado con el

personal de los departamentos de psiquiatría, dentro de hospitales generales “muchos de los factores ligados al ambiente de trabajo que existen en los hospitales psiquiátricos están directamente conectados con el desarrollo del *Síndrome del Quemado* entre el personal de enfermería” (Adali et al., 2003, p.168).

En Costa Rica, son inexistentes las investigaciones publicadas con el fin de desarrollar un Programa Integral de Autocuidado basado en la prevención del Síndrome de Burn out y más aún, si este va dirigido hacia el personal de enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico. Entre los antecedentes se encontró una investigación realizada por Araya (2003) donde la muestra seleccionada fueron auxiliares de enfermería del Hospital San Rafael de Alajuela y se basó en detectar el *Síndrome de Burn out*, en dicha población.

Por lo tanto, al retomar el problema de esta investigación donde se plantea que el Hospital Nacional Psiquiátrico no cuenta con un Programa de Autocuidado dirigido al personal de enfermería; así como al analizar las estadísticas de varias investigaciones, la literatura, los resultados del diagnóstico y como futura Master en Psicología Empresarial, es que sí creo, que no sólo la población e institución estudiada requieren de un Programa Integral de Autocuidado a nivel laboral, sino que todas las empresas.

Se debe desarrollar un rol fundamental, como especialistas en Psicología Empresarial, no sólo por ser parte de la comunidad, sino porque hemos decidido o hemos sido designados, para cumplir una misión específica en lo que se refiere al bienestar y protección de los trabajadores dentro de las instituciones públicas y privadas. Y más aun, si estamos hablando del personal de enfermería que labora en el Hospital Nacional Psiquiátrico, al cual también pertenezco.

Por lo tanto, no solo es la necesidad por conocer y profundizar en el tema del *Síndrome de Burn out*, lo que justifica esta investigación, sino que el desarrollo de una propuesta de un “*Programa Integral de Autocuidado basado en la prevención del Síndrome de Burn out*” puede brindar estrategias al HNP que prevengan o mitiguen en parte, el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal, (dimensiones de afectación del *Síndrome de Burn out*) en el personal de enfermería, y a su vez, pero no menos importante, que sean los y las pacientes con enfermedades mentales que ingresen al Hospital Nacional Psiquiátrico los y las verdaderos(as) beneficiados(as), con una atención calida, segura y efectiva por parte de su personal.

La noción de autocuidado será compartida en la creación del Programa Integral de Autocuidado: por un lado la institución (HNP), deberá sentir la

necesidad de proteger a su fuerza laboral y brindar el espacio para el desarrollo de programas y consultas especializadas en Salud Mental; por otra parte, los trabajadores de la salud, en este caso el personal de enfermería, deberá hacer conciencia en la necesidad e importancia de autocuidarse, en este sentido:

La CCSS debe contemplar como norte en la gerencia de recursos humanos una racionalización del gasto y un aumento de la capacidad de sus funcionarios para desempeñar sus labores de acuerdo con las necesidades institucionales y del país. No cabe duda de que el recurso humano es el más grande tesoro que tienen las organizaciones y que ningún esfuerzo encaminado a la superación institucional se puede concretar si no hay una adecuada y oportuna preparación del mismo (Jiménez y Ruiz, 2001, Introducción, para. 17).

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Desarrollar una propuesta de un Programa Integral de Autocuidado basado en la prevención del *Síndrome de Burn out* y dirigido al Personal de Enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Realizar un diagnóstico sobre las tres áreas de afectación del *Síndrome de Burn out*, (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) en el personal de enfermería del Pabellón 1 de Mujeres del Hospital Nacional Psiquiátrico.
- Desarrollar un programa de actividades destinado al autocuidado y manejo del *Cansancio Emocional*, en el personal de enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico.
- Implementar un programa de actividades que ayude y mitigue la *Despersonalización*, en el personal de enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico.

- Contribuir con un programa de actividades dirigidas a la motivación y *Realización Personal*, en el personal de enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico.

CAPITULO II

2. Marco de Referencia

2.1 Conceptualización de la Salud y Salud Mental.

Al revisar el concepto de salud son muchas las definiciones que se pueden encontrar, de las cuales por mencionar algunas tenemos primeramente la de la Organización Mundial de la Salud desde los años 60 donde la definen como un “estado de completo bienestar mental, físico y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia” (Valencia, 2007, p.79).

Dado lo anterior, queda claro que la dimensión salud es multifactorial e integralista y no va depender únicamente, de un diagnóstico médico de alguna patología, sino de la armonía bio-psico-socio-espiritual de los individuos:

Las causas de los trastornos mentales incluyen una combinación de factores biológicos, genéticos, psicológicos, emocionales, psicosociales, cognitivos, ambientales y sociales. El modelo de abordaje que actualmente se utiliza es el bio-psico-social que incluye factores biológicos y psicosociales. El componente biológico incluye alteraciones en algunas

áreas del cerebro y el componente psicosocial, alteraciones en el funcionamiento interpersonal (Valencia, 2007, p.77).

Existen pensadores modernos que consideran que la definición de la OMS puede resultar utópica, pues lograr ese estado de “ completo bienestar” en los tiempos que vivimos de tanta inestabilidad económica, social y familiar, resulta prácticamente imposible, no obstante, es el reto a plantearse en busca de la felicidad y la armonía con uno mismo.

En 1992 se agregó a la definición de la OMS, una oración que sigue muy en boga “y en armonía con el medio ambiente, ampliando así el concepto” (Wikipedia, 2009, Salud, para.1). Y es que hasta hace unos años los seres humanos han comenzado hacer conciencia de que se debe ser amigable con el medio ambiente, no agotar los recursos naturales, reciclar los materiales de desechos y utilizar biocombustibles.

Por otra parte, también se puede extraer una definición de René Dubos, la cual es muy motivadora “la salud es principalmente una medida de la capacidad de cada persona de hacer o convertirse en lo que quiere ser” (Wikipedia, 2009, Salud, para.3). La misma invita a la reflexión y hacer a un lado los temores y barreras, que muchas veces nosotros mismos nos ponemos al querer alcanzar nuestras metas.

De la mano de las definiciones de salud, tenemos también la de salud mental; según la OMS no hay una definición “oficial” de salud mental, esto debido a que por las diferentes culturas y variadas teorías profesionales existentes, hacen difícil una simple definición.

Okasha, (2005) (citado en Valencia, 2007) consideró la salud mental como “un estado de bienestar en el cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de enfrentarse con los estresantes normales de la vida, pueden trabajar de una manera productiva y fructífera y hacer contribuciones en sus comunidades” (p.79).

En general, muchos expertos concuerdan en que la salud mental y las enfermedades mentales no son opuestas. En otras palabras, que el no padecer una enfermedad mental, no es necesariamente un indicador de contar con una buena salud mental.

Se sabe que la salud mental se caracteriza por un equilibrado estado psíquico y que es un concepto que se refiere al bienestar emocional y psicológico del individuo. Por ejemplo, Merriam-Webster define la salud mental como un “estado del bienestar emocional y psicológico en el cual un individuo pueda utilizar sus capacidades cognitivas y emocionales,

funcionar en sociedad, y resolver las demandas ordinarias de la vida diaria”
(Wikipedia, 2009, Salud Mental, p.1).

2.1.1 La Importancia de la Salud Mental a nivel laboral.

¿Por qué es tan importante la salud mental a nivel laboral? Las implicaciones psicológicas, emocionales y sociales que tiene el trabajo en los seres humanos son múltiples y variadas; encontramos que le permite crecer personal y laboralmente, ayuda a fortalecer su autoestima, autoimagen y autoconcepto, mejora su marco de referencia social, que esta relacionado con sus relaciones interpersonales y le permite adquirir mayor prestigio y solvencia económica:

El trabajo ocupa un lugar y un peso específico tan importante en nuestras vidas que de alguna manera se constituye en eje vertebrador y estructurador de las mismas y de los roles sociales que desempeñamos... encontramos que éste produce efectos tan positivos como facilitar el desarrollo personal y profesional del individuo, generar incrementos en sus niveles de autoestima o mejoras en su marco social de desarrollo (Luque, P., Gómez, T. y Cruces, S., 2000, p.147)

Por ejemplo, el concepto de *trabajo decente* fue definido, por Somavia (1999) director general de la OIT, en la 87ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo:

El *trabajo decente* implica acceder al empleo en condiciones de libertad y de reconocimiento de los derechos básicos del trabajo. Estos derechos garantizan que no haya discriminación ni hostigamiento, que se reciba un ingreso que permita satisfacer las necesidades y responsabilidades básicas económicas, sociales y familiares, y que se logre un nivel de protección social para el trabajador, la trabajadora y los miembros de su familia. Estos derechos también incluyen el derecho de expresión y de participación laboral, directa o indirectamente a través de organizaciones representativas elegidas por los trabajadores y trabajadoras (Somavia, 1999, p. 13).

El trabajo tiene no solo beneficios materiales por la remuneración que se va a obtener a través de él, sino que para muchas personas es considerado un medio para lograr la realización de otros objetivos de su vida personal, como son la recreación, estudios complementarios, hobbies, viajes etc.

El trabajo a nivel fisiológico mantiene la mente y el cuerpo ocupados, nos hace sentir útiles e importantes como parte de la sociedad y de la organización a la que pertenecemos.

En el trabajo las personas pueden invertir energía, expectativas, aptitudes, actitudes, habilidades, sentimientos y conocimientos con el fin de obtener algún beneficio o compensación material, emocional, espiritual, psicológica y/o social.

La salud mental en el ambiente laboral ha de ser analizada en su mayoría por la identificación y la manifestación de las percepciones y creencias compartidas de los miembros de los equipos que la forman. La dinámica social de una organización es muy importante y es necesario tomar en cuenta la naturaleza de su ambiente interno.

Al referirnos al ambiente interno o clima organizacional se puede tomar en cuenta una de las definiciones que Guillén, C., Gala, F. y Velásquez, R. (2000) mencionan donde:

El clima es una realidad imprescindible en el mundo de la empresa, que surge de las relaciones existentes entre los diversos subsistemas y que construyen el ligue entre el individuo y ambiente. Concretamente, el clima

es la percepción de un grupo de personas que forma parte de una organización y establecen diversas interacciones en un contexto laboral (p. 166).

Por lo tanto, cualquier organización de personas en definitiva va a tener este clima laboral al que se refiere la definición anterior. Ahora, no todo en el trabajo es necesariamente positivo o va a tener un ambiente laboral armonioso; entre las dificultades que se pueden encontrar más comúnmente a nivel laboral tenemos los problemas de comunicación, la lentitud en la toma de decisiones, la confusión en la aplicación de la autoridad y medidas disciplinarias, inadecuados mecanismos de reclutamiento y evaluación continua, los conflictos de roles y funciones, la competencia desleal y las condiciones de trabajo adversas.

Según Arenas, L., Hernández, I., Valdez, R. y Bonilla, P. (2004) “el hecho de que en el ambiente laboral exista competencia desleal, envidias e intrigas, genera un clima de desconfianza y de incomodidad, lo cual influye en el estado anímico y en la salud mental del personal” (p. 330).

Por lo general, las tensiones diarias, el tipo de población atendida, el estrés y la carga emocional, que enfrentan, específicamente las personas que trabajan en el área de la salud y más aún en psiquiatría, pueden

potencializar y facilitar, desafortunadamente, que estas dificultades se den más fácilmente, y por ende den origen a enfermedades de tipo laboral.

En Costa Rica según la Ley sobre Riesgos del Trabajo en su artículo 195 dice que:

Constituyen riesgos de trabajo los accidentes y las enfermedades que ocurran a los trabajadores, con ocasión o por consecuencia del trabajo que desempeñen en forma subordinada y remunerada, así como la agravación o reagravación que resulte como consecuencia directa, inmediata e indudable de esos accidentes y enfermedades (Jiménez, M. y Ruiz, L., 2001, Introducción, para. 4).

Se debe prestar especial atención al punto anterior, dado que la ruptura de la salud mental a nivel laboral puede dar origen a enfermedades profesionales, como es el *Síndrome de Burn out*.

2.1.2 La pérdida de la Salud Mental a nivel laboral.

Los diferentes cambios por los que ha pasado la humanidad: la revolución tecnológica, los procesos de globalización, los cambios climáticos, la esperanza de vida, las tasas de mortalidad, la inestabilidad política, las guerras, la pobreza, el consumismo, la violencia, han repercutido en la

estabilidad y salud mental de las personas y en el rendimiento que estas brindan en sus trabajos:

Múltiples debates y discusiones han surgido los últimos años en torno a si las condiciones laborales inciden directa o indirectamente en la salud mental de las personas. La línea que divide cuando una afección mental es causada directamente por el trabajo es muy fina y puede prestarse para errores o inexactitudes diagnosticas (Sánchez, 2006, p. 64).

Según la ponencia de Martínez, S. (2006) en el 1er Foro de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales:

El estudio de los factores psicosociales y su relación con los trastornos mentales asociados al trabajo, ha cobrado relevancia a nivel mundial en los últimos tres lustros, porque han llegado a convertirse en verdaderos problemas de salud pública. Los cambios de carácter económico y político que han venido aparejados con el desarrollo de la globalización, han permeado las diferentes sociedades y se han constituido en determinantes de carácter general que explican la aparición de muchos de estos trastornos. A pesar de que no existen aún los suficientes estudios epidemiológicos que den cuenta de manera certera de cómo influye la globalización en la salud de los trabajadores, esta influencia se orienta

hacia un cambio en el perfil de morbilidad, con mayor presencia de fatiga y estrés agudo y crónico, incremento de los trastornos mentales, psicósomáticos y músculo esqueléticos y la coexistencia de esta problemática “novedosa” con enfermedades del trabajo “tradicionales”, por procesos que no cambian (Martínez, 2006, p.1).

Por ejemplo, Jiménez y Ruiz (2001) citan el estudio inglés OPRA (Occupational Physicians Reporting Activity) sobre la frecuencia de enfermedades profesionales realizado a 21 686 trabajadores, que entre sus resultados evidenció 44% de enfermedades músculo-esqueléticas, 23% de problemas dermatológicos, 16% de trastornos mentales, y casi 10% de afecciones respiratorias, entre otras.

Por otra parte, Castellá J., y Castejón E. (2006) explican las tres alternativas que pueden existir para establecer una enfermedad profesional:

- La primera es una definición abierta, donde se define la enfermedad profesional como toda aquella provocada por el trabajo; pero debe demostrarse que el trabajador que está enfermo, efectivamente, está siendo expuesto a un agente capaz de causar la enfermedad y que realmente existe esa relación de causalidad dentro de su trabajo.

- La segunda alternativa consiste en establecer una lista de enfermedades profesionales asociadas, cada una de ellas, a la exposición de un determinado “agente causal”. Esta alternativa facilita el reconocimiento como enfermedad profesional de las enfermedades incluidas en la lista, pero cualquier enfermedad excluida de la lista no será considerada como profesional, aunque tenga origen laboral.
- La tercera alternativa es el establecimiento del denominado sistema mixto, que es una lista de enfermedades profesionales completada con una definición abierta, que permite el reconocimiento de las enfermedades que estén excluidas de la lista, si se prueba su origen laboral.

La mayoría de los países de la Unión Europea aplican la tercera alternativa, siguiendo la recomendación de la Comisión Europea (1990) sobre esta materia, y coinciden también en considerar como enfermedades profesionales, a efectos de tratamiento, las enfermedades que no tengan un origen exclusivamente laboral pero que hayan sido agravadas por el trabajo (en caso de que esto pueda probarse).

En el 2003 la Comisión Europea elaboró una nueva recomendación que no sólo incluye una nueva y doble lista de enfermedades “profesionales” y enfermedades “sospechosas de serlo”, sino que establece además diez “recomendaciones básicas” para la prevención, reconocimiento y tratamiento de las mismas.

En Costa Rica desde 1943:

Se denomina enfermedad del trabajo a todo estado patológico, que resulte de la acción continuada de una causa, que tiene su origen o motivo en el propio trabajo o en el medio y condiciones en que el trabajador labora, y debe establecerse que éstos han sido la causa de la enfermedad (Código de Trabajo, Título IV, Capítulo I, Artículo 197).

Sea cual sea el sistema empleado, es un hecho bien conocido que sólo una pequeña fracción de las enfermedades causadas o agravadas por el trabajo se reconocen como tales. Esto se debe esencialmente a que si un determinado tipo de enfermedad puede tener un origen laboral o extralaboral (como ocurre en la mayoría de los casos), los sistemas de salud dan por sentado que se trata de una enfermedad “común”, sin llegar a investigar a profundidad cuál es realmente el origen. Según Sánchez (2006):

El trabajo pasa a constituirse en un factor de riesgo cuando existen situaciones totalmente identificables en que se pueda señalar que la actividad está causando problemas, en cuyo caso debe demostrarse la relación directa entre esa situación y la enfermedad. Vale decir, que si el factor no se presenta, el trastorno no se produce. Para que el trabajo origine patologías mentales debe contar con ciertos condicionantes como: sobrecarga, hostigamiento, menoscabo de funciones, ambigüedad de rol, ausencia de medios para ejercer un cargo, la sub-carga o conflictos éticos (p. 65).

El *Síndrome de Burn out* se considera una enfermedad laboral, no obstante en Costa Rica, ni el Ministerio de Trabajo, ni la Caja Costarricense de Seguro Social, ni el Instituto Nacional de Seguros, principal aseguradora estatal, lo tienen registrado o clasificado como una enfermedad del trabajo, a diferencia de otros países del mundo (EE.UU., Japón) lo cual representa primeramente un subregistro a nivel estadístico, pues no se pueden obtener datos de cuantos trabajadores son afectados por el *Síndrome de Burn out* y cuantos de estos requirieron de incapacidades; por otra parte, el trabajador se ve desprotegido, pues no tiene el apoyo institucional para que se le brinde la ayuda o tratamiento necesario para hacerle frente.

2.2 Generalidades del Síndrome de Burn out.

2.2.1 Antecedentes históricos del Síndrome de Burn out.

El termino “Burn out” tiene su origen en el lenguaje de los deportistas anglosajones, cuya traducción castellana significa “estar quemado.” El *Síndrome de Burn out* fue descrito por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberg, psicoanalista alemán que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York.

Freudenberg, observó que al año de trabajar, la mayoría del personal sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes:

La primera vez que se utilizó este término fue en la década de los 70 para referirse a los problemas de fatiga y cansancio profesional de los empleados de los servicios socio-sanitarios (trabajadores del área de salud mental, servicios sociales, profesionales educativos, etc.). Sin embargo se ha constatado que todos los profesionales, sea cual sea su ocupación, son susceptibles de desanimarse y perder su entusiasmo por su trabajo (Castillo, 2000, para.5).

En las mismas fechas, la psicóloga social Cristina Maslach, estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de asistencia social o de ayuda, calificó a los afectados de sobrecarga emocional como portadores del *Síndrome del Burn out*. Esta autora lo describió como “*un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal*” que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas.

Siguiendo a Maslach y Jackson (1982) citados en Álvarez, P., López, F., Moriña, M., Pérez, M., Freire, P. y Fernández, R., (2002) el *Síndrome de Burn out* fue definido como:

Una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son: un agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación hacia los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que se han de realizar de esta forma encontramos las tres dimensiones que tiene y que son evaluadas por las escalas que lo valoran: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal (p. 246).

Existen una gran cantidad de estudios que hablan sobre el desarrollo, prevalencia y/o incidencia del *Síndrome de Burn out*, a nivel general, en este sentido Aranda, et al. (2004) hacen una recopilación exhaustiva,

histórica y científica de investigaciones desde diferentes modelos metodológicos, entre las cuales se pueden mencionar a manera de resumen los estudios transversales, analíticos y descriptivos del *Síndrome de Burn out* por Aranda et al. (2003, 2004); Guillén y Gala (2003); Pando et al. (2000); Carmona, Sanz y Marín (2001). Estudios de carácter comparativo como los de Atance et al. (1997), Carmona et al. (2001), Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1996). Entre las revisiones bibliográficas extensas están las de Barbado et al. (2002), Pérez (2001), Villalobos (1994). Desde el punto de vista de la población participante como enfermeras, médicos y personal de salud, se mencionan Garnier (2001), Gil-Monte et al. (1996), Tello et al. (2002) y Pando et al. (2000). En estudios sobre variables de tipo sociodemográficas para detectar factores de riesgo del Síndrome de Burn out están Carmona et al. (2001), Gil-Monte et al. (1996), Lavanco (1997). Por tipo de personalidad: Lavanco (1997), Manzano y Ramos (2001). De clima laboral, De las Cuevas et al. (1995). Por factores organizacionales: Aranda (2004). Por Apoyo Social, Villalobos (1994), Aranda, Pando y Pérez (2004). Investigaciones que se fundamentan en el diseño de instrumentos de evaluación o adaptación de los ya existentes: Ferrando y Pérez (1996). Estudios centrados en las posibles causas de motivación, ausentismo y desgaste laboral relacionadas con el síndrome: Atance (1997), Capilla (2000), Gil-Monte (2000), Pando et al. (2000), Ramos (2003). Para determinar la prevalencia o incidencia del Burn out en una población:

Cordeiro et al. (2003), Gala et al. (2001), Garnier et al. (2001), Hernández (1999). Y estudios sobre apoyo social extralaboral: Cassel, Caplan & Cobb (1976).

Por otra parte, al describir cada una de las 3 dimensiones que constituyen el *Síndrome de Burn out* tenemos que el *cansancio emocional*, se refiere al desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga que puede manifestarse física o psicológicamente con disminución y pérdida de recursos emocionales.

La *despersonalización o deshumanización* consistente en el desarrollo de actitudes negativas hacia los pacientes a los cuales se pueden considerar simples “números”, también hacia otras personas como lo serían los compañeros(as) de trabajo; la despersonalización en niveles moderados sería una respuesta adaptativa para los profesionales, pero esta misma respuesta, en grado excesivo, demostraría sentimientos patológicos de insensibilidad y cinismo hacia los receptores de los servicios prestados.

Y por último, en la *falta de realización personal*, aparecen una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y a su trabajo, típicas de depresión, baja moral, incremento de la irritabilidad, evitación de las relaciones profesionales e interpersonales, baja productividad, incapacidad para

soportar la tensión, pérdida de motivación hacia el trabajo, tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal.

El sufrimiento o estrés interpersonal del trabajador se origina por la identificación con la angustia del enfermo y de sus familiares, por la reactivación de sus conflictos propios y por la frustración de sus perspectivas diagnósticas-terapéuticas con respecto al padecimiento del paciente.

La edad aunque parece no influir en la aparición del síndrome, se considera que puede existir un periodo de sensibilización, debido a que en los primeros años de carrera profesional se produce una transición entre las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana y lo duro del mercado laboral. En este sentido, en un estudio sobre la prevalencia del *Síndrome de Burn out* en varios Hospitales de Girona (España), Grau, A., Suñer, R. y García, M. (2005) encontraron que efectivamente en su muestra los más jóvenes y con menos años de profesión presentaban los niveles más altos de desgaste profesional. No obstante otras investigaciones apuntan que a mayor antigüedad laboral mayor probabilidad de desarrollarlo.

Según el sexo, las investigaciones de Bernard & Meade (1993), Itzin, Newman & Gender (1995) y Tyler & Abbott (1996) citados en Aranda, et al. (2004), así como Álvarez, et al. (2002) y Albaladejo, et al. (2004) se inclinan principalmente a las mujeres como el grupo más vulnerable para padecer el *Síndrome de Burn out*, quizá por razones diferentes, como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la practica profesional y la tarea familiar.

A su vez, las mujeres se ven en desventaja por un campo laboral predominantemente masculino, donde el machismo puede sumarse a otra causa más que incida en la aparición de *Síndrome de Burn out*, “se ha encontrado que las mujeres de todas las edades padecen de discriminación en el empleo a causa de su sexo y edad, y de que esta última se combina con el género en su prejuicio” (Aranda et al., 2004, p.84).

Albaladejo et al. (2004) consideran que “según la variable sexo, serían las mujeres sanitarias las más afectadas, quizás por el mantenimiento de la doble carga de trabajo familiar y profesional” (p. 507).

En el estado civil, no existe un acuerdo unánime, una parte se inclina a que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que están casadas

o conviven con parejas estables. No obstante, otros investigadores como Albaladejo, et al. se refieren a los casados como el grupo que experimenta mayor cansancio emocional.

Por otra parte, la existencia de hijos podría considerarse un factor protector al no desarrollo del *Síndrome de Burn out*, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y que la implicación con la familia y los hijos hagan que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales.

Los turnos y el horario laboral de los trabajadores del área de la salud en la mayoría de investigaciones revisadas pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome. Por ejemplo, en una investigación sobre la rotación de turnos, la fatiga y los trastornos del sueño en trabajadores de industrias, Tovalín, H., Rodríguez, M. y Ortega, M. (2006) encontraron que:

Los trabajadores rotatorios tuvieron una mayor frecuencia de síntomas de fatiga física y general a lo largo de toda la rotación en comparación con los trabajadores que no rotaban. El riesgo de tener trastornos del sueño (somnolencia, insomnio, etc.) también fue mayor entre

los trabajadores rotativos. La frecuencia de fatiga observada entre los trabajadores rotativos puede causar en ellos en un mediano plazo diferentes problemas de salud física y mental (p.64).

Parece que en enfermería esta influencia es mayor, por ejemplo, Meza (2003) en una investigación señala que:

El horario rotativo y la jornada nocturna son otras condiciones de trabajo que generan alteraciones fisiológicas, como la ruptura del ritmo biológico circadiano. Así mismo, afectan la vida familiar y social. Ellas (os) manifiestan que esta jornada altera su estado anímico, cuyas principales manifestaciones son la angustia, el enojo, el aumento en la tensión y la irritabilidad (p. 32).

Igualmente Gracia, R., Mendoza, J. y Acosta, M. (2003) en un estudio transversal sobre la *“Actitud del personal de enfermería ante el proceso administrativo de rotación por los servicios hospitalarios”* refieren que:

Las implicaciones de esta rotación y cambio de servicio se perciben en aspectos tales como: rompimiento de clima laboral, insatisfacción del usuario y del prestador de servicios, inseguridad del personal en el

desarrollo de sus funciones, desconocimiento del ser, hacer, y deber ser de la enfermería, así también la ocurrencia de incidentes adversos relacionados con la atención de enfermería (p. 36).

Sobre la antigüedad profesional tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación con el síndrome manifestada en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y con los mayores de 10 años de experiencia. Por ejemplo, Albaladejo et al. encontraron una mayor prevalencia del *Síndrome de Burn out*, en trabajadores con una media de antigüedad en la profesión de 15 años. Por otra parte, Grau et al. (2005) encontraron que los trabajadores con menos años de profesión tenían mayor desgaste profesional y percepciones más negativas de no ser apreciados, ni valorados laboralmente por sus compañeros, jefes y pacientes:

Es conocida la relación entre el *Síndrome de Burn out* y sobrecarga laboral en los profesionales de carreras de servicio, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de los servicios y atenciones brindadas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente. No obstante, parece no existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición del *Síndrome Burn out* al “realizar funciones que no les corresponden o para las que no

han recibido capacitación, la sobrecarga de trabajo y la posibilidad de una demanda por cometer un error, se convierten en situaciones generadoras de mucho estrés (Meza, 2003, p.36).

También el salario ha sido mencionado como otro factor que afectaría al desarrollo del *Síndrome de Burn out* en estos profesionales; aunque no queda claro en la literatura y como mencionan varios investigadores de la Universidad Complutense de Madrid en cuanto a las variables y aspectos epidemiológicos del *Síndrome de Burn out* descritos, “en la literatura no parece existir un acuerdo unánime entre los distintos autores, si bien existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables” (Albaladejo et al., 2004, p. 507).

Así mismo, Cebriá et al. (2001), Thomson (1995), Byone (1994), Olivar (1999), Orozco (1993), Mira (1994), Luecken (1997) y Swanson (1998) citados en Perra, G. y Serra-Prat, M. (2002) coinciden en que:

Las causas del Síndrome del Quemado no están bien establecidas. Factores personales como la edad, el sexo o la personalidad del individuo; factores sociales como el estado civil o el número de hijos, y factores laborales, como la sobrecarga de trabajo, las relaciones con el equipo laboral, la antigüedad, el turno horario o el tipo de actividad desarrollada

pueden influir en la incidencia del Síndrome del Quemado (Pera, G. y Serra-Prat, M., 2002, p. 481).

2.2.2 Etiología del Síndrome de Burn out.

Su etiología viene en una primera instancia del estrés crónico de atender al paciente y de la insatisfacción laboral desarrollada durante ese proceso.

Según la literatura los factores etiológicos que inciden en la aparición del *Síndrome de Burn out* se pueden dividir en factores personales, profesionales y empresariales.

Los factores personales vienen del desajuste entre nuestras expectativas y la realidad cotidiana. Por ejemplo, las expectativas altruistas de poder ayudar a los que sufren, de ser un profesional competente y ser considerado como tal, de tener un prestigio social y buenos ingresos económicos; los cuales entran en dilema con los requerimientos que actualmente se exige en muchos trabajos:

Las influencias individuales y la influencia de los factores de personalidad tienen un papel determinante sobre el tipo de respuestas que un sujeto realiza ante una situación que percibe como estresante. Una persona puede sentirse estimulada ante una situación competitiva mientras

que otra, ante la misma situación, se sentirá muy agobiada. El estrés ocurre cuando las habilidades de la persona son incongruentes con las demandas del entorno laboral y de la tarea, o cuando existen impedimentos fuertes para que el trabajo consiga satisfacer sus necesidades más fuertes (Castillo, 2001, Factores personales: su influencia en el estrés, para.1)

Los factores profesionales se relacionan con una mayor proximidad al sufrimiento cotidiano, mayor implicación emocional, difícil mantenimiento de la distancia terapéutica y la gran variabilidad e incertidumbre diagnóstica. Según Castillo (2000) se pueden identificar dos tipos de estresores en esta área:

La falta de congruencia entre la posición ocupada y el nivel de preparación puede conducir a una neurosis por la tensión constante en el individuo para ocultar su falta de preparación. Un estado de frustración provocado por una promoción insuficiente o un estado de incongruencia por una promoción excesiva o por ser consciente de que se ha alcanzado techo (Castillo, 2001, Factores relacionados con el desarrollo de la profesión, para.1)

Y por último, los factores organizativos donde sobresale la burocratización; que se refiere a perder el tiempo en labores “engorrosas”, las cuales el

profesional percibe como pérdida de tiempo, provocando una sensación de angustia e impotencia en el mismo

La falta de participación es el predictor más consistente de la tensión y el estrés relacionado con el trabajo, está significativamente relacionado con los siguientes factores de riesgo para la salud: consumo de alcohol como forma de escape, ánimo deprimido, baja autoestima, insatisfacción general, nula motivación para trabajar, intención de abandonar el trabajo y ausentismo (Castillo, 2001, Factores procedentes de la estructura y el clima organizacional, para.3).

El *Síndrome de Burn out* se desarrolla de forma continua y fluctuante. Según Chernis (1989,1995a, b) el síndrome se desarrolla en tres fases evolutivas:

En la primera, tiene lugar un desequilibrio entre las demandas y los recursos, es decir se trata de una situación de estrés psicosocial. En la segunda, se produce un estado de tensión psicofísica. Y en la tercera, se suceden una serie de cambios conductuales, consecuencia de un afrontamiento de tipo defensivo, que evita las tareas estresantes y procura el alejamiento personal, por lo que hay una tendencia a tratar a los pacientes de forma distanciada, rutinaria y mecánica, anteponiendo

cínicamente la gratificación de las propias necesidades al servicio que se presta (Alcantud, s.f., Etiología y/o factores de riesgo del burn out en docentes, para. 2).

2.2.3 Manifestaciones del Síndrome de Burn out.

Los diferentes estudios concuerdan con las manifestaciones que puede presentar un trabajador que sufra de *Síndrome de Burn out* y según Maslach (1982) se pueden dividir en cuatro grupos:

- Las manifestaciones emocionales: que incluyen el distanciamiento afectivo, impaciencia, irritabilidad, sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima y pobre realización personal. Es frecuente apreciar nerviosismo, inquietud, dificultad para la concentración, memorización y una baja tolerancia a la frustración, con comportamiento paranoides y/o agresivos hacia los pacientes, compañeros y la propia familia.
- Las manifestaciones Psicosomáticas: que suelen ser de aparición precoz, cefaleas, pérdida de peso, asma, hipertensión arterial, amenorrea, insomnio, contracturas musculares de cuello y espalda, alteraciones gastrointestinales, taquicardia:

Recientes publicaciones relacionan el síndrome del «quemado» con alteraciones somáticas graves, e incluso hablan de la aparición, en el Burn out crónico de altos niveles de cortisol en saliva durante la jornada de trabajo. Estos cambios podrían explicar la asociación recientemente postulada del síndrome del quemado con la enfermedad cardiovascular (Albaladejo et al., 2004, 514).

- Las manifestaciones conductuales: con un predominio de conductas adictivas y evitativas, consumo aumentado de café, alcohol, fármacos y drogas ilegales, aumento de la conducta violenta, ausentismo laboral, bajo rendimiento personal, distanciamiento afectivo con los enfermos y compañeros y frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo y dentro de la propia familia como problemas matrimoniales. Incapacidad para relajarse.
- Las manifestaciones defensivas: estos signos tienen su origen en la dificultad de estas personas para aceptar sus sentimientos. Suelen realizar una negación de sus emociones, la supresión consciente de información, el desplazamiento de sentimientos hacia otras personas o cosas, la atención selectiva, todo ello para evitar una experiencia negativa.

2.2.4 Forma de medir el Síndrome de Burn out.

A raíz de los trabajos realizados en diferentes grupos sociales Maslach y Jackson (1986) citado en Albaladejo et al., idearon un instrumento de medida denominado Maslach Burn out Inventory (MBI por sus siglas en inglés). Se debe considerar que desde el desarrollo original de esta escala se han realizado diferentes modificaciones con el fin de facilitar su aplicación, pasándose de 47 preguntas iniciales a las 22 actuales.

Según Gil-Monte (2002) en la última edición (Nº 30) del Manual Maslach Burn out Inventory, los autores establecen la necesidad de identificar las diferentes versiones comercializadas del MBI, las cuales son:

- El Maslach Burn out Inventory-Human Services Survey, (MBI-HSS), que se le conoce indistintamente y genéricamente como el MBI, sirve para evaluar específicamente a los profesionales de los “servicios sociales y de salud”. Según Schaufeli & Enzmann (2005) citado por Kristensen éste “ha sido empleado en el 90% de todos los estudios empíricos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo en el mundo (Millán, 2008, p. 12).
- El MBI-Educators Survey (MBI-ES) es la versión para profesionales de la educación de diferentes niveles, se diferencia de la primera

porque se sustituye la palabra paciente por alumno en los ítems, así como otras pequeñas modificaciones.

- El MBI-General Survey (MBI-GS), el cual fue diseñado por Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson (1996), la misma tiene un carácter mas genérico, no exclusivo de profesionales de servicio “cuando se evalúa el síndrome del Quemarse por el trabajo mediante el MBI-GS estamos evaluando una crisis en la relación de una persona con su trabajo, y no necesariamente una crisis en las relaciones entre una persona y la gente con la que se relaciona en el trabajo (Gil-Monte, 2002, p.34).

El *Síndrome de Burn out* como se sabe, no está necesariamente restringido a los profesionales de los servicios humanos, por lo que Maslach y Schaufeli (1993) citado en Gil-Monte (2002) señala:

Que aunque este síndrome aparece como un proceso específico de estos ámbitos profesionales, el fenómeno ha sido descrito en otro tipo de profesionales, como directivos y mandos intermedios de cualquier tipo de organización, entrenadores y deportistas, e incluso ha sido estudiado fuera del ámbito laboral (amas de casa) (p.34).

El cuestionario mas utilizado es la MBI (Maslach, 1986). Esta escala ha demostrado tener una buena validez de constructo (Pera et al.), ya que tiene los valores del Coeficiente Alfa de Cronbach superiores a 0.70 para las tres subescalas, lo que indica que su consistencia interna es buena. En Costa Rica, Millán (2008) validó la versión al español de la Maslach Burn out Inventory- Human Service Survey (MBI-HSS) en un estudio sobre “La Prevalencia del síndrome del quemarse por el trabajo en médicos residentes del programa de estudios de postgrado del CENDEISSS durante el 2007.”

La MBI se trata de un cuestionario auto-administrado, constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes. El MBI se hace en unos 10 a 15 minutos y mide a su vez las tres dimensiones del Síndrome de Burn out, pues se divide en tres sub-escalas: el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal (Anexo #1: Escala de Maslach Burn out Inventory).

La sub-escala de agotamiento emocional, consta de 9 preguntas y valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo, para una puntuación máxima 54 puntos. La sub-escala de despersonalización esta formada por 5 ítems y valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento hacia los pacientes, su

puntuación máxima es de 30. Y la sub-escala de realización personal que se compone de 8 ítems, evalúa los sentimientos de auto eficacia y realización personal en el trabajo, con una puntuación máxima de 48 puntos. El grado de agotamiento se considera como una variable continua con diferentes grados de intensidad. Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33 puntos. Ahora bien, puntuaciones altas en las dos primeras sub-escalas (desgaste emocional y despersonalización) y baja en la tercera (realización personal), definen el diagnóstico del *Síndrome de Burn out*.

2.3 Relación del Síndrome de Burn out y el personal de enfermería.

2.3.1 Naturaleza del trabajo de Enfermería.

La ética médica tradicional se ha basado en dos principios fundamentales “no dañar” y “hacer el bien”. Estos dos principios han sido exigidos, a lo largo de los años, a los médicos en ejercicio y, a partir de finales del siglo XIX, se hizo extensivo su cumplimiento a otros profesionales de las ciencias de la salud.

En Enfermería, a partir de su definición como profesión, gracias a Florence Nightingale se le añadieron otros dos principios, “la fidelidad al cliente (paciente), que obliga a cumplir con los compromisos contraídos y la veracidad, aún cuando su ejercicio pueda entrañar dificultades a quien la ejerce” (Guimará, N. y Moraga, R., 2006, Resumen, para. 5).

La enfermería es una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado, en especial de quienes experimentan una situación de enfermedad y sufrimiento. Es una actividad formal que aprecia y valora la conciencia colectiva del gremio. Sus fundamentos dan sustento a una práctica, profundamente humanista, que ha evolucionado con el avance científico-técnico. Acorde con su propósito de superación, se acoge a la corriente que

tiende a garantizar la calidad en los sistemas de los servicios de salud, que busca satisfacer las necesidades de la sociedad (León, 2006, para. 3).

Por otra parte, es importante señalar que la Enfermería es una ciencia reconocida desde mediados del siglo pasado porque posee un cuerpo teórico conceptual, que sustenta sus principios y objetivos, y que se encuentra en constante renovación a través de la investigación científica; posee además, un método científico propio de actuación que se le conoce como: *El Proceso de Atención de Enfermería*, que incluye técnicas y procedimientos particulares, dirigidos al cuidado de la salud de las personas:

La Enfermería como ciencia humana práctica, es un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico. Cuenta con teorías y modelos que le proporcionan el marco teórico necesario para perfeccionar su práctica diaria, a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos (León, 2006, Métodos, para. 2).

La ciencia de la enfermería se basa en un amplio sistema de teorías que se aplican a la práctica en el Proceso de Atención de Enfermería, al proporcionar el mecanismo a través del cual el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las

respuestas humanas de la persona, la familia o la comunidad (León, 2006, Métodos, para. 3).

Por lo tanto la Enfermería:

- Es una profesión que brinda un servicio a la sociedad, que se espera sea de alta calidad, oportuno, eficiente y cálido.
- La enfermería posee un cuerpo de conocimientos y habilidades propias, que busca constantemente acrecentar su competencia para mejorar la calidad de atención en el servicio que brinda a las personas que requieren de sus cuidados.
- Cuenta con un marco teórico y objeto de estudio, el cuidado, razón de ser de la enfermería.
- Establece sus propias normas y políticas para controlar sus actividades.
- Se encarga de la preparación de las personas que van a desempeñar en algún momento la profesión.

- Posee cuatro áreas principales de acción: el cuidado directo, la administración, la educación y la investigación.
- Es versátil y adapta sus servicios a las necesidades que se le van presentando.
- Acepta la responsabilidad y el compromiso ético de proteger al paciente que cuida.
- Regula su propia práctica profesional.
- La profesión se ajusta a un código de conducta basado en principios éticos (queda a juicio de cada profesional el cumplirlo o no).
- Y convoca la unión de sus miembros con el propósito de alcanzar objetivos comunes, por medio de sus colegios profesionales.

La enfermería vela por la persona, por sus derechos, por sus sentimientos y por los derechos de la sociedad, que están orientados en las relaciones éticas que deben existir entre enfermera, paciente y la sociedad en general.

En el área de la enfermería se debe tener capacidad para estar junto a los demás, ser empático, escuchar, interpretar a los pacientes en forma abierta, sin prejuicios o críticas, aunque los valores de los usuarios(as) sean contrarios a los profesionales enfermeros(as).

2.3.2 Implicaciones del Síndrome de Burn out en el Personal de Enfermería Psiquiátrica.

Existen muchos factores dentro de los servicios de salud que pueden interferir en la atención de los pacientes, como son: los conflictos derivados de los liderazgos formales e informales, la competitividad, la mal-praxis, los factores socio-económicos, los valores y la hostilidad del medio laboral; estos factores no son nuevos, sin embargo, no son una excusa para no asumir el deber de reflexionar sobre ellos y de intentar buscar fórmulas de consenso que permitan cumplir los objetivos comunes.

Según Buunk y Schaufeli (1993), Gil-Monte (2001) y Schaufeli, Van Dierendonck y Buunk (2001) citados en Gil-Monte, Carretero y Roldán (2005) con respecto al *Síndrome de Burn out* (también SQT) mencionan que “los profesionales de enfermería que perciben que dan a sus pacientes y a la organización más de lo que reciben a cambio probablemente percibirán mayores niveles del SQT” (Gil-Monte et al., 2005, p.283).

El *Síndrome de Burn out*, como enfermedad laboral, es un importante mediador patogénico que daña la salud de los profesionales de la salud, y en especial la de psicólogos, médicos y enfermeras. La necesidad de estudiarlo va de la mano, a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral, así como al hincapié que las organizaciones vienen haciendo sobre la necesidad de preocuparse más por la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados.

A pesar de la gran carga emocional, psicológica y física que recae en el personal de enfermería los estudios demuestran que son un grupo de trabajadores que desconocen muchos de los riesgos a nivel laboral a los que están expuestos, por ejemplo en un estudio sobre el nivel de conocimiento de los factores de riesgo de enfermedades ocupacionales en profesionales de enfermería, Rodríguez y Canales (2006) encontraron que “en general, el nivel de conocimientos de las enfermeras que prestan servicios en emergencias sobre los factores de riesgo de las enfermedades ocupacionales, resultaron ser alarmantes. El 81.5% obtuvo un resultado deficiente y el 18.5% llegó al nivel regular (p. 64).

Al estudiar las causas mas reconocidas del desarrollo del *Síndrome de Burn out* en el personal de enfermería, citado en Adali et al. están: el tiempo que los trabajadores pasan cuidando a sus pacientes (Cronin-Stubbs, Brophy,

1985), la relación con los pacientes que poseen mal pronóstico (Hare, Pratt & Andrews, 1988) los pacientes con carencias emocionales (Lewenson, Conley & Blessing-Moore, 1981), el exceso de trabajo (Landsbergis, 1988), los conflictos por la ambigüedad de rol profesional (Pines, Kanner, 1982), la insatisfacción en el trabajo (Dolan, 1987), el contacto frecuente con la muerte (Mallet et al.1991; Dewe, 1989). La poca colaboración entre compañeros o falta de apoyo por parte del supervisor (Firth et al., 1986, como una de las causas principales y generadoras de despersonalización y cansancio emocional).

Según Maloney y Bartz (1991) citado en Adali et al:

Algunas de las causas de la falta de compañerismo son: a) los límites hasta los que llega la responsabilidad de cada uno de los trabajadores no están claros en cuanto a las funciones y obligaciones, b) la falta de comunicación en el trabajo, c) la limitada participación del empleado en la toma de decisiones y el miedo que dificulta el cambio como consecuencia de la falta de motivación (p.167).

Por otra parte, los problemas emocionales a nivel laboral, en particular del personal de enfermería, han sido con frecuencia ocultados y mal afrontados. Los estudios de Jones (1987) y Estryng-Behar (1990) citados en

Meza revelan, con contundencia, que las tasas de alcoholismo y adicción a drogas, así como los conflictos matrimoniales, trastornos psiquiátricos, depresión y suicidio, son varias veces superiores a los de la población general:

La Enfermería es una de las profesiones con altas cifras en la incidencia de suicidios y trastornos psiquiátricos. Se considera que, entre los trabajadores de la salud, estos profesionales se ubican en los primeros lugares, en lo atinente a sufrir síntomas de fatiga, dificultades del sueño, uso de drogas y morbilidad psiquiátrica (Meza, 2003, p. 32).

Como la mayor incidencia del *Síndrome de Burn out*, se da en profesionales que prestan una función asistencial, como el personal de enfermería, el deterioro de su calidad de vida laboral también conlleva repercusiones sobre la sociedad en general:

También cabe citar la falta de preparación y formación de algunos profesionales, la incompetencia de la administración pública para resolver los problemas del sector, expectativas irreales, o lo que se denomina la sociedad de la queja: pacientes que constantemente exigen derechos, incluso, en ocasiones, derechos desmedidos a los que no ha lugar, pero que

no se plantean sus obligaciones hacia el personal de enfermería (Gil-Monte, 2003, p.26).

Por ejemplo, Meza encontró que un 39% de las enfermeras de su estudio consideraban que las situaciones que les generaban estrés en el trabajo nunca iban a cambiar, lo cual definitivamente significa una evaluación muy negativa que puede conducir a estados de impotencia, desesperanza y desgaste, propios del *Síndrome de Burn out* y que se relacionan directamente con problemas tanto a nivel individual, social, familiar y laboral.

No solo en Costa Rica, en muchos países del mundo, a pesar de que se está dando un cambio en la cultura organizacional, muchas instituciones aun se muestran resistentes a invertir en su recurso mas valioso, que es su personal. Por ejemplo, Arenas et al. (2004) concluyeron que:

Las instituciones de salud no están diseñadas, ni estructuradas para promover e impulsar el autocuidado de quienes ahí laboran, y en el caso de quienes trabajan en el segundo nivel de atención la estructura organizativa lo dificulta más todavía. El ambiente laboral y las malas relaciones interpersonales al interior de las instituciones de salud son factores importantes que entorpecen el autocuidado (p. 331).

Así mismo Arenas et al. concuerdan, desafortunadamente, que a nivel institucional en el sector salud el ambiente organizacional, no es tan positivo y favorable como se desearía:

Dentro de las instituciones, lo cotidiano es que impere un clima de hostilidad propiciado por los conflictos en las relaciones interpersonales entre directivos, mandos medios y personal operativo. La dinámica laboral en su conjunto limita el autocuidado de la salud que se puede brindar al personal (p. 330).

Por otra parte, en la literatura son escasas las investigaciones que se han realizado sobre el *Síndrome de Burn out* y como afecta este directamente al personal de enfermería psiquiátrica, no obstante, Sullivan (1993), Halberg & Norberg (1993), Whittington & Wykes (1992), y Musto (1995), citados en Adali et al. coinciden en que:

El personal de enfermería psiquiátrica a menudo establece una estrecha relación con sus pacientes puesto que están obligados a hacer frente a su actitud provocadora. Las características de los pacientes que padecen enfermedades mentales tales como son la indisciplina, la actitud provocadora y el comportamiento agresivo hacia el personal de enfermería,

juegan un papel muy importante en el desarrollo de este Síndrome del Quemado (p. 163).

Las razones anteriores son algunas de las que provocan un alto nivel de estrés al personal de enfermería psiquiátrica.

Por otra parte, trabajar en un hospital o unidad psiquiátrica requiere vigilancia constante y permanente hacia los pacientes por riesgo de agresión a otros usuarios, auto-agresiones, agresiones al personal, intentos, vacilaciones o gestos suicidas, brotes psicóticos, crisis histéricas o de enojo; el trabajo diario con esta población, podría decirse que es mucho más estresantes que las actividades derivadas con otros tipos de pacientes.

En este sentido, Lara, H., Martínez, A., Díaz, P., Espinosa, G., Pacheco, A., Hernández, I. et al. (2005) estudiaron las actitudes hacia el enfermo psiquiátrico (en auxiliares de enfermería) donde el “personal menos capacitado tienen actitudes más negativas y menor conocimiento profesional de estos enfermos, llamando la atención que las enfermeras psiquiatras tiene actitudes mas neutrales, siendo menos positivas” (p.143).

En un estudio sobre la “Actitud del personal de enfermería ante el paciente psiquiátrico” y los sentimientos que generan estos pacientes en las enfermeras de hospitales generales, los resultados de la muestra fueron sorprendentes, ya que:

Un 51% de las enfermeras no sabe entender al paciente psiquiátrico en el hospital general y 40% de las enfermeras mostró miedo ante los pacientes psiquiátricos, mientras que 20% muestra indiferencia y 8% se retira o evade su responsabilidad (Castro y Cano, 1997, p.185).

Según Vezzoli, R., Archiati, C., Buizza, Pasqualetti, P., Rossi, G. y Pioli, R. (2002) señalan que la historia de la psiquiatría social ha demostrado percepciones y creencias culturales negativas que rodean a la enfermedad mental, las cuales han marcado un papel esencial en el tratamiento institucional de las personas con dichos padecimientos:

Continuamente los califican de "locos", encuentran muchos obstáculos cuando buscan trabajo y suscitan temor porque se perciben como peligrosos. El público desea cierta distancia social y persiste en la perpetuación de este estereotipo de "peligrosidad". Habitualmente, estos pacientes psiquiátricos son desempleados, no tienen hogar y no desempeñan un rol prominente en la sociedad. En efecto, rara vez tienen

una posición social algo alta. No poseen un domicilio apropiado y, si trabajan, sus tareas son la mayoría de las veces menores. Además, rara vez tienen relaciones sociales satisfactorias (p.109).

A pesar de la formación que el personal de enfermería pueda tener en el área de salud mental y psiquiatría sobre la atención de estos pacientes tan particulares y con múltiples necesidades, es imposible dejar de lado los mensajes negativos que en el entorno social y/o familiar se hayan podido recibir durante la vida; sino pongamos ejemplos tan prácticos como cuando niños sin ningún temor señalábamos y/o menospreciamos al “loco del pueblo” por ser una persona diferente y porque así lo llamaban los adultos a nuestro alrededor; o incluso el dicho popular de que “ en toda familia hay un ladrón, un borracho y un loco...” todos estos mensajes pueden hacer surgir actitudes de rechazo hacia los enfermos mentales. Micklin (1978) citado en Castro y Cano, refiere que:

En el área de la Salud Mental el público recibe información acerca de las enfermedades mentales, por mitos, estereotipos y creencias tradicionales, ya que solo algunos miembros de la comunidad se exponen directamente a experiencias personales relevantes que pudieran modificarlas (p. 184).

En un estudio realizado en el Instituto Mexicano de Psiquiatría se encontró que en las enfermeras al atender al paciente psiquiátrico:

Les produce miedo y en ocasiones indiferencia; que el personal que labora en estas instituciones carece de información precisa sobre los servicios de psiquiatría con los que cuentan sus unidades hospitalarias; así mismo, desconocimiento de la atención que se brinda en las instituciones psiquiátricas (Castro y Cano, 1997, p. 184).

Las investigaciones a nivel general también, hacen alusión en todo momento, a que las características individuales juegan un papel muy importante e independiente, al igual que los motivos personales que llevan a una persona a dedicarse a una profesión como la enfermería, que implica el contacto íntimo, directo, y emocional con el sufrimiento humano.

Así mismo, Vachon, (1978) y Wessells, (1989) citados en Adali et al. mencionan además, las expectativas propias, el valor de la autoestima, la expresión de las emociones, el control de los acontecimientos y el propio estilo personal, como factores que van influir en la relación que establezca el personal de enfermería con sus pacientes. Hay personas que pueden hacer frente al estrés mejor que otras y por tanto, son menos propensos a padecer el Síndrome de Burn out; según Maslach 1982 “todos estos

elementos determinan el modo en que el individuo manejará la tensión que surge a partir de una fuente externa” (Adali, 2003, p.162).

Actualmente el *Síndrome de Burn out* se considera una enfermedad profesional y es responsabilidad individual e institucional, la tarea de mejorar las condiciones de trabajo del personal salud, en especial del personal de Enfermería. Según Morales (2003), Radey & Figley (2007) citados en Guerra, C., Rodríguez, K., Morales, G., y Betta, R (2008) en relación a todas las implicaciones del *Síndrome de Burn out* y como afecta éste a las profesiones de servicio:

Estas evidencias de desgaste emocional han permitido que se tome conciencia del riesgo que enfrentan los profesionales de ayuda. Además, ha dado cuenta de la necesidad de cuidado que requieren connotándose que para que un profesional pueda ayudar a otros debe ayudarse primero a sí mismo (p. 67).

2.4 Importancia de los Programas de Autocuidado a nivel laboral.

Muchas instituciones en diversos países del mundo, se preocupan por desarrollar programas dirigidos al *Autocuidado* de sus trabajadores (Alemania, Reino Unido, EE.UU.). Según Sánchez, estos países cuentan con diversos programas de protección tanto a nivel legal como asistencial para sus trabajadores entre los que se pueden encontrar los *Programas de Autocuidado*.

El *Autocuidado* es un proceso en el cual los individuos son protagonistas en la promoción, prevención y tratamiento de su propia salud Figley (2002), Hesse (2002), Pearlman & Saakvitne (1995), Richardson (2001), Saakvitne & Pearlman (1996), todos ellos citados en Guerra et al. (2008), en un estudio para la validación de una escala de conductas de autocuidado.

Se considera al Autocuidado como:

Aquellas acciones que cada persona puede realizar cotidianamente para incrementar la salud y el cuidado personal en las dimensiones física, emocional y social. El autocuidado esta determinado e influido por las condiciones de existencia, por factores socioculturales, por patrones

familiares, experiencias previas y percepciones individuales (Arenas et al., 2004, p. 328).

El *Autocuidado* es considerado como uno de los factores principales para aumentar los efectos positivos y los recursos físicos, emocionales, intelectuales y sociales en los trabajadores del área de la salud (Radey & Figley, 2007) y se constituye un mecanismo fundamental para la prevención del desgaste laboral:

Es así como la idea de generar planes de autocuidado a profesionales de ayuda ha ganado aceptación en la literatura Saakvitne & Pearlman (1996), subrayándose la necesidad de conocer y aplicar pasos prácticos para minimizar el impacto negativo de su trabajo McLean & Wade (2003) (Guerra, 2008, p. 68).

Pearlman & Saakvitne (1995) citado en Guerra et al. agregan que el *Autocuidado* abarca estrategias a nivel personal y profesional. Por una parte, las estrategias personales o individuales se refiere aquellas que el profesional busque realizar por sí mismo en su vida privada; por otra parte, las estrategias profesionales son aquellas desarrolladas en el contexto laboral por la institución.

La literatura expone una amplia gama de estrategias de *Autocuidado*, todas ellas poseen la cualidad de ser conductas ejecutadas, ya sea por el propio trabajador o por las jefaturas de la institución, estos últimos creando condiciones adecuadas para el desarrollo de Programas de Autocuidado para sus trabajadores. Por ejemplo Gil-Monte et al. (2005) se refieren a prevención del SQT o *Síndrome de Burn out* por parte de las instituciones de salud, en el sentido de que:

Algunos programas de entrenamiento deberían mejorar las habilidades sociales de los profesionales, su capacidad para tomar decisiones, asertividad, comunicación, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, etc., con el fin de mejorar la calidad de los procesos de interacción social que se establecen con los clientes de la organización, y de esta manera restaurar o prevenir el deterioro actitudinal, cognitivo y emocional, que origina el SQT (Gil-Monte et al, 2005, p.288).

Las estrategias de Autocuidado que se realicen a nivel personal deberían estar centradas en la identificación de “actividades sanadoras”, es decir, actividades que disminuyan el estrés laboral. Entre las actividades que pueden disminuir el estrés laboral a nivel personal, diversos autores citados en el estudio de Guerra et al. recomiendan:

- El ejercicio físico (Murillo, 2004, citado en Torres y Romero, 2005).

- Mantener una sana alimentación, Gentry (2003).
- Tomar tiempos libres y participar en actividades de crecimiento espiritual, Gentry (2003).
- Participar como paciente en psicoterapia, Hesse (2002).
- Participar en actividades recreativas fuera del trabajo Salston & Figley (2003); Stamm (2002) y Valent (2002).

Por otra parte, entre las estrategias profesionales que se pueden recomendar dentro del ambiente de trabajo se destacan:

- La necesidad de evitar el trabajo en solitario y establecer relaciones laborales de apoyo con otros profesionales Barudy (1999); Santana & Farkas, (2007).
- Mantener una vida laboral equilibrada.
- Mantener otras actividades profesionales diferentes a la atención directa de pacientes, Pearlman & Saakvitne (1995).
- Utilizar el sentido del humor dentro del ambiente laboral Moran, (2002).
- Adquirir experiencia profesional a través de la capacitación y de la práctica laboral Rosenbloom, Pratt & Pearlman (1999).

Por otra parte, en un estudio transversal-descriptivo, Pardo, J., López, F., Moriña, M., Pérez, M., Freire, P. y Fernández, R., (2002) obtuvieron entre las sugerencias mayoritarias que podían contribuir a disminuir la presencia del *Síndrome de Burn out* en el personal de salud, por parte de los entrevistados el:

Disminuir la burocracia que se desarrolla en el trabajo diario señalado por el 85,26%, que la organización determinara sus objetivos teniendo en cuenta nuestras sugerencias, fue señalada por el 64,21%, disminuir el número de pacientes por día elegido por el 62,10%, determinar en cada equipo las funciones de cada estamento en un 55,78%, y aumentar los minutos de la visita por paciente en el 47,36% (p. 248).

Así mismo, Arón y Llanos (2004) especialistas en psicología de la Universidad Católica de Chile, señalan las siguientes estrategias basadas en Programas de Autocuidado ya puestos en práctica por Sename (1998, 1999, 2000 a, b, c); Academia Judicial de Chile (1998, 1999, 2000 a, b, c) y Fundación Educacional de Arauco (1999, 2000, a, b) que pueden prevenir el *Síndrome de Burn out* a nivel individual:

- Registro oportuno y visibilización de los malestares: consiste en recuperar la capacidad de registrar los malestares, tanto físicos como

psicológicos. Darse cuenta cuando debemos descansar, cuando tenemos hambre, cuando debemos ir al baño, cuando debemos atender los dolores por una posición incómoda.

- Vaciamiento y descompresión: se trata simplemente de compartir la pesada carga emocional del impacto que provocan los contenidos muy fuertes a nivel laboral. Se realiza entre pares de iguales.
- Mantención de áreas personales libres de contaminación: se refiere a la necesidad de tener espacios de oxigenación, en que la persona pueda nutrirse en actividades absolutamente alejadas de las temáticas de trabajo.
- Evitar la contaminación de espacios de distracción con temas relacionados con el área de trabajo: se refiere a no elegir como temas de recreación y distracción temas que se relacionan con el ámbito laboral, como ver películas o leer libros referentes al trabajo.
- Evitar la saturación de las redes personales de apoyo: es una medida importante de autocuidado el no contaminar las redes personales, como la pareja, los hijos, los amigos, que son un factor protector muy importante en el área de soporte emocional Sluki (1998).

- Formación profesional: recibir formación en aquellas perspectivas teóricas y modelos que entregan destrezas instrumentales adecuadas para el tipo de trabajo y el tipo de pacientes.
- Ubicación de la responsabilidad donde corresponde: evitar auto responsabilizarse en exceso y evitar culpar a otros. Este es uno de los requisitos para un abordaje adecuado de resolución de conflictos, es lo que permite la reparación, especialmente cuando ha habido daño como consecuencia del manejo inadecuado de conflictos.

Siguiendo a Aron y Llanos entre las recomendaciones a nivel institucional que se mencionan a manera de resumen están:

- Asegurar a los trabajadores las condiciones mínimas de resguardo de la integridad personal del trabajo.
- Facilitar espacios de vaciamiento y descompresión cotidianos en relación a los casos y las problemáticas recibidas. Ejemplo: descomprimirse con un colega durante las horas de trabajo.

- Organizar espacios sistemáticos en que todo el equipo tenga la oportunidad de vaciar los contenidos más contaminantes. Esto puede ser en reuniones técnicas, supervisiones de casos, reuniones clínicas.
- Compartir la responsabilidad de las decisiones riesgosas que debe tomar cada miembro del equipo.
- Establecer relaciones de confianza entre los miembros del equipo.
- Estilos de supervisión protectores y fortalecedores de los propios recursos.
- Fomentar la resolución no confrontativa de conflictos y diferencias.
- Registro de los equipos, que permita pedir ayuda oportuna a supervisores o consultores externos para elaborar los temas contaminadores.
- En relación al estilo de liderazgo, se da mucha importancia del reconocimiento y de la retroalimentación y al interés activo del jefe que se manifiesta en la flexibilidad y el apoyo administrativo que da cuenta de la compatibilidad entre trabajo y familia.

Por otra parte, Hidalgo y Moreira (1999) realizaron un estudio en 10 equipos de intervención en salud mental en Santiago de Chile, en dicho estudio se trató de establecer una relación entre la percepción de malestar psicológico de dichos trabajadores y la deficiencia de los métodos de *Autocuidado* en sus áreas de trabajo, encontrándose a manera de conclusiones que las percepciones negativas de los trabajadores en salud mental podían disminuirse considerablemente si se disminuyera la sobrecarga laboral, se mejoraran las relaciones interpersonales y se proporcionaran espacios formales de *Autocuidado* en sus trabajos:

El 78% de la muestra respondió que sí se siente afectado psicológicamente. De estos, el 83% lo relaciona directamente con factores laborales, tales como malas condiciones de trabajo... el 52% de la muestra respondió que no existen métodos de autocuidado en su equipo, y las propuestas dadas en referencia a esto se orientaron hacia reuniones intra-equipo, actividades recreativas, terapias de grupo y talleres (Hidalgo y Moreira, 1999, Resultado de la Muestra, para. 1).

Dentro del *Autocuidado*, una de las principales dificultades para el tratamiento de los profesionales del área de la salud es la resistencia que sufren para reconocer sus propios problemas emocionales y adoptar el rol de paciente. En la actualidad los dos métodos terapéuticos más eficaces que

se conocen para sobrellevar el *Síndrome de Burn out* son, las técnicas cognitivas-conductuales, que pueden ser adaptadas de muchas formas en dinámicas grupales o a nivel individual, y la psicoterapia, brindadas por otros profesionales también a nivel individual o grupal:

Las organizaciones tienen que ser conscientes de que la formación y los costes en salud laboral son en definitiva una inversión de futuro. Invertir en recursos humanos ayudará a tener una organización más sana y capaz de anticiparse y enfrentarse a los cambios del entorno y, por tanto, más competitiva y eficaz. Tanto a nivel organizacional como individual, fomentar la calidad de vida laboral empieza por sentirse partícipe de la organización (Gil-Monte et al., 2005, p.288).

2.4.1 Contribución teórica desde el Modelo de Calidad de Vida para la creación de Programas de Autocuidado.

Como ya vimos el trabajo es fuente esencial de calidad de vida en las personas, y a la vez, un elemento intrínsecamente relevante dentro de ésta.

La OMS define la *Calidad de Vida* como una “percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (Schawartzmann, 2003, p.15).

Según como explica el Dr. Tuesca (Profesor del Departamento de Salud Familiar y Comunitaria, Universidad del Norte, Colombia) la *Calidad de Vida* es un concepto relacionado con el bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos, modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas.

Todos los elementos anteriores son indispensables para el desarrollo del individuo y de la población; por tanto caracterizan la distribución social y establecen un sistema de valores culturales que coexisten en la sociedad.

Debemos tomar en cuenta que el trabajo es un elemento esencial en la *Calidad de Vida*, incluso debe considerarse un determinante en el proceso de salud-enfermedad en las personas.

Por lo tanto, la salud mental y *Calidad de Vida* que se promuevan dentro del ambiente laboral son elementos fundamentales para un alto nivel de desempeño y a la vez, van a dar la posibilidad a los individuos de ejecutar su trabajo de acuerdo a su capacidad y vocación, lo cual estaría directamente relacionado con una “*Calidad de Vida en el Trabajo*”, ósea “ en el ámbito de la salud mental, la calidad de vida es un concepto asociado a los enfoques que buscan mejorar las condiciones de vida de las personas

con trastornos psicológicos, teniendo en cuenta sus necesidades individuales” (Verdugo y Martín, 2002, p. 69).

El término “*Calidad de Vida en el Trabajo*” que traducido al inglés quiere decir “Quality of work life”, tuvo sus orígenes en una serie de conferencias patrocinadas a finales de los años 60 e inicios de los años 70, por el Ministerio de Trabajo de los EE.UU. y la Fundación FORD. Estas conferencias se llevaron a cabo por el fenómeno de la “*alienación del trabajador*” simbolizado por las huelgas entre la población activa mayoritariamente joven de la nueva planta de monta de la General Motors, en Ohio:

Los asistentes consideraron que el término iba más allá que la satisfacción del puesto de trabajo y que incluía la participación en la toma de decisiones, aumento de la autonomía y el rediseño de puestos de trabajo y estructuras en la organización, con el objeto de estimular el aprendizaje y participación en el trabajo.... la Calidad de Vida en el Trabajo es una filosofía de gestión que mejora la dignidad del empleado, realiza cambios culturales y brinda oportunidades de desarrollo y progreso personal (Calidad de vida en el trabajo, S.f., Orígenes, para. 2).

La Calidad de Vida en el Trabajo es una filosofía, un set de creencias que engloban todos los esfuerzos pro incrementar la productividad y mejorar la moral (motivación) de las personas, enfatizando la participación de la gente, la preservación de su dignidad, y por eliminar los aspectos disfuncionales de la jerarquía Organizacional (Calidad de vida en el trabajo, S.f., Orígenes, para. 3).

A nivel internacional, la *Calidad de Vida en el Trabajo* es aplicada a una diversidad de cambios propuestos en las organizaciones, por ejemplo: en las sociedades industrializadas el modelo de *Calidad de Vida* en el ambiente laboral es más frecuente que sea definido en términos de participación en el proceso de toma de decisiones; mientras que en las sociedades en desarrollo, la definición de la *Calidad de Vida en el Trabajo* puede centralizarse en niveles adecuados de seguridad e higiene industrial, salario y condiciones físicas aceptables.

Por ejemplo, el Comité Mixto de la OIT/OMS sobre Higiene en el Trabajo desde 1950 se promulgo de la siguiente manera:

Promover y mantener el grado más alto de bienestar físico-mental-social de los trabajadores de todas las ocupaciones, prevenir la mala salud ocasionada por condiciones de trabajo inseguras e insalubres, proteger a los

trabajadores de factores nocivos para su salud, y colocar y mantener a los trabajadores en un entorno ocupacional adaptado a sus capacidades fisiológicas y psicológicas (Jiménez y Ruiz, 2001, Introducción, para. 12).

Así mismo, European Network for Workplace Health Promotion (Red Europea de promoción de la salud en el trabajo) desde su creación en 1996, ha desarrollado una serie de iniciativas referentes a buenas practicas dentro de las organizaciones y relacionadas con la *Calidad de Vida en el Trabajo*.

Por ejemplo, la declaración de los principios de la European Network for Workplace Health Promotion, se plasmó a finales de 1997, en la Declaración de Luxemburgo, en la que la promoción de la salud en el trabajo se definió como el esfuerzo conjunto de los empresarios, los trabajadores y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas en el lugar de trabajo mediante actividades dirigidas a:

- Mejorar la organización y las condiciones de trabajo.
- Promover la participación activa.
- Fomentar el desarrollo individual.

Las ventajas de aplicar el modelo de *Calidad de Vida en el Trabajo* a los Programas de Autocuidado están en:

- Mejorar el funcionamiento financiero.

- Reducir costos operativos.
- Mejorar la habilidad para retener y estimular a los mejores empleados.
- Menor rotación.
- Fortalecer la lealtad y confianza en los empleados.
- Disminuir el ausentismo.
- Reducir accidentes laborales.
- Disminuir conflictos laborales.
- Generar mayor involucramiento.
- Aumentar el rendimiento.
- Mejorar la armonía laboral.

El tema de *Calidad de Vida*, ha despertado el interés de cientos de investigadores en países de Europa, Asia y América, con el fin de medir la *Calidad de Vida* relacionada con la salud. Así mismo, existen grandes investigaciones que se han basado sobre la *Calidad de Vida en el Trabajo*, como la reconocida Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo publicada en el año 2000 por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de Madrid, (España) donde se utilizó una muestra de más de 6.000 personas trabajadoras y residentes en las 17 Comunidades Autónomas y que propuso ofrecer, una información mas detallada sobre la mentalidad de la

población en lo referente a su satisfacción laboral, puesto, relaciones laborales, salario, felicidad entre otros.

La Mutual de Seguridad de Chile (2009), reúne los siguientes valores asociados a la *Calidad de Vida en el Trabajo*, de los cuales vale la pena rescatar:

- Seguridad y bienestar en el trabajo: Hablamos de establecer condiciones de trabajo que disminuyan el riesgo de accidentes o enfermedades laborales.
- Oportunidades de desarrollo de capacidades: Aquí son importantes la autonomía o el uso de múltiples habilidades por sobre la aplicación de una sola, la retroalimentación.
- Integración social en el trabajo de la organización: Significa hablar de apoyo a los equipos de trabajo, movilidad, igualdad, eliminar los prejuicios, etc.
- Oportunidad de crecimiento continuo y seguridad: Este proceso abarca nuevas asignaciones de trabajo y propósitos educacionales para aumentar las capacidades del trabajador, mejores oportunidades de ascenso y seguridad en el empleo.

- Suficiencia en las retribuciones: Se refiere a la cantidad de beneficios para mantener un estándar de calidad de vida.
- Balance entre trabajo y vida: A través de la creación y respeto por los espacios de tiempo familiar.

Un buen ambiente laboral dentro de la organización, que cuente con Programas de Autocuidado y de prevención de riesgos laborales, que reduzcan al mínimo la existencia de los accidentes y enfermedades profesionales como el *Síndrome de Burn out*, el estrés, los actos violentos en el trabajo, el consumo de drogas y alcohol y la automedicación, son elementos profundamente interrelacionados con una buena Calidad de Vida.

Si logramos integrar a nuestra vida todo aquello que genere crecimiento como lo es una buena *Calidad de Vida Laboral*, estaremos mas cerca de un contexto sano dentro de la organización a la que pertenecemos.

Por lo tanto, como dice la Dra. Alpuin (2006) sumar años a la vida, es reducir la mortalidad; sumar salud a la vida, es reducir la morbilidad y sumar vida a los años es mejorar la *Calidad de Vida*.

2.4.2 Contribución teórica desde el enfoque del Apoyo Social para la prevención del Síndrome de Burn out.

El *Apoyo Social* está directamente relacionado con los intercambios o transacciones que se dan entre los individuos de una organización o red social, en el entendido de las ayudas o satisfacción de necesidades mutuas, dentro de las que se pueden mencionar el escuchar, prestar objetos materiales, ayudas económicas, manifestar empatía:

Según las teorías del intercambio social, las personas intercambian bienes materiales pero también amistad, afecto, amor, ayuda y cortesía. Los individuos esperan que estos intercambios se desarrollen con honradez, reciprocidad y con equidad. En estos procesos de intercambio las personas asignan un valor a sus resultados y a los resultados obtenidos por lo demás. Cuando las personas perciben falta de honradez, reciprocidad, desequilibrio, o inequidad en sus intercambios sociales, experimentan tensión y estrés, y consecuentemente pueden actuar con agresividad (Gil-Monte et al., 2005, p.283).

Al considerar los factores institucionales diferentes autores como House (1980) y Freudenberg (1974) citados en Albaladejo et al. destacan positivamente el *Apoyo Social* como el principal modelo para contrarrestar

los efectos del *Síndrome de Burn out*. No obstante, Peeters et al. (1997) citado en Aranda et al. (2004) aclaran que:

El apoyo social debe ser diferenciado de conceptos como compañerismo y filiación e interacción social. La diferencia viene marcada por la intención del sujeto de buscar ayuda o no... el apoyo social implica buscar ayuda, no ocurre lo mismo con el compañerismo (p.80).

Pines (1997) citado en Aranda et al. menciona seis formas diferentes de cómo ofrecer *Apoyo Social* en el lugar de trabajo que pueden prevenir el *Síndrome de Burn out*, que a manera de resumen serían:

- Escuchar de forma activa, pero sin dar consejos o juzgar.
- Dar apoyo teórico por un compañero experto.
- Crear en el profesional necesidades y pensamientos de reto, desafío, creatividad e implicación en el trabajo.
- Ofrecer apoyo emocional.
- Hacer reflexionar a los individuos si se han agotado todas las posibles soluciones.
- Participar en la realidad social del sujeto, confirmando o cuestionando las creencias sobre sí mismo, sobre su autoconcepto, autoeficacia y autoestima.

Por lo tanto, el aporte que daría el *Apoyo Social* en personas con el *Síndrome de Burn out* o en riesgo de sufrirlo sería:

Sobre la dimensión agotamiento emocional, los efectos se encuadran dentro de la función del apoyo emocional que tiene el apoyo social en el trabajo. En la dimensión falta de realización personal y en el trabajo, los efectos se verían reflejados por el éxito o el fracaso profesional o viceversa. Sobre la dimensión de despersonalización, el apoyo social facilitaría que el sujeto evaluara de forma adecuada su entorno social, así como sus actitudes hacia los demás (Aranda et al., 2004, p.81).

El *Apoyo Social* desempeña un papel muy importante en la salud y el bienestar de las personas, por lo que a nivel individual, desde la perspectiva social, se pueden implementar estrategias de afrontamiento, de control o centradas en la solución del problema, las cuales pueden prevenir el desarrollo del *Síndrome de Burn out*; a nivel grupal e interpersonal, las estrategias recomendadas serían fomentar el apoyo social por parte de los compañeros y supervisores, en este tipo de *Apoyo Social* se debe ofrecer el apoyo emocional, que también incluye la evaluación periódica de los profesionales y la retroalimentación sobre su desempeño de rol.

Según Gil- Monte, P., Carretero, N. y Roldán, M. (2005) la revisión de la literatura permite establecer una relación positiva y significativa entre diferentes fuentes de *Apoyo Social* en el trabajo y la prevención del *Síndrome de Burn out* (Baruch-Feldman, Schwartz, Brondolo y Ben-Dayan, 2002; Greenglass, Burke y Konarski,1997) y puede ser una ayuda para prevenir su aparición (Zellars y Perrewé, 2001).

Los individuos que tienen un fuerte *Apoyo Social* a nivel laboral se recuperan mejor del estrés que aquellos que no lo tienen. “Para los profesionales de enfermería son fuentes de apoyo social en el trabajo el supervisor de la unidad, los compañeros, y los médicos de la unidad” (Gil-Monte, 2005, p.282).

Así mismo, Gil-Monte et al. (2005) explican los dos modelos que se dan entre la influencia del *Apoyo Social* en el proceso del estrés laboral y el *Síndrome de Burn out*. Un modelo de efectos directos, que establece que el *Apoyo Social* puede mejorar el *Síndrome de Burn out*, debido a que la percepción de *Apoyo Social* en el trabajo disminuye los niveles de agotamiento emocional y despersonalización, y aumenta los de realización personal (Eastburg, Williamson, Gorsuch y Ridley, 1994; Greenglass et al., 1997; Zellars y Perrewé, 2001).

Por otra parte, un modelo de modulación que establece que el *Apoyo Social* en el trabajo puede hacer que la influencia del estrés sobre el sujeto o la valoración que éste haga de los estresores sea menor, amortiguando sus efectos negativos.

Por último, a nivel organizacional, desde el *Apoyo Social* las direcciones o jefaturas deben permitir los espacios para diseñar y ejecutar programas de prevención dirigidos al *Autocuidado y Salud Mental*, que contribuyan para mejorar el ambiente y/o clima laboral, y por ende contribuyan a la prevención de muchas enfermedades laborales como lo es el *Síndrome de Burn out*.

CAPITULO III

3. Procedimiento Metodológico

3.1 Tipo de Investigación.

La siguiente investigación es de tipo transversal, aplicada, descriptiva y con enfoque cuantitativo.

Es aplicada porque “su finalidad es la solución de problemas prácticos para transformar las condiciones de un hecho que nos preocupa” (Barrantes, 2001, p.64)

En este caso, el hecho o fenómeno que nos preocupa o interesa estudiar es una enfermedad laboral: *el Síndrome de Burn out* y sus tres áreas de afectación (desgaste emocional, despersonalización y falta de realización personal).

La condición que se pretende transformar o cambiar con esta investigación, es desarrollar una propuesta de un Programa Integral de Autocuidado en el Hospital Nacional Psiquiátrico, que este dirigido al Personal de Enfermería y que permita contribuir con la salud mental de sus trabajadores.

El estudio es descriptivo, porque su objetivo central es desarrollar, paso a paso, las sesiones, dinámicas y actividades que van a conformar el programa de autocuidado.

Es cuantitativa, porque el desarrollo del programa y la mayoría de sus actividades, estarán basadas en los resultados obtenidos, del diagnóstico hecho a la muestra de la investigación; esto gracias a un cuestionario de elaboración propia y a la Escala MBI-HSS.

La investigación cuantitativa pone una concepción global positivista, hipotética- deductiva, particularista y orientada a los resultados. Se desarrolla más directamente en la tarea de verificar y comprobar teorías por medio de estudios muestrales. Aplica los test y medidas objetivas, utilizando instrumentos sometidos a pruebas de validación y confiabilidad.

Y por último, esta investigación es transversal porque se llevó a cabo en un momento dado, haciendo un corte en el tiempo. En este caso, con el personal de enfermería del pabellón 1 de mujeres, entre el 2 y 9 de noviembre del año 2006.

3.2 Muestra Poblacional

La muestra estuvo conformada por el personal de enfermería (profesional, auxiliar y asistente de pacientes) del pabellón 1 de mujeres del Hospital Nacional Psiquiátrico, tomando en cuenta a todo el equipo que laboró en el turno de 6am a 2pm en dicho pabellón entre el 2 y 9 de noviembre del año 2006.

El Hospital Nacional Psiquiátrico, “Manuel Antonio Chapuí y Torres” fue inaugurado el 4 de mayo de 1890; en octubre de 1945 la Junta de Protección Social de San José, dispuso comprar a la Caja Costarricense de Seguro Social, unos terrenos denominados Hacienda Las Pavas, con el fin de construir en dicho terreno el hospital que actualmente conocemos, el nuevo hospital quedó inaugurado el 15 de setiembre de 1974.

En su organización el hospital pertenece a la Gerencia de División Medica de la CCSS, cuenta con un Director y Subdirector, un Administrador y Subadministrador, apoyos de consejos administrativos y otros. Entre algunos de sus servicios tenemos: Enfermería, Nutrición, Trabajo Social, Odontología, Farmacia. Por áreas de hospitalización, esta dividido en 6 Pabellones de Hospitalización para Mujeres y 6 Pabellones de Hospitalización para Hombres, entre corta y larga estancia de

internamiento, así como por el área de Planta que lo constituyen las unidades de cuidados intensivos de hombres y mujeres, unidad medica, servicio de niños y adolescentes, Nuevos Horizontes y Emergencias.

Actualmente el departamento de Enfermería esta organizado de la siguiente manera: una Directora de Enfermería, una Subdirectora Clínica, una Subdirectora Administrativa, una Subdirectora en Educación, 95 Profesionales de Enfermería, 160 Auxiliares de Enfermería y 116 Asistentes de Pacientes, para un total 371 personas que conforman el departamento de Enfermería del HNP a marzo del 2009.

La muestra de la investigación estuvo conformada en ese momento por un grupo interdisciplinario de dos Licenciadas en Enfermería, cuatro Auxiliares de Enfermería y dos Asistentes de Pacientes, para un total de ocho personas (todas mujeres).

La misma se seleccionó de forma no probabilística y fue recomendada por criterio de experto, a saber la sub.-directora de Educación en Enfermería, Msc. Floricel Salazar, al explicarle el tipo de estudio que se quería realizar.

La investigación dio inicio reuniendo al personal de enfermería y explicándoles el trabajo que se deseaba realizar; se les pidió la colaboración

y su Consentimiento Informado, en un instrumento que a la vez se diseñó para dicho fin (Anexo #2: Consentimiento Informado).

La razón del Consentimiento Informado para realizar el diagnóstico de la investigación, radicó en los Principios Éticos para las investigaciones con seres humanos de “La Declaración de Helsinki” (Anexo# 3: Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial) adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial en Finlandia (1964) y enmendada por la 59ª Asamblea General en Seúl del año 2008, que en su artículo 24 dice que:

Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente (Asociación Médica Mundial, 1964, Artículo 24).

La aceptación del Consentimiento Informado se consideró como la conformidad para participar en el estudio.

Para realizar el diagnóstico del *Síndrome de Burn out* en el personal de enfermería del pabellón 1 de mujeres, se solicitó una autorización a la

Dirección del Departamento de Enfermería y se le presentó una copia de los instrumentos de evaluación y una copia del Consentimiento Informado, con el fin de realizar el diagnóstico de la misma (Anexo #4: Carta de la Institución).

Las personas seleccionadas en la muestra, completaron el Cuestionario sobre los datos de filiación (Anexo #5: Cuestionario sobre datos de filiación) y la Escala de Maslach (MBI) de forma privada y anónima, tomando para ambos un aproximado de 15 a 25 minutos para su realización.

Por ser la muestra seleccionada de forma no probabilística, sino por recomendación de un experto, no se le aplicó error estándar. Los resultados del diagnóstico, sí se analizaron en términos relativos y absolutos.

3.3 Metodología Utilizada

La investigación dio inicio con la realización de un diagnóstico en el personal de enfermería del pabellón 1 de mujeres, para determinar la presencia de los tres componentes o dimensiones principales del *Síndrome de Burn out: Cansancio Emocional, Despersonalización y Falta de Realización Personal*, a fin de justificar y desarrollar la propuesta de un *Programa Integral de Autocuidado basado la prevención del Síndrome de Burn out y dirigido al personal de Enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico*.

Se diseñó un cuestionario de 5 preguntas cerradas de selección única, de elaboración propia, sobre los datos de filiación de los participantes, que se consideraron como variables cualitativas independientes, a saber: sexo, edad, puesto, antigüedad profesional y antigüedad de trabajar en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

El segundo instrumento que se utilizó fue el *Maslach Burn out Inventory-Human Services Survey*, (MBI-HSS) que se le conoce indistintamente como *Maslach Burn out Inventory* (MBI) versión al español, ya validada por múltiples investigaciones, y que permite específicamente detectar si una persona del área de la salud, sufre del *Síndrome de Burn out*.

Según Pera et al. 2002, ésta escala ha demostrado tener una buena validez de constructo, ya que tiene los valores del Coeficiente Alfa de Cronbach superiores a 0.70 para las tres subescalas, lo que indica que su consistencia interna es buena. El Coeficiente Alfa de Cronbach se trata de un índice de consistencia interna que toma valores entre 0 y 1; sirve para comprobar si el instrumento que se está evaluando recopila información defectuosa y por tanto nos llevaría a conclusiones equivocadas o si se trata de un instrumento fiable que hace mediciones estables y consistentes:

El valor mínimo aceptable para el coeficiente alfa de Cronbach es 0.70; por debajo de ese valor la consistencia interna de la escala utilizada es baja. Por su parte, el valor máximo esperado es 0.90; por encima de este valor se considera que hay redundancia o duplicación (Oviedo, H. y Campo, A., 2005, p.577).

En Costa Rica se encontró que el Millán (2008) validó la versión al español de la Maslach Burn out Inventory- Human Service Survey (MBI-HSS) en un estudio sobre: “La prevalencia del síndrome del quemarse por el trabajo en médicos residentes del programa de estudios de postgrado del CENDEISSS durante el año 2007”. Lo cual le da mayor validez a los datos obtenidos en el diagnóstico realizado a la muestra del personal de enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Según González (2006) refiriéndose a la validación de instrumentos de fácil evaluación y comprensión, asegura que “en la actualidad la carga de trabajo mental no es estudiada en las empresas por carecer de instrumentos de fácil aplicación y sobre todo que hayan sido validados en la población (p.2)

Esta escala (MBI) consta de 22 ítems con 7 opciones de respuesta (escala de Lickert de 0 a 6) que valoran los sentimientos y actitudes profesionales y que esta diseñado para valorar las tres subescalas del *Síndrome de Burn out*, a saber:

- 1) Agotamiento Emocional (AE) que consta de 9 ítems que valoran la vivencia de estar exhausto a nivel emocional por las demandas de trabajo.
- 2) La Despersonalización (DP) que esta constituida por 5 ítems midiendo el grado de frialdad y de distanciamiento en las relaciones hacia los pacientes.
- 3) La Realización Personal (RP) que se compone de 8 ítems evaluando sentimientos de auto eficiencia, competencia y consecución de objetivos personales.

Estas tres dimensiones del MBI tienen una adecuada consistencia interna, ya que consideran el grado de agotamiento profesional o de “estar quemado” como una variable continúa con diferentes grados de intensidad:

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

Su interpretación es de la siguiente manera: un participante debe obtener puntuaciones altas en las sub-escalas o dimensiones de Agotamiento Emocional y Despersonalización, y puntuaciones bajas en la sub-escala de Realización Personal, para decir que se le diagnostica con el *Síndrome de Burn out*.

Cuadro 1
Valores para las tres sub-escalas del Maslach Burn out Inventory.

SUB ESCALAS	BAJO	MODERADO	ALTO	# DE ITEMS
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	=< 18	19-26	=>27	(9 Ítems)
DESPERSONALIZACIÓN	=< 5	6-9	=>10	(5 Ítems)
LOGROS PERSONALES	=< 33	34-39	=>40	(8 Ítems)

Fuente: Pardo, J. et al. ¿Estamos quemados en atención primaria? *Medicina de Familia*, 3, 245-250.

Las preguntas correspondientes a cada sub-escala se desglosan de la siguiente manera:

Cansancio Emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.

Realización Personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

La selección de un instrumento tipo escala de Lickert se hizo en base a lo que expresa Gómez (1986) “es aquel que permite por medio de la formulación de preguntas adecuadas, obtener las respuestas que suministren los datos necesarios para cumplir con los objetivos de una investigación” (p. 127).

CAPITULO IV

4. Resultados del Diagnóstico.

Los resultados obtenidos en la muestra del personal de enfermería del pabellón 1 de mujeres, durante noviembre del 2006, fue un acercamiento donde se trató de diagnosticar la existencia o no, *Síndrome de Burt out*, y sus tres áreas de afectación, a saber: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal

La escala que se utilizó fue la Maslach Burn out Inventory en su versión ya validada al español (MBI).

El total de la muestra correspondió a ocho personas. Del cual el 100% (n=8) estaba constituida por el sexo femenino al momento del diagnóstico.

Del personal de enfermería el 50% (n=4) tenía una edad mayor a los 41 años cumplidos, seguido de un 37.5% (n=3) con una edad promedio entre 31 y 40 años, y solo el 12.5% (n=1) tenía una edad entre 21 y 30 años. Ninguna de las participantes era menor de 20 años como se muestra en el cuadro N°2.

Cuadro N°2

Distribución del personal de enfermería del pabellón 1 de mujeres según edad, Hospital Nacional Psiquiátrico, noviembre del 2006.

EDADES	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
MENOR DE 20 AÑOS	0	0%
DE 21 A 30 AÑOS	1	12.5%
DE 31 A 40 AÑOS	3	37.5%
MAYOR DE 40 AÑOS	4	50%
TOTAL	8	100%

Según el cuadro anterior la mayoría de las entrevistadas son mujeres mayores de 40 años, seguidas por las mayores de 31 años, para un total entre ambos grupos del 87.5% de la muestra. Solo una de las entrevistadas se ubico en el grupo de 21 a 30 años.

Según el puesto un 50% (n=4) eran auxiliares de enfermería, un 25% (n=2) enfermeras licenciadas y un 25% (n=2) asistentes de enfermería, como se muestra en el cuadro N°3:

Cuadro N°3

Distribución del personal de enfermería del pabellón 1 de mujeres según puesto, Hospital Nacional Psiquiátrico, noviembre del 2006.

PUESTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
ASISTENTE DE PACIENTES	2	25%
AUXILIARES DE ENFERMERIA	4	50%
ENFERMERAS LICENCIADAS	2	25%
TOTAL	8	100%

Las auxiliares de enfermería corresponden al 50% de la muestra, por lo que los datos obtenidos en las diferentes sub-escalas de Maslach serán muy significativos en ellas por el hecho de ser mayoría.

Respecto a los años de experiencia promedio que tenía cada una de trabajar en servicios de salud a nivel general el 37.5% (n=3) tenía entre 15 y 19 años de experiencia; un 25% (n=2) tenía mas de 20 años; un 25% (n=2) tenía entre 5 y 9 años de experiencia y por ultimo solo el 12.5% (n=1) tenía menos de 4 años y 11 meses de experiencia. En el cuadro N°4 se observa claramente estos datos:

Cuadro N°4

Años de antigüedad de trabajar en el área de la salud del personal de enfermería del pabellón 1 de mujeres según su puesto, Hospital Nacional Psiquiátrico, noviembre del 2006.

	Años de Antigüedad									
	< de 4 años y 11 meses		De 5 a 9 años y 11meses		De 10 a 14 años y 11 meses		De 15 a 19 años y 11 meses		> de 20 años	
PUESTO	ABS	REL	ABS	REL	ABS	REL	ABS	REL	ABS	REL
Asistentes de pacientes	1	12.5%	0	0%	0	0	0	0%	1	12.5%
Auxiliares de enfermería	0	0%	1	12.5%	0	0	2	25%	1	12.5%
Enfermeras licenciadas	0	0%	1	12.5%	0	0	1	12.5%	0	0%
TOTAL	1	12.5%	2	25%	0	0%	3	37.5%	2	25%

En el cuadro N°5 a diferencia del cuadro N°4, la antigüedad en años de trabajar en el Hospital Nacional Psiquiátrico estuvo muy heterogénea: un 25% (n=2) tenía menos de 4 años y 11 meses; un 25% (n=2) tenía entre 5 y 9 años; un 12.5% (n=1) tenía entre 10 y 14 años de laborar; un 25% (n=2) tenía entre 15 y 19 años y por último 12.5% (n=1) tenía más de 20 años de trabajar para el Hospital Nacional Psiquiátrico.

Cuadro N°5

Años de antigüedad del personal de enfermería del pabellón 1 de mujeres de trabajar en el Hospital Nacional Psiquiátrico según su puesto, noviembre del 2006.

PUESTO	AÑOS DE ANTIGÜEDAD									
	< de 4 años y 11 meses		De 5 a 9 años y 11 meses		De 10 a 14 años y 11 m.		De 15 a 19 años y 11 m.		> de 20 años	
	ABS	REL	ABS	REL	ABS	REL	ABS	REL	ABS	REL
Asistentes de pacientes	1	12.5%	0	0	0	0	0	0	1	12.5%
Auxiliares de enfermería	0	0	1	12.5%	1	12.5%	2	25%	0	%
Enfermeras licenciadas	1	12.5%	1	12.5%	0	0	0	0	0	0
TOTAL	2	25%	2	25%	1	12.5%	2	25%	1	12.5%

Como se puede ver hubo al menos una persona ubicada en cada uno de los rangos. De esta información se puede deducir que son un personal de salud con una baja, mediana y larga experiencia laboral de trabajar en dicho centro. En este sentido es un grupo muy heterogéneo por lo que se podría esperar resultados igualmente diferentes.

Por los datos de afiliación anteriormente descritos se puede resumir que la muestra esta compuesta en su totalidad por personas del sexo femenino en etapa adulta, mayoría con edades superiores a los 30 años, de las cuales el 50% son auxiliares de enfermería.

La mayoría tiene entre 5 y 20 años de antigüedad de dedicarse a los cuidados de la salud y más de 5 años de trabajar en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

Al comparar sus características de afiliación con lo encontrado en la teoría tenemos que existen en común algunos factores de riesgo que pueden incidir en la aparición del *Síndrome de Burn out*: en esta muestra todas son de sexo femenino, tienen más de 5 años de experiencia laboral y atienden a una población de alto riesgo, tres factores que generan particularmente mucho estrés.

Como la escala de Maslach Burn out Inventory se divide en tres dimensiones diferentes (sub-escalas), se analizaron los resultados por separados para cada una de ellas, a saber: *desgaste emocional*, *despersonalización* y *falta de realización personal*.

En términos generales ninguna de las personas de la muestra cumplió con los tres criterios de la Escala Burn out Inventory (MBI) para diagnosticar que sufren del Síndrome de Burn Out, es decir, nadie obtuvo al mismo tiempo valores altos en las dos primeras sub-escalas (desgaste emocional y despersonalización) y valores bajos en la tercer sub-escala (falta de realización personal) para afirmar que presenta el síndrome.

Sin embargo, al analizar los resultados en forma separada para cada sub-escala los mismos son muy reveladores, y sí demuestran afectación por áreas.

De estos resultados por sub-escala, es que nace la inquietud de desarrollar una propuesta de un Programa Integral de Autocuidado que ayude, en parte, a la prevención de dicho síndrome y que a su vez, fortalezca la salud mental en el personal de enfermería de dicho nosocomio.

4.1 Sub-escala Desgaste Emocional.

Esta sub.-escala mide la pérdida de energía, el agotamiento y la fatiga. Puede manifestarse física o psicológicamente con una disminución y /o pérdida de recursos emocionales.

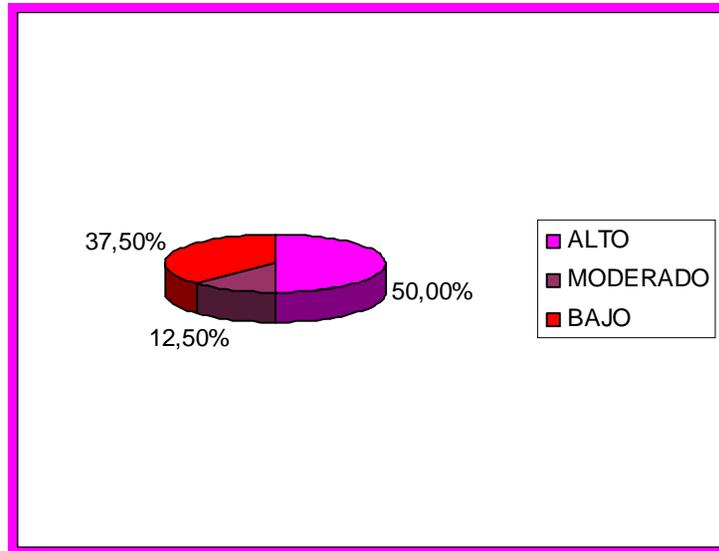
En el cuadro N°6 se muestran los resultados obtenidos en la sub-escala que mide el *desgaste emocional*, tanto en términos relativos como absolutos.

Cuadro N°6
Personal de enfermería del pabellón 1 de mujeres según el resultado de la sub-escala de desgaste emocional, Hospital Nacional Psiquiátrico, noviembre del 2006.

	PERSONAL DE ENFERMERÍA	
I SUB-ESCALA	ABSOLUTO.	RELATIVO.
DESGASTE EMOCIONAL		
Alto	4	50%
Moderado	1	12.5%
Bajo	3	37.5%
TOTAL	8	100%

Grafico N°1

Personal de enfermería del pabellón 1 de mujeres según el grado de desgaste emocional, Hospital Nacional Psiquiátrico, noviembre del 2006.



En el gráfico N°1 se evidencia que un **62.5%** del personal de enfermería muestra valores de moderados a altos en desgaste emocional, ósea que en términos absolutos cinco de las ocho personas de la muestra, están con desgaste emocional y en riesgo de desarrollar el *Síndrome de Burn out*.

Estos resultados son alarmantes, dado que la dimensión de esta sub-escala está directamente relacionada con el tipo de trabajo que éstas realizan y valora la vivencia de estar y sentirse exhausto emocionalmente por las demandas laborales.

Hubo un **37.5%** de las entrevistadas que obtuvo valores bajos en cuanto al desgaste emocional, lo que significa afortunadamente que no todo el equipo sufre del mismo.

4.2 Sub-escala de Despersonalización.

La *despersonalización* consistente en el desarrollo de actitudes negativas hacia los pacientes y compañeros(as) de trabajo; ésta sub-escala valora sentimientos de insensibilidad y cinismo, hacia las personas con las que nos relacionamos a nivel laboral (pacientes y compañeros).

En el cuadro N°7 y tabla N°2 se muestran los valores obtenidos.

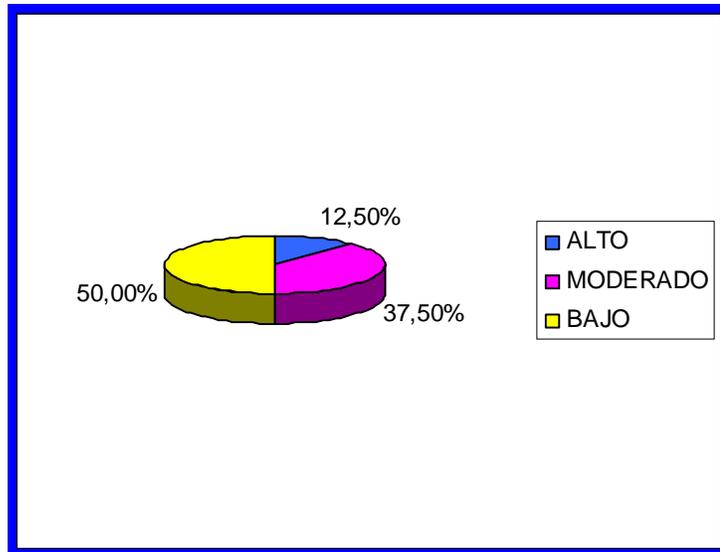
Cuadro N°7

Personal de enfermería del pabellón 1 de mujeres según el resultado de la sub-escala de Despersonalización, Hospital Nacional Psiquiátrico, noviembre del 2006.

	PERSONAL DE ENFERMERÍA	
II SUB-ESCALA	ABSOLUTO.	RELATIVO.
DESPERSONALIZACIÓN		
Alto	1	12.5%
Moderado	3	37.5%
Bajo	4	50%
TOTAL	8	100%

Grafico N°2

Personal de enfermería del pabellón 1 de mujeres según el grado de despersonalización, Hospital Nacional Psiquiátrico, noviembre del 2006.



En ésta sub-escala un 50% del personal obtuvo valores bajos de *despersonalización*, es decir, que en el momento del diagnóstico, no presentaban actitudes de frialdad y distanciamiento hacia pacientes y compañeros, lo cual es muy alentador, mas al tratarse de un entorno muy difícil, pues las poblaciones con enfermedades mentales son de muy difícil y complejo manejo.

Desafortunadamente el otro 50% de la muestra sí presenta valores entre moderados y altos de *despersonalización*, lo que se traduce en términos absolutos, que cuatro de las ocho personas de la muestra, pueden llegar a

sufrir el Síndrome *de Burn out* y presentaban, en ese momento, actitudes de cinismo, indiferencia y poca empatía hacia sus pacientes y compañeros de trabajo.

4.3 Sub-escala de Realización Personal.

Por último, en la sub-escala de *falta de realización personal*, aparecen una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y a hacia su trabajo, típicas de depresión, baja autoestima, incremento de la irritabilidad, baja productividad entre otras.

En el cuadro N°8 y el gráfico N°3 se pueden observar los valores obtenidos:

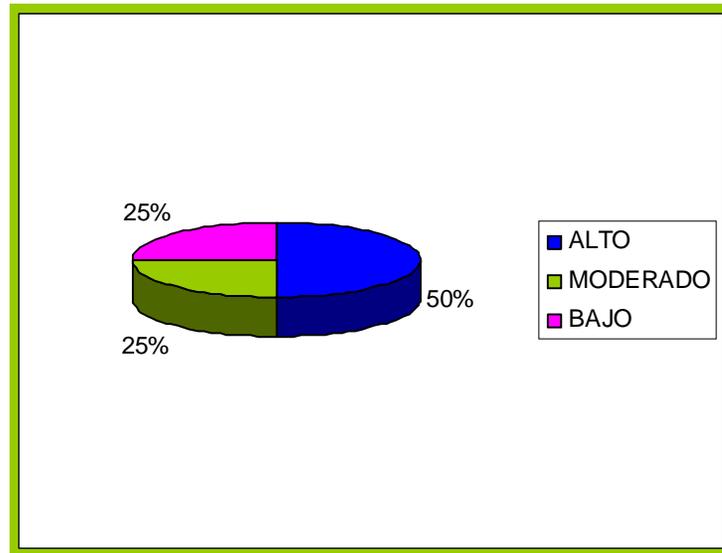
Cuadro N°8

Personal de enfermería del Pabellón 1 de Mujeres según el resultado de la sub-escala de Realización Personal, Hospital Nacional Psiquiátrico, noviembre del 2006.

	PERSONAL DE ENFERMERÍA	
III SUB-ESCALA	ABSOLUTO.	RELATIVO.
REALIZACIÓN PERSONAL		
Alto	4	50%
Moderado	2	25%
Bajo	2	25%
TOTAL	8	100%

Grafico N°3

Personal de enfermería del pabellón 1 de mujeres según el grado de realización personal, Hospital Nacional Psiquiátrico, noviembre del 2006.



La sub-escala de *realización personal*, fue la que evidenció los resultados mas satisfactorios, de las tres sub-escalas, dado que el **75%** de la muestra puntuó entre una moderada a alta realización personal. Lo cual se puede traducir entre una adecuada escogencia de vocación personal y laboral, así como adecuados sentimientos producto del trabajo que se realiza.

Por ejemplo, al analizar en profundidad los resultados de la dimensión de *desgaste emocional* se puede ver en el Cuadro N°9 que al menos hubo, una asistente de pacientes, una auxiliar y una enfermera con *altas puntuaciones de desgaste emocional*, lo que demuestra que el desgaste emocional puede afectar al personal de enfermería indistintamente de la posición jerárquica y preparación académica-técnica que posea.

Cuadro N°9

Grado de desgaste emocional del personal de enfermería del pabellón 1 de mujeres según su puesto, Hospital Nacional Psiquiátrico, noviembre del 2006.

Primera Sub- Escala	PERSONAL DE ENFERMERÍA					
	Asistente de Pacientes		Auxiliares de Enferm.		Enferm. Lic.	
DESGASTE EMOCIONAL	ABS.	REL.	ABS.	REL.	ABS.	REL.
Bajo	1	12.5%	1	12.5%	1	12.5%
Moderado	0	0%	1	12.5%	0	0%
Alto	1	12.5%	2	25%	1	12.5%
TOTAL	2	25%	4	50%	2	25%

El grupo mas afectado por *desgaste emocional* son las auxiliares de enfermería con un 37.5% entre moderado y alto; seguido en igualdad de condiciones con un 12.5% las enfermeras y 12.5% las asistentes de pacientes. Se debe tomar en cuenta que la mayoría de la muestra (n:4) estaba constituida por auxiliares. No obstante, el mayor desgaste emocional

en ellas podría estar relacionado con su antigüedad de trabajar, como se muestra en el cuadro N°4, dado que este grupo es el que presenta mayor años de antigüedad en comparación a las enfermeras y las asistentes de pacientes.

Por último, el grado de agotamiento profesional en el *Síndrome de Burn out*, se considera como una variable continua con diferentes grados de intensidad. Para que una persona que realice la Maslach Burn out Inventory (MBI) no sea diagnosticada con el *Síndrome Burn out*, debe obtener menos de 18 puntos en la sub-escala de desgaste emocional, menos de 5 puntos en la sub-escala de despersonalización y mas de 40 puntos en la sub-escala de realización personal, es decir, puntuaciones altas en desgaste emocional y despersonalización, así como puntuaciones bajas en realización personal definen el *Síndrome de Burn out*.

En el cuadro N°10 se pueden ver las puntuaciones máximas y mínimas obtenidas para cada sub-escala por el Personal de Enfermería.

Cuadro N° 10

Puntuaciones máximas y mínimas obtenidas en personal de enfermería del pabellón 1 de mujeres según sub-escalas Maslach, Hospital Nacional Psiquiátrico, noviembre del 2006.

SUB-ESCALAS MASLACH	VALORES OBTENIDOS	
	PUNTUACION MINIMA	PUNTUACION MAXIMA
Desgaste Emocional	5	46
Despersonalización	0	12
Realización Personal	29	48

De las tres sub-escalas, de la Maslach Burn out Inventory (MBI), el *Desgaste Emocional* fue la dimensión que demostró resultados más elevados de afección en el personal de enfermería del Pabellón 1 de Mujeres, con un 62.5% a nivel general, seguida por la despersonalización con un 50% de afectación y de último con una *baja realización personal* un 25% de la muestra.

En resumen, nadie de la muestra obtuvo al mismo tiempo valores altos en las dos primeras sub-escalas y valores bajos en la tercer sub-escala, como para “diagnosticar” o decir que presentan el *Síndrome de Burn out*, pero muchas de ellas sí se encuentran en riesgo de desarrollarlo por los valores obtenidos y analizados anteriormente.

A continuación, se desarrolla la “*Propuesta de un Programa Integral de Autocuidado basado en la prevención del Síndrome de Burn out y dirigido*”

al Personal de Enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico” el cual será presentado a la dirección de Enfermería una vez concluida su aprobación, con el fin de promover su implementación.

CAPITULO V

5. Recomendaciones

5.1 Propuesta de un Programa Integral de Autocuidado basado en la prevención del Síndrome de Burn out y dirigido al Personal de Enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico.

La idea de desarrollar una Propuesta de un Programa Integral de Autocuidado basado en la prevención del Síndrome de Burn out y dirigido al Personal de Enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico, nace de la necesidad por retribuir a dichos trabajadores, con una gama de actividades minuciosamente seleccionadas a la luz de la teoría aprendida durante la Maestría en Psicología Empresarial y que den respuesta efectiva al *cansancio emocional, a la despersonalización y a la falta de realización personal*; actividades con las cuales se sientan valorados y reforzados positivamente, a nivel institucional, y como una forma de intervención desde el punto de vista de la Psicología Empresarial que sirva de precedente para el desarrollo de *Programas de Autocuidado* para la prevención de enfermedades laborales y motive a muchas otras instituciones a implementarlos.

El Programa Integral de Autocuidado está dividido en 3 Módulos que están basados en la prevención de cada una de las áreas de afección del Síndrome de Burn out:

- **Módulo 1:** MANEJO DEL CANSANCIO EMOCIONAL
- **Módulo 2:** MITIGANDO LA DESPERSONALIZACIÓN
- **Módulo 3:** EN BUSCA DE LA REALIZACIÓN PERSONAL

A su vez, cada uno de los Módulos estará dividido por diferentes sesiones, donde se trabajaran aquellas actividades y dinámicas, que promuevan el autocuidado en los y las participantes; habrán sesiones como parte del concepto de Autocuidado, donde se desarrollaran temas libres, juegos y espacios de catarsis. Cada sesión tendrá una duración de 2 horas aproximadamente.

En esta propuesta se plantea un ideal como mínimo de 10 personas, ya sea, que se trabaje con todo el personal de un mismo servicio o con el personal de dos servicios diferentes pero en el mismo turno y área, con el fin de que la mayor cantidad del personas inicie el programa y goce de sus beneficios.

Cuando los primeros grupos completen todas las sesiones del Programa Integral de Autocuidado, otros grupos iniciaran, y así paulatinamente a lo largo del año, con el fin de ir evaluando el proceso y haciendo los cambios y mejoras que el Programa Integral de Autocuidado necesite, pues el mismo no se plantea ni rígido, ni estático y esta sujeto a cambios, de acuerdo a las necesidades del Personal de Enfermería y de la institución.

5.1.1 Módulo: Manejo del cansancio emocional

Descripción: El presente módulo consta de ocho sesiones con una duración de 2 horas aproximadamente para cada sesión. Las mismas se desarrollaran una vez por semana para cada grupo del personal y de preferencia en horas de la mañana.

NOTA: la cantidad de sesiones pueden reducirse a un mínimo de cuatro sesiones al mes en caso de que se quisiera mantener el mismo grupo del personal, debido a los cambios de turno y rotaciones.

Área favorecida: Personal de Enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Objetivo General: Desarrollar un programa de actividades destinado al autocuidado y manejo del Cansancio Emocional, en el personal de Enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Objetivos Específicos:

- Explicar el encuadre del Programa Integral de Autocuidado.
- Introducir a los participantes en el tema del Autocuidado.
- Iniciar a los participantes en las técnicas de relajación y de estilos de vida saludable.

- Explicar en que consiste el Síndrome de Burn out.
- Crear un ambiente de confianza para las diferentes sesiones a desarrollar

Áreas temáticas:

- Autocuidado
- Autoconocimiento
- Estilos de Vida Saludables
- Manejo del Estrés
- Técnicas de Relajación
- Control de las Emociones

**MODULO:
MANEJO DEL CANSANCIO
EMOCIONAL**

SESION #1

"Iniciando mi Autocuidado"



1.1 Bienvenida y encuadre al Programa Integral de Autocuidado.

Metodología:

- Se coloca una nota de bienvenida, previamente confeccionada, con un detalle en cada uno de los lugares donde estarán sentados los participantes.
- Se les da la bienvenida y se les agradece que formen parte del Programa Integral de Autocuidado.
- Se pasa lista de asistencia de los participantes.
- Se dan los lineamientos generales del desarrollo del Programa Integral de Autocuidado.
- Se establece entre todos las reglas del grupo y se le pide a un participante que las anote en una hoja de papel para ser leídas cuando sea necesario.

Materiales:

- Hojas blancas de papel con un mensaje positivo de bienvenida y motivación.
- Lapiceros.
- Sillas.
- Mesas.
- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- 20 min. aproximadamente.

1.2 Presentación Audiovisual: Motivación de Paulo Coelho.

Metodología:

- Se le pide a los participantes que se sienten cómodos y presten atención a la motivación.

- Se les da unos minutos para que reflexionen sobre la presentación anterior y expongan algunos comentarios.

Materiales:

- Computadora Personal
- Retroproyector.
- Sillas.
- Espacio físico adecuado para proyección.

Tiempo:

- 30 min. aprox.

1.3 Dinámica de Presentación: “Palabras Embolsadas”

Metodología:

- Se recortan tarjetas de 5 x 10 cm y se escriben en ellas un par de palabras que sean comienzo de una frase de presentación personal.
Por ejemplo:

-ME GUSTA...

-EN MIS RATOS LIBRES...

-LO QUE MAS QUIERO...

-MI FAMILIA...

-MI TRABAJO...

-EL LUGAR DONDE VIVO...

-ECT.

- Se prepara una caja de zapatos forrada con papel o una bolsa opaca donde poner las tarjetas.
- Se explica el ejercicio que se va a realizar tratando de motivar a que todos(as) participen sin bloqueos, ni prejuicios y que se presenten con naturalidad.
- Sentados en ronda, comienza la coordinadora del programa.

- Se toma una tarjeta al azar de la caja o bolsa y después de decir su nombre responde a la consigna que le tocó. Por ejemplo:

“Me llamo Julieta y mi tarjeta dice: el lugar donde vivo...bueno, yo vivo en San Antonio de Belén, en una urbanización que se llama Villa Fernando, hay un play al final de la calle, mis vecinos son muy bella gente y simpáticos; a veces no me gusta que Belén es muy caliente...etc.

- Posteriormente pasa la caja y sigue la persona sentada a su derecha.
- Las tarjetas que se van usando se van sacando del juego para que no se repitan.
- Si se desea se pueden hacer varias rondas de preguntas dependiendo de la cantidad de participantes y de tarjetas confeccionadas.

Materiales:

- Tarjetas de cartulina iguales 5 x 10 cm ya preparadas.
- Caja de zapatos forrada o bolsa opaca.
- Sillas.
- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- Entre 30 a 45 min. aproximadamente.

1.4 Charla: ¿El por qué del Autocuidado?

Metodología:

- En forma breve se le explica a los participantes en que consiste el Autocuidado.
- Se evacuan preguntas sobre el tema.

Materiales:

- Presentación de la Charla en Power Point.
- Computadora personal.
- Retroproyector.
- Puntero láser.
- Sillas.
- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- 20 minutos.

1.5 Dinámica de Rompecabezas: “Construcción del Concepto de Autocuidado.”**Metodología:**

- Se procede a dividir a los participantes en 2 grupos con la misma cantidad de personas.
- Previamente se seleccionan 2 conceptos de Autocuidado:

Concepto#1.

“El autocuidado se desarrolla directamente con los trabajadores y con la gerencia a nivel organizacional. La idea es lograr que los trabajadores adopten conductas que vayan en beneficio de su propia persona”.

Concepto#2.

“Se considera al Autocuidado como aquellas acciones que cada persona puede realizar cotidianamente para incrementar la salud y el cuidado personal en las dimensiones física, emocional y social.”

- En hojas de colores de papel construcción se escribe cada una de las palabras que conforman los conceptos de Autocuidado.
- En dos bolsas opacas se colocan por separado cada uno de los

conceptos y se le entrega una bolsa a cada grupo.

- Se le pide a cada participante que vaya sacando una hoja de papel construcción que tiene una palabra del concepto de Autocuidado.
- Cuando todos los participantes tengan al menos una hoja, se cuenta hasta 3 y cada grupo tendrá 5 min. para armar el concepto de Autocuidado como un rompecabezas en el piso.
- El grupo que arme correctamente el concepto de Autocuidado primero será el ganador y se les entregarán unas sorpresas.

Materiales:

- 1 marcador negro.
- 2 paquetes de papel construcción de colores.
- 2 bolsas opacas o negras medianas.
- 1 cronómetro.
- Sorpresas (llaveros, separadores de libro, lapiceros, stickers, caramelos etc.)
- Espacio físico adecuado

Tiempo:

- 20 min.

1.6 Cierre de la sesión.

Metodología:

- Se hace una plenaria de cómo se sintieron con las actividades.
- Se les motiva para continuar en el programa.
- Despedida.

Materiales:

- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- 5 min. aproximadamente.

SESION #2
"CONOCIENDO
SOBRE EL
BURN OUT"



2.1 Charla: ¿Qué es el Síndrome de Burn out?

Metodología:

- Se les da la bienvenida a los y las participantes.
- Se les pide que se sienten en forma individual.
- Se explica a los participantes en que consiste el Síndrome de Burn out, utilizando el método de charla.
- Se evacuan preguntas sobre el tema.
- Lo expuesto en la charla se reforzará con los resultados que se obtengan en la **actividad 2.3**

Materiales:

- Presentación de la Charla en Power Point.
- Computadora personal.
- Retroproyector.
- Puntero láser.
- Sillas.
- Espacio físico adecuado.

Tiempo

- 30 min.

2.2 Juego: Quítale la Cola al Dragón.

Metodología:

- Se separa al grupo de participante en dos sub-grupos.

- Se les pide que formen dos filas tomando de la cintura al compañero que está al frente, como una larga cadena.
- Se le coloca un trapo o un pañuelo en la bolsa trasera al último participante de cada fila.
- La meta es lograr que la primera persona de una fila obtenga el pañuelo de la otra en tanto que esa hilera trata de evitarlo.
- No se pueden soltar de la cintura del compañero porque deben de salir de la fila.
- Gana el grupo que lo logre primero.
- Se les da un premio a los integrantes del grupo.

Materiales:

- Un pañuelo o un trapo.
- Espacio físico adecuado.
- Premios (caramelos, separadores, stickers etc.)

Tiempo:

- De 5 a 10 min.

2.3 Actividad de Autoconocimiento: Aplicación de la Maslach Burn out Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)

Metodología:

- Se le entrega a cada uno de los participantes una copia de la Escala MBI para medir el Síndrome de Burn out. (Anexo #1)
- Se aclaran dudas y se les solicita a cada participante que haga el instrumento con toda sinceridad.

<ul style="list-style-type: none"> • Cuando todos los participantes hayan terminado de completar las escalas, se les explica como deben sumar e interpretar los resultados obtenidos en forma individual. • Se realiza una plenaria de los resultados obtenidos, de aquellas personas que se sientan cómodas en compartirlos.
<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lápices o lapiceros. • Copias de la Escala MBI-HSS. • Sillas. • Mesas. • Espacio físico adecuado
<p>Tiempo</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30 a 45 min. aproximadamente.

<p>2.4 Cierre de la sesión.</p>
<p>Metodología:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se hace una plenaria de cómo se sintieron con las actividades. • Se les motiva a continuar en el programa. • Despedida.
<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espacio físico adecuado.
<p>Tiempo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 min. aproximadamente.

SESION #3
"RELAJÁNDONOS"



3.1 Técnica de Relajación #1: Relajación Progresiva de Jacobson.

Metodología:

- Se les da la bienvenida a los y las participantes.
- Primero se les pide a todos(as) los(las) participantes que se vayan relajando, que se estiren durante unos minutos y que tengan una respiración adecuada.
- Cuando han transcurrido unos minutos y los participantes tienen una “relajación” previa se inicia; se pueden hacer 3 repeticiones de cada grupo muscular.
- Se utiliza una música muy suave y relajante de fondo.
- **Relajación de la cara:**
 - **La frente:** para tensarla hay que tirar de las cejas hacia arriba de manera que se marquen las arrugas. Relajarla dejando que las cejas vuelvan a su posición habitual.
 - **El entrecejo:** para tensar hay que intentar que las cejas se junten una contra otra, se deben marcar unas arrugas encima de la nariz. Relajar.
 - **Los ojos:** tensarlos apretándolos fuertemente. Relajarlos aflojando la fuerza y dejarlos cerrados.
 - **La nariz:** para tensarla se debe arrugar hacia arriba, y destensarla dejando de arrugarla suavemente.
 - **La sonrisa:** forzar la sonrisa el máximo posible apretando los labios uno contra el otro al mismo tiempo. Luego relajar.
 - **La lengua:** apretar con fuerza la lengua contra la parte interior de los dientes de la maxila. Se tensan la lengua, la parte inferior de la boca y los músculos de alrededor de las mandíbulas. Aflojar lentamente.

- **Mandíbula:** apretar con fuerza la mandíbula contra la maxila, notando que se tensan los músculos situados por debajo y hacia delante de las orejas. Aflojar.
- **Los labios:** sacar los labios hacia fuera y apretarlos fuertemente el uno contra el otro. Relajar.

Relajación del resto del cuerpo:

- **El cuello:** existen diversos procedimientos, básicamente consiste en estirar los músculos del cuello hacia arriba. Un procedimiento es dejando caer la cabeza hacia delante hasta que la barbilla esté lo más próxima posible al pecho, se tensan especialmente los músculos de la nuca. Para relajar, llevar la cabeza a su posición normal. El otro procedimiento es inclinar la cabeza hacia un lado hasta sentir una tensión en la zona lateral del cuello y después hacia el otro lado. Para relajar volver la cabeza a su posición normal.
- **Los hombros:** subir los hombros hacia arriba con fuerza, intentando tocar las orejas con ellos, mantener la tensión y relajar dejando caer poco a poco los hombros.
- **Brazos:** estirar el brazo hacia delante, cerrar el puño y apretarlo fuertemente, intentar poner todo el brazo rígido. Para aflojar, abrir el puño y dejar caer el brazo suavemente. Después el otro brazo.
- **Espalda:** para tensar, echar el cuerpo hacia delante, doblar los brazos por los codos y tirar de ellos hacia arriba y atrás, no se deben apretar los puños, para relajar volver a la posición original.
- **Estómago:** hay dos maneras. Una es meter el estómago hacia adentro el máximo que se pueda, otra manera más efectiva es apretar los músculos del estómago hacia fuera, de manera que se ponga duro. Para relajar dejar de tensionar el estómago.
- **Parte inferior de la cintura:** apretar la parte del cuerpo que está en contacto con la silla, lo más efectivo es apretar la pierna izquierda contra la derecha, desde los glúteos hasta la rodilla.
- **Piernas:** estirar la pierna todo lo posible, se ha de notar la tensión en

el muslo y en la pantorrilla. El pie se puede poner mirando al frente o tirando de él hacia atrás. Relajar primero el pie y poco a poco soltar la pierna y dejarla que se relaje. Repetir con la otra pierna.

En la Relajación Muscular Progresiva normalmente se aprende un grupo muscular por sesión, pero esto depende del terapeuta. Después de cada sesión se dedican los últimos minutos para sentir la relajación ayudándonos con una respiración lenta y profunda. Es importante adecuar la técnica a las necesidades particulares de cada persona.

Materiales:

- Espacio físico adecuado.
- Sillas.
- Radiograbadora.
- CD música instrumental.
- Quemador
- Incienso.

Tiempo:

- De 1:30min aprox.

3.2 Cierre de la sesión.

Metodología:

- Se hace una plenaria de cómo se sintieron con la primera técnica de relajación.
- Se les motiva a continuar en el programa.
- Despedida.

Materiales:

- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- 5 min. aproximadamente.

SESION #4

"COMBATIENDO EL ESTRÉS"



4.1 Dinámica Lluvia de Ideas: ¿Qué conocemos sobre el Estrés?

Metodología:

- **Lluvia de Ideas: ¿Qué conocemos del ESTRÉS?** Se le pide a todos los participantes que mencionen todo aquello que se relaciona con el estrés para juntos construir el conocimiento.
- Se van anotando las ideas en la pizarra acrílica o en un papelógrafo.
- Se refuerza la lluvia de ideas con una presentación sobre el estrés y diferentes técnicas para combatirlo.

Materiales:

- Pizarra acrílica o un papelógrafo.
- Marcadores
- Borrador
- Retroproyector
- Computadora personal
- Sillas
- Espacio físico adecuado

Tiempo:

- 30 min. aprox.

4.2 Técnica de Relajación #2: SANACIÓN Y VISUALIZACION DIRIJIDA (Anexo #6: “Combatiendo el estrés de Brian Weiss)

Metodología:

- Se les explica a los participantes sobre la técnica a utilizarse.
- Se le da una colchoneta de ejercicio a cada participante, para que se acuesten sobre ella en el piso.

- Se deben quitar los zapatos.
- Apagar los celulares.
- Se les pide que cierren los ojos.
- Se apaga la luz.
- Se coloca incienso.
- Se procede a poner el CD de Brian Weiss, sobre como combatir el Estrés.
- Cuando la visualización dirigida termina se hace una plenaria para escuchar las sensaciones de los participantes.

Materiales:

- Colchonetas de ejercicio.
- Espacio físico adecuado.
- Incienso.
- Quemador.
- Radiograbadora.
- CD de Visualización Dirigida.

Tiempo:

- 1 hora aprox.

4.3 Actividad de Arte-Terapia: Dibujo Libre.

Metodología:

- Pasados unos minutos de la técnica de relajación anterior se le pide a los participantes que tomen sus lugares nuevamente.
- Se les entrega una hoja de papel para dibujo #180.

- En una mesa se colocan lápices de colores, temperas, pinceles, crayolas, etc.
- Se les pide a los participantes que hagan un dibujo como ellos quieran: abstracto, un paisaje, una persona, un animal etc. pero referido al lema:

¿Cómo me siento?

- Se les explica que la técnica artística no es lo importante, ni si saben o no dibujar, sino las sensaciones que experimentan al hacerlo.
- Cuando todos hayan terminado sus dibujos, se les pide que los peguen en la pared con masking.
- Se hace una plenaria de las sensaciones y dibujos realizados.
- Cada participante retira su dibujo

Materiales:

- Papel #180 para dibujo.
- Crayolas
- Lápices de colores
- Temperas
- Pinceles
- Mesas amplias
- Sillas
- Masking
- Platos plásticos
- Vasos plásticos
- Espacio físico adecuado.
- Trapos.

Tiempo:

- 1:30min. aprox.

4.4 Cierre de la sesión.

Metodología:

- Se hace una plenaria de cómo se sintieron con las actividades.
- Se les motiva para continuar en el programa.
- Despedida.

Materiales:

- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- 5 min. aproximadamente.

SESION #5
"MENTE SANA EN CUERPO SANO"



5.1 Actividad Audiovisual: EL PODER DEL PENSAMIENTO de Deepak Chopra.

Metodología:

- Se le da la bienvenida a todos los participantes.
- Se hace una introducción de actividad.
- Se proyecta la video-conferencia.
- Se hace una plenaria al final de esta.

Materiales:

- Computadora Personal
- Retro-proyector.
- Sillas
- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- 1 hora aprox.

5.2 Técnica de Relajación: LA RELAJACIÓN AUTÓGENA DE SCHULTZ.

Metodología:

- Consiste en una serie de frases elaboradas con el fin de inducir en los participantes estados de relajación a través de autosugestiones.
- La técnica de Relajación Autógena consta de 4 niveles progresivos: el primero de ellos es el que realmente nos interesa para la obtención

de estados relajantes y consta de seis ejercicios escalonados de forma progresiva y de menor a mayor dificultad.

- Se le pide a los participantes que se sienten de forma cómoda y cierren sus ojos.
- Que sus brazos caigan y que sus piernas no estén cruzadas.
- Se pone una música muy suave.
- Se puede utilizar alguna aromaterapia.

1) Se inicia mediante la fórmula “*mi... esta pesado*” que se repite 6 veces verbal o mentalmente, después se continúa con toda la musculatura corporal esquelética o voluntaria:

- **La frente:** *mi frente esta pesada*, se repite 6 veces.
- **Los ojos:** *mis ojos están pesados...*
- **Mandíbula:** *mi mandíbula esta pesada...*
- **El cuello:** *mi cuello esta pesado...*
- **Los hombros:** *mis hombros están pesados...*
- **Brazos:** *mis brazos están pesados...*
- **Espalda:** *mi espalda esta pesada...*
- **Estómago:** *mi estómago esta pesado...*
- **Parte inferior de la cintura:** *esta pesada...*
- **Piernas:** *mis piernas están pesadas...*

2) Relajación de la musculatura vascular. Se pretende conseguir una dilatación de los vasos sanguíneos con el fin de aumentar el flujo sanguíneo produciendo sensaciones de aumento de calor en la zona relajada. La fórmula que se utiliza es “*mi ...está caliente*” que también se repite seis veces y se continúa por toda la musculatura esquelética.

- **Los ojos:** *mis ojos están calientes;* se repite 6 veces.

- **Mandíbula:** *mi mandíbula esta caliente...*
- **El cuello:** *mi cuello esta caliente...*
- **Los hombros:** *mis hombros están calientes...*
- **Brazos:** *mis brazos están calientes...*
- **Espalda:** *mi espalda esta caliente...*
- **Parte inferior de la cintura:** *esta caliente...*
- **Piernas:** *mis piernas están calientes...*

3) Regulación del ritmo cardíaco. Se coloca la mano derecha a la altura del corazón y se utiliza la fórmula:

- **“mi corazón está tranquilo”**, también se repite seis veces.

4) Regulación de la respiración. Se utiliza la fórmula:

- **“mi respiración es suave y tranquila”** y se repite seis veces.

5) Regulación de los órganos abdominales. Se ha de concentrar la mente en la boca del estómago o plexo solar y utilizando la fórmula:

- **“mi abdomen está caliente”** repetida seis veces, llegaremos a notar una evidente sensación de calor en la zona de los órganos contenidos en el abdomen.

6) Regulación de la temperatura de la región cefálica. Se pretende reducir el flujo vascular para provocar una sensación de frialdad que creará una armonía y equilibrio emocional. La fórmula es:

- **“mi frente está agradablemente fresca”** repetida seis veces.

Se les recomienda a los participantes que deben realizar estos ejercicios dos o tres veces al día durante unos 15 días, siempre pasando de un ejercicio al otro cuando el anterior esté perfectamente dominado. Se les entrega una copia de los ejercicios para dicho fin.

Materiales:

- Grabadora.
- CD música suave.
- Sillas.
- Espacio físico adecuado.
- Incienso.
- Quemador.
- Encendedor.

Tiempo:

- 1:30 min. aprox.

5.3 Cierre de la sesión.**Metodología:**

- Se hace una plenaria de cómo se sintieron con las actividades.
- Se les motiva para continuar en el programa.
- Despedida.

Materiales:

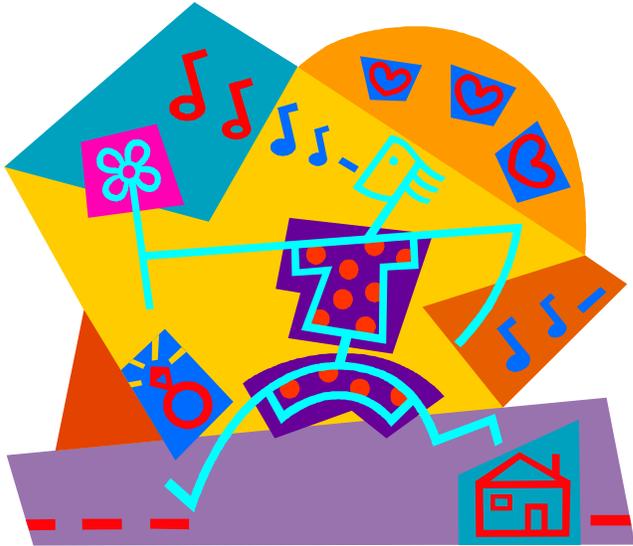
- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- 5 min. aproximadamente.

SESION #6

"SONRIÉNDOLE A LA VIDA"



6.1 Juego: El Quita Calcetines.

Metodología:

- Se hace un círculo grande con masking tape donde quepan todos los miembros del grupo adentro.
- Se coloca una manta dentro del círculo para que los participantes al sentarse no se ensucien.
- Se les pide a todos que se quiten los zapatos, dejando solo los calcetines puestos (deben tener calcetines para poder participar) y que se sienten dentro del círculo.
- Se les explica que el juego consiste en reunir el mayor número de calcetines posible; no importa como los consigan.
- Se sale del juego (y del círculo) si te quitan los calcetines o si alguna parte de tu cuerpo se sale del círculo.
- El que quede al último en el círculo con mayor cantidad de calcetines gana.
- Se da una señal de inicio a la cuenta de 1, 2 y 3!
- Al finalizar la dinámica se le da un premio al ganador.
- Se devuelven las medias a sus dueños y se les pide que vuelvan a sus lugares y digan como se sienten.
- Se introduce la importancia de la risa en las personas.

Materiales:

- Masking tape.
- Una sábana grande.

Tiempo:

- 10 min. aprox.

6.2 Actividad Audio-visual: Película Cómica (será escogida de acuerdo a las características observadas en cada grupo)

Metodología:

- Se hace una introducción de actividad.
- De previo se le pide al grupo compartir algo de comer, como palomitas de maíz.
- Se proyecta una película seleccionada por su gran contenido humorístico.
- Se hace una plenaria al final de esta.

Materiales:

- Película.
- PC.
- Proyector.
- Sillas
- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

1 hora 30 min. aprox.

6.3 Cierre de la sesión.

Metodología:

- Se hace una plenaria de cómo se sintieron con las actividades.
- Se les motiva a continuar en el programa.
- Despedida.

Materiales:

- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- 5 min. aproximadamente.

SESION #7

“COMPARTIENDO
ESPACIOS POSITIVOS”



7.1 Dinámica: Las Caricias Físicas.

Metodología:

- Se le pide a los participantes que formen sub-grupos de 4 miembros y se acomoden distribuyéndose cómodamente en todo el salón.
- Se pone una música suave instrumental.
- Se puede colocar aromaterapia.
- Se explica que la experiencia del masaje en grupo involucra sentimientos de confianza y aprendizaje para lograr abandonar las sensaciones de rigidez, y de esta manera, cada participante se hará más consciente de sí mismo, de su ternura y de sus sentimientos, acerca de dar y recibir afecto.
- Se explica también, que cada participante recibirá masaje por parte de los otros 3 miembros de su subgrupo.
- El masaje durará el mismo tiempo para cada uno (de 5 a 15 minutos).
- Un participante se sentará y los demás darán el masaje.
- Uno se dedicará a la cabeza (sien) y hombros, otros dos a cada brazo y mano. Mientras el participante recibe su masaje, las posiciones no se rotarán, sino hasta cambiar de persona.
- Es muy importante subrayar que deben intentar mostrar interés y cariño con el contacto.
- El participante que recibe el masaje deberá cerrar los ojos y tratar de alejar su rigidez, relajarse y disfrutar el masaje y las sensaciones táctiles que éste genere.

- La facilitadora avisará a los demás miembros del subgrupo cuando ha llegado el momento de rotar las posiciones alrededor de su compañero.
- Al final cuando todos hayan recibido el masaje, la discusión es conveniente concentrarla en los siguientes puntos:
 - a) Cuando se recibía masaje: ¿Cuáles eran sus sentimientos? ¿Se sintieron incómodos en algún momento? ¿Cuándo? ¿Cómo superaron este sentimiento? ¿Percibieron a los masajistas tiernos y cariñosos? ¿Qué sintieron al recibir masaje en tantos lugares al mismo tiempo?
 - b) Cuando se daba masaje: ¿Qué sintieron al masajear una cabeza, o un brazo? ¿Qué diferencias notaron según su situación? ¿Qué pensaron y sintieron mientras efectuaban el masaje? ¿Cómo trataron de mostrar su cariño y cuidado?
 - c) En general: ¿Estuvieron más cómodos dando o recibiendo masaje? ¿Por qué? ¿Qué aprendieron acerca de ustedes y los otros participantes?

Materiales:

- Grabadora.
- CD música suave.
- Incienso.
- Quemador.
- Sillas.
- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- 1 hora 30 min. aprox.

7.2 Juego: Globazos

Metodología:

- Se divide al grupo en dos equipos.
- Se forma a cada equipo por estaturas del más bajo al más alto.
- Después se enumera a los participantes de cada grupo.
- Cada participante debe inflar un globo y atárselo al tobillo con un hilo grueso.
- Se dice un número y los dos jugadores con ese número vendrán al centro del aula y tratarán de reventar el globo de su oponente.
- El primero que reviente el globo de su adversario gana un punto para su equipo.
- El equipo con más puntos gana un premio.

Materiales:

- Globos.
- Pabilo o mecate
- Premios.
- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- 30 min. aprox.

7.3 Cierre de la sesión.

Metodología:

- Se hace una plenaria de cómo se sintieron con las actividades.
- Se les motiva para continuar en el programa.
- Despedida.

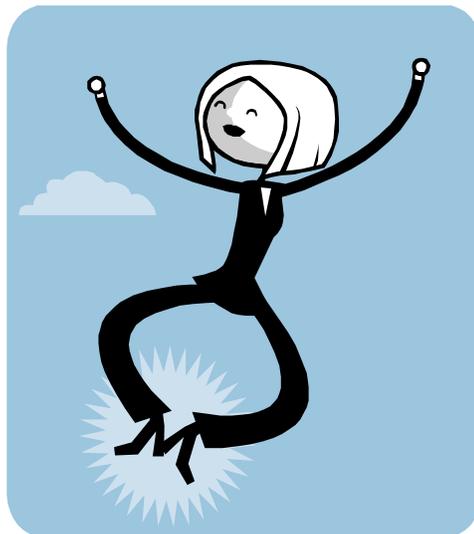
Materiales:

- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- 5 min. aproximadamente.

SESION #8
"EI SECRETO"



8.1 Actividad Audiovisual: “El Secreto para ser Feliz.”

Metodología:

- Se le pide a los participantes que se sienten cómodos y que pongan atención a la motivación.
- Se les da unos minutos para que reflexionen sobre la presentación anterior y expongan algunos comentarios.

Materiales:

- Computadora Personal.
- Retroproyector.
- Sillas.
- Espacio físico adecuado para proyección.

Tiempo:

- 30 min. aprox.

8.2 Dinámica: El Trueque de un Secreto.

Metodología:

- Se le entrega una hoja en blanco a cada participante.
- Los participantes deberán escribir en una hoja las dificultades que sienten cuando tienen que relacionarse con las demás personas y que no les gustaría exponer oralmente.
- La facilitadora le pide a que todos(as) que disfracen la letra lo mejor que se pueda.
- Se les pide a todos que doblen la hoja de la misma manera y que la coloquen dentro de la bolsa opaca.

- La facilitadora procede a mezclar las hojas y le pide a cada participante que saque una hoja sin ver dentro de la bolsa.
- Se le pide a cada participante que asuma como si fuera suyo aquello que la persona escribió en la hoja, esforzándose por comprenderlo.
- Se les pide que se coloquen en círculo y que uno a uno lean la hoja en voz alta, que les tocó sacar.
- Se leerá utilizando la palabra “yo” luego entre todos se le darán recomendaciones y apoyo a cada participante en forma anónima.
- Al final todos habrán escuchado recomendaciones sin sentirse comprometidos o avergonzados por lo escrito. Se deja en anonimato el secreto compartido.

Materiales:

- Hojas blancas.
- Lapiceros.
- Bolsa opaca.

Tiempo:

- 45 min. aproximadamente.

8.3 Dinámica: Las Caricias por escrito.

Metodología:

- Se le entrega a cada participante un papelito previamente recortado por cada participante, ejemplo: si son 15 participantes se le dan 15 papelitos a cada uno.
- En cada uno de los pedacitos de papel tienen que escribir por un lado, uno a uno, los nombres de sus compañeros.
- Por el reverso, deben escribir en dos líneas o renglones, un pensamiento, buen deseo, verso, o una combinación de estos,

- dirigido al compañero designado en cada pedazo de papel.
- Al terminar son entregados a los destinatarios en sus propias manos.
- Al final el grupo comparte como se sintieron con sus papelitos

Materiales:

- Lapiceros.
- Papelitos recortados.
- Mesas.
- Sillas.
- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

35 min. aprox.

8.4 Cierre del Módulo 1: Manejo del Cansancio Emocional.

Metodología:

- Se hace una plenaria de cómo se sintieron con las actividades del Modulo #1.
- Se solicita llenar una hoja de evaluación del módulo en forma anónima.
- Se les motiva para continuar en el programa.
- Despedida.

Materiales:

- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- 5 min. aprox.

5.1.2 Módulo: Mitigando la Despersonalización

Descripción: El Módulo 2 consta de ocho sesiones con una duración de 2 a 3 horas aproximadamente para cada sesión. Las mismas se desarrollaran una vez por semana al igual que en el módulo anterior

Área favorecida: Personal de Enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Objetivo General: Implementar un programa de actividades que ayude y mitigue la *despersonalización* en el Personal de Enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Objetivos Específicos

- Realizar dinámicas que incentiven la calidez entre los participantes.
- Fortalecer la empatía hacia el paciente con enfermedad mental.
- Conocer las razones por las cuales llegué a ser trabajador de la salud.
- Promover la calidad de atención en enfermería.
- Fortalecer las relaciones humanas positivas dentro de un ambiente de tolerancia y respeto.
- Concientizar sobre nuestra escala de valores.
- Entrenar sobre las formas de comportamiento asertivas.

- Crear un ambiente de confianza para las diferentes sesiones a desarrollar.

Áreas temáticas:

- Relaciones humanas positivas.
- Empatía.
- Autoconocimiento.
- Calidad de atención.
- Valores.
- Asertividad.

**MODULO:
MITIGANDO LA
DESPERSONALIZACIÓN**

SESION #9
"MI MAPA CORPORAL"



9.1 Actividad de Arteterapia: “Mi mapa Corporal”

Metodología:

- Se le da la bienvenida a los participantes.
- Primero, se le da un rollo de papel Craft al grupo y se les pide que lo corten de dos metros de largo aproximadamente, para cada uno.
- En parejas se les solicita que dibujen su silueta en el papel Craft, acostándose sobre el piso
- Cuando cada participante tenga su propia figura sobre el papel se dan las instrucciones de la II parte de la actividad.
- Se les dice que tienen que plasmar o representar todas aquellas cosas que nos han hecho sentir emociones positivas y negativas, a lo largo de nuestra vida.
- Se coloca una mesa con todos los materiales plásticos.
- Se les da 1 hora aproximadamente para su elaboración.
- Los que vayan terminando las deben de colocar en las paredes a tipo de mural.
- Se guardan unos minutos para que todos veamos los Mapas Corporales de nuestros compañeros.(as)
- Se le pide a cada participante que haga una pequeña presentación de su Mapa Corporal para un mayor entendimiento grupal del mismo.
- Se hace una plenaria de todo lo expresado durante la actividad.

Materiales:

- Papel Craft.
- Témperas.
- Pinceles.
- Crayolas.

- Papel construcción de colores.
- Escarcha de colores.
- Papel seda de colores.
- Gomas.
- Tijeras.
- Revistas.
- Todo el material que se desee agregar.

Tiempo:

- 2 horas y 30 min. aprox.

9.2 Cierre de la sesión.

Metodología:

- Se hace una plenaria de cómo se sintieron con la actividad de Arteterapia.
- Se les motiva para continuar en el programa.
- Despedida.

Materiales:

- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- 5 min. aproximadamente.

SESION #10

"¿CÓMO ESTÁN NUESTRAS
AUTOESTIMAS?"



10.1 Dinámica: Autoestima baja vs Autoestima alta

Metodología:

- Se le da la bienvenida a los participantes.
- Los siguientes puntos sobre una autoestima alta y baja servirán como base para reconocer e identificar la propia autoestima, así como la de los demás para ayudarse a sí mismo y a los demás.
- La facilitadora para iniciar, le pide a los participantes que recuerden una ocasión reciente, en la que cometieron una falta grave o un error “irreparable” o una situación donde presentaron una dificultad, ya sea con un familiar, el jefe, un amigo, etc., o que tomaron alguna decisión importante que no tuvo éxito.
- Se les pide que recuerden y revivan las sensaciones y los sentimientos de ese momento aunque resulte doloroso.
- Seguidamente la instructora lee lo siguiente:

LA AUTOESTIMA BAJA:

“Usa sus prejuicios. Se siente acorralado, amenazado, se defiende constantemente y amenaza a los demás. Dirige su vida hacia donde los otros quieren que vaya, sintiéndose frustrado, enojado y agresivo. Inconsciente del cambio, es rígido en sus valores y se empeña en permanecer estático. Se estanca, no acepta la evolución, no ve necesidades, no aprende. Tiene problemas para relacionarse con el sexo opuesto. Si lo hace es en forma posesiva, destructiva, superficial y efímera. Ejecuta su trabajo con insatisfacción, no lo hace bien ni aprende a mejorar. Se disgusta a sí mismo y le desagradan los demás. Se desprecia y humilla a los demás. Desconfía de sí mismo y de los demás. Se percibe como

copia de los demás y no acepta que los otros sean diferentes. No conoce sus sentimientos, los reprime o deforma; no acepta la expresión de sentimientos de los demás. No toma decisiones, acepta la de los demás, culpándolos si algo sale mal. No acepta que comete errores, o se culpa y no aprende de ellos. No conoce sus derechos, obligaciones ni necesidades, por lo tanto no los defiende ni desarrolla. Diluye sus responsabilidades, no enfrenta su crecimiento y vive una vida mediocre. No se autoevalúa, necesita de la aprobación o desaprobación de otros; emite juicios de otros. Se deja llevar por sus instintos, su control está en manos de los demás.

Maneja su agresividad destructivamente.

- Después de la lectura anterior, se les pide que formen grupos de 3 personas y se les entrega una copia del texto anterior para que lo vuelvan a leer.
- Se les pide que en silencio y forma reflexiva se pregunten: ¿Qué tan seguido se sienten así...?
- Se les entrega una hoja y un lápiz y se les indica que escriban algo de cuando se han sentido con una Autoestima Baja.
- Cuando todos hayan terminado la I parte del ejercicio se les dice a los participantes que recuerden alguna ocasión, reciente, en la que se sentían con muchos ánimos, importantes, valiosos, capaces. Tal vez fue cuando los ascendieron o les aumentaron el sueldo, recibieron cumplidos o se resolvió un problema de difícil solución, o quizá se tomó una decisión importante que tuvo éxito, etc.
- Se les pide que traten de volver a ese momento y revivir la sensación y los sentimientos que se tuvieron.
- Se lee el siguiente texto:

AUTOESTIMA ALTA:

“Usa su intuición y percepción. Es libre, nadie lo amenaza, ni amenaza a los demás. Dirige su vida hacia donde cree conveniente, desarrollando habilidades que hagan posible esto. Es consciente de su constante cambio, adapta y acepta nuevos valores y rectifica caminos. Aprende y se actualiza para satisfacer las necesidades del presente. Acepta su sexo y todo lo relacionado con él. Se relaciona con el sexo opuesto en forma sincera y duradera. Ejecuta su trabajo con satisfacción, lo hace bien y aprende a mejorar. Se gusta a sí mismo y gusta de los demás. Se aprecia y se respeta y así a los demás. Tiene confianza en sí mismo y en los demás. Se percibe como único y percibe a los demás como únicos y diferentes. Conoce, respeta y expresa sus sentimientos y permite que lo hagan los demás. Toma sus propias decisiones y goza con el éxito. Acepta que comete errores y aprende de ellos. Conoce sus derechos, obligaciones y necesidades, los defiende y desarrolla. Asume sus responsabilidades y ello le hace crecer y sentirse pleno. Tiene la capacidad de autoevaluarse y no emite juicios de otros. Controla y maneja sus instintos, tiene fe en que los otros lo hagan. Maneja su agresividad sin hostilidad y sin lastimar a los demás.

- Nuevamente en triadas se les da una copia del texto para que lo lean.
- Se les dice que así es cómo se siente un individuo con la autoestima alta ¿Qué tan seguido se sienten así ...?
- También se les entrega otra hoja de papel y que escriban como se sienten cuando su Autoestima esta alta.
- Se hacen comentarios en triadas de lo escrito en ambas hojas.

- Posteriormente se le pide a todos que se sienten en círculo y en plenario, se discutirán las respuestas obtenidas por los grupos.
- El grupo se hace consciente de los sentimientos de sus compañeros.

Materiales:

- Hojas con el texto de Autoestima alta y Autoestima baja.
- Hojas blancas.
- Lapiceros.
- Sillas.
- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- 1 hora aproximadamente.

10.2 Actividad Audiovisual: “El Campesino y el Burro.”**Metodología:**

- Se le pide a los participantes que se sienten cómodos y que pongan atención a la motivación.
- Se les da unos minutos para que reflexionen sobre la presentación anterior y expongan algunos comentarios.

Materiales:

- Computadora Personal.
- Retroproyector.
- Sillas.

- Espacio físico adecuado para proyección.

Tiempo:

- 30 min. aprox.

10.3 Cierre de la sesión.

Metodología:

- Se hace una plenaria de cómo se sintieron con las actividades.
- Se les motiva para continuar en el programa.
- Despedida.

Materiales:

- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- 5 min. aproximadamente.

SESION #11
"RETROALIMENTACIÓN
POSITIVA"



11.1 Dinámica: Lo que no te puedo decir...

Metodología:

- Se le da la bienvenida a los participantes.
- Se les pide a los participantes que se sienten todos en círculo.
- La facilitadora le entrega a cada participante una cantidad de papelitos en blanco que alcance para cubrir el total del grupo. Se les entrega un lapicero a cada uno.
- Se coloca una caja de zapatos previamente forrada en una esquina con el nombre: “EL BUZON DE LA VERDAD.”
- La facilitadora da el siguiente mensaje:

“lo que no puedo decirte es...”

- La facilitadora invita a cada participante a escribir un mensaje a cada uno de los demás miembros del grupo, en forma anónima.
- Se deben colocar en EL BUZON DE LA VERDAD.
- Posteriormente se sacaran los papelitos y se irán entregando por nombre a cada participante. Se les pide en silencio que mediten lo que dicen sus papelitos.
- Se hace una plenaria para externar algunas emociones o sentimientos al respecto de lo recibido.
- Se pasa a la II actividad.

Materiales:

- Hojas blancas recortadas en papelitos del mismo tamaño.
- Lapiceros.
- Sillas.
- Espacio físico adecuado.

- Caja forrada.

Tiempo:

- 30 a 45 min. aprox.

11.2 Dinámica: Dando y recibiendo retroalimentación positiva.

Metodología:

- Se discute la importancia del reconocimiento de otros y el efecto de estos factores en el concepto que se tiene de uno mismo, en la motivación y comportamientos.
- A cada participante se le entregan hojas blancas y un lápiz.
- Se les pide en forma individual que anoten en la hoja: dos cosas que hacen bien; un logro que han tenido recientemente o a lo largo de la vida; una frase que les gustaría que les hubieran dicho o les dijeran.
- Se les pide que se coloquen en parejas y se intercambien las hojas.
- A cada participante se le pide, que con la hoja del compañero y la información que cada uno puso en sus hojas, le escriban una carta a su pareja. Cuando hayan terminado las cartas se les pide que intercambien de nuevo las hojas para leerlas.
- Se les dice a los participantes que tendrán la oportunidad de presentar y recomendar a su pareja ante el grupo. La persona que esta siendo presentada solo guardara silencio, y recibe la información positiva de su compañero.
- Cuando todos hayan sido presentados, se realiza una plenaria para que todos los participantes expresen como se sintieron.

Materiales:

- Hojas blancas.

- Lapiceros.
- Mesas.
- Sillas.
- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- 1:30 min. aprox.

11.3 Cierre de la sesión.

Metodología:

- Se hace una plenaria de cómo se sintieron con las actividades.
- Se les motiva para continuar en el programa.
- Despedida.

Materiales:

- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- 5 min. aproximadamente.

SESION #12
"SENSIBILIZACI ÓN"



12.1 Dinámica: Que lindo gatito...

Metodología:

- Se le da la bienvenida a los participantes.
- La facilitadora selecciona a un participante y le indica que él será el gato.
- Así mismo le menciona que deberá caminar en cuatro patas y deberá moverse de un lado a otro hasta detenerse frente a cualquiera de los participantes y hacer muecas y maullar tres veces.
- La facilitadora explica a los participantes que cuando el gato se coloque frente a ellos y maúlle tres veces, la persona deberá acariciarle la cabeza y decirle "pobrecito gatito", sin reírse.
- El que se ría, pierde y deberá tomar el lugar como "gato."
- La facilitadora dirige una discusión sobre las conductas y actitudes mostradas en el ejercicio.

Materiales:

- Una sabana grande.
- Un disfraz de gato para la cara del participante.

Tiempo:

- 30 min.

12.2 Actividad Audiovisual: Película “DESPERTARES” o “K-PAX”

Metodología:

- Se hace una introducción de actividad.

- De previo se le pide al grupo compartir algo de comer.
- Se proyecta una película seleccionada por su gran contenido humano, sensibilidad y empatía.
- Se hace una plenaria al final de esta.

Materiales:

- Película.
- Computadora Personal.
- Proyector.
- Sillas
- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- 1 hora 30 min. aprox.

12.3 Cierre de la sesión.

Metodología:

- Se hace una plenaria de cómo se sintieron con las actividades.
- Se les motiva a continuar en el programa.
- Despedida.

Materiales:

- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- 5 min. aprox.

SESION #13

"MI TRABAJO Y YO"



13.1 Actividad de Arteterapia: ¿POR QUÉ SOY UN TRABAJADOR DE LA SALUD?

Metodología:

- Dar la bienvenida a los participantes.
- Se le explica al grupo la técnica del dibujo que se va a utilizar.
- La premisa es: “*“Vamos a dibujar nuestro río de la vida e incluir en él los sucesos más importantes que nos han ocurrido y que nos condujeron a ser trabajadores de la Salud.”*”

Se inicia leyendo el Anexo #7: Texto “El curso del río...”

- Cada dibujo es individual.
- Se les pregunta si entienden y manejan el ejercicio.
- Se reúne al grupo y se les pregunta uno a uno aquellas cosas que han influenciado que sean trabajadores de la salud.
- Se van anotando en un papelógrafo y se discuten grupalmente.

Materiales:

- Hojas de papel
- Marcadores
- Cinta adhesiva.

Tiempo:

- 1 hora aprox.

13.2 Actividad de Arteterapia: ¿QUE SIGNIFICA MI TRABAJO EN MI VIDA?

Metodología:

- Se le da la bienvenida a los participantes.
- Se divide a los participantes en sub-grupos de tres.
- Se le coloca una mesa con todo tipo de materiales.
- Se les pide que realicen un Collage, que debe contestar por sí mismo a la pregunta:

¿QUE SIGNIFICA MI TRABAJO EN MI VIDA?

- Cuando todos los subgrupos hayan terminado se les pide que coloquen sus collages en la pared.
- Se pide a un participante por subgrupo que explique su obra a los compañeros.(as)
- El objeto es evaluar la experiencia y los sentimientos de los participantes con respecto a su trabajo.

Materiales:

- Hojas de papel blanco de cartón extra resistente 27 x 37.5.
- Periódicos.
- Revistas.
- Lápices de colores.
- Pinceles
- Temperas.
- Escarcha.
- Gomas.
- Tijeras.

Tiempo:

- 1 hora 30 min. aproximadamente.

13.3 Cierre de la sesión.**Metodología:**

- Se hace una plenaria de cómo se sintieron con las actividades de Arteterapia.
- Se les motiva para continuar en el programa.
- Despedida.

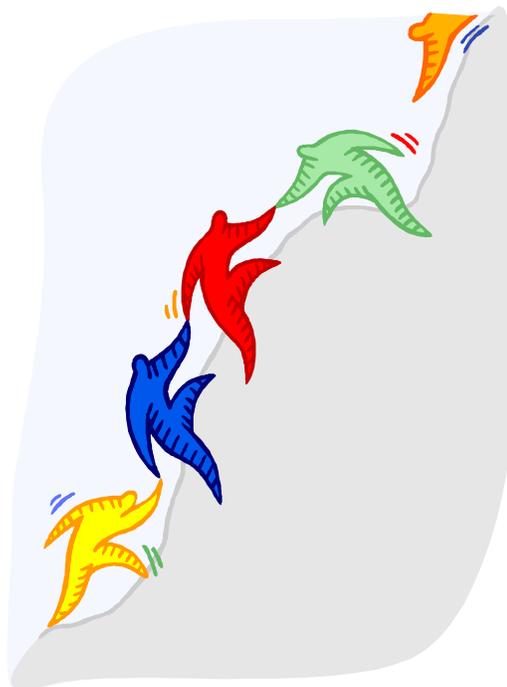
Materiales:

- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- 5 min. aproximadamente.

SESION #14
"DEFINIENDO MIS
VALORES"



14.1 Dinámica: RULETA DE VALORES

Metodología:

- Se le da la bienvenida a los participantes.
- La facilitadora le pide a los participantes que se sienten en forma individual.
- Se les pide que contesten una a una las preguntas, del Anexo# 8: Cuestionario “Ruleta de Valores”
- Se debe guardar silencio para poder reflexionar las respuestas, evaluar las consecuencias y conductas que tendrán con su elección y buscar alternativas.
- En sesión plenaria la facilitadora le pide al grupo comentarios finales sobre el ejercicio y lo aprendido en él.

Materiales:

- Cuestionario "Ruleta de valores".
- Lápices.
- Mesas.
- Sillas.
- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- 45 min. aprox.

14.2 Dinámica: Refugio Subterráneo

Metodología:

- Se explica el tema de la dinámica.

- Primero se distribuye una copia del Anexo #9: Ejercicio “Refugio Subterráneo” a todos los (las) participantes, para que tomen una decisión individual, eligiendo las seis personas de su preferencia en dicho ejercicio.
- Posteriormente se divide al grupo en subgrupos de 5 miembros.
- En subgrupos se les pide que deben llegar a un consenso.
- Cada subgrupo tendrá la oportunidad de explicar las razones de porque y como llegaron a dicho consenso.
- Se sigue con un debate sobre la experiencia vivida y se hacen conclusiones del mismo sobre nuestras diferentes escalas de valores así como los valores universales.

Materiales:

- Copias del “Refugio Subterráneo”
- Lápices
- Marcador acrílico
- Pizarra acrílica
- Sillas
- Mesas
- Espacio físico adecuado

Tiempo:

- 1 hora aprox.

14.3 Cierre de la sesión.**Metodología:**

- Se hace una plenaria de cómo se sintieron con las actividades de

Arteterapia.

- Se les motiva para continuar en el programa.
- Despedida.

Materiales:

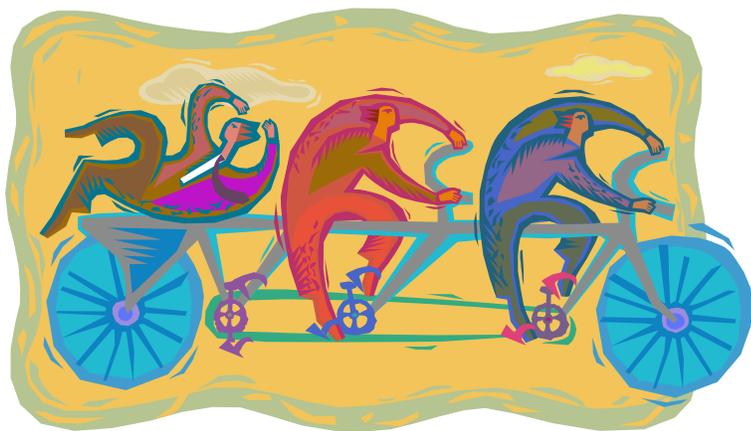
- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- 5 min. aproximadamente.

SESION #15

"SIENDO ASERTIVOS"



15.1 Charla: ¿Definiendo Asertividad?

Metodología:

- Se le da la bienvenida a los participantes.
- Se le explica a los participantes en que consiste la Asertividad, así como los Derechos Asertivos.
- Se evacuan preguntas sobre el tema.

Materiales:

- Presentación de la Charla en Power Point.
- Computadora Personal.
- Retroproyector.
- Puntero láser.
- Sillas.
- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- 20 minutos.

15.2 Dinámica: Ensayo Conductual de Entrenamiento en Asertividad.

Metodología:

- Con la ayuda de dos facilitadores se hace una representación de los 4 estilos de comportamiento:
 - **PASIVO.**
 - **PASIVO-AGRESIVO.**
 - **AGRESIVO**
 - **ASERTIVO.**

- Los ensayos se hacen para que los participantes puedan observar las diferencias claras en los tipos de comportamiento.
- Luego se divide al grupo en :
 - 3 subgrupos de tres personas.
 - 2 subgrupos de cuatro personas.

Cada subgrupo deberá representar una respuesta asertiva ante las situaciones específicas del Anexo # 10: Ensayos Asertivos.

- Se hace una plenaria sobre lo aprendido.
- Se evacuan preguntas sobre el tema.

Materiales:

- Presentación de la Charla en Power Point.
- Computadora Personal.
- Retroproyector.
- Puntero láser.
- Sillas.
- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- 20 minutos.

15.3 Cierre de la sesión.

Metodología:

- Se hace una plenaria de cómo se sintieron con las actividades de Arteterapia.
- Se les motiva para continuar en el programa.
- Despedida.

Materiales:

- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- 5 min. aproximadamente.

SESION #16
"CONTACTANDO"



16.1 Dinámica: “Contactando.”

Metodología:

- Se le da la bienvenida a los participantes.
- Se le pide a cada persona que se siente frente a otro.
- Se les dice que no se pueden hablar.
- Se les pide que simplemente miren la cara de su compañero(a) por un par de minutos y traten de ver realmente a esa otra persona.
- No se trata de una competencia de mirar fijo.
- Mire a su compañero y trate de darse cuenta de todos sus detalles.
- La facilitadora dirá cuando se termine el tiempo.
- Se les pide a los participantes que digan como se sintieron: a gusto, incómodos, se les dificultó sostener la risa o hablar etc.
- Se hace una plenaria de lo experimentado.

Materiales:

- Sillas.
- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- 10 a 15 min. aprox.

16.2 Dinámica: “Bombardeo Intenso.”

Metodología:

- Se le da la bienvenida a los participantes.

- Se pide a los participantes que se sienten en círculo.
- Se inicia el ejercicio diciendo que para la mayoría de las personas, tanto dar como recibir afecto, es un asunto muy difícil y que para ayudar a las personas a experimentar la dificultad, se usa un método llamado bombardeo intenso.
- Se solicita un primer voluntario pero al final todos habrán hecho el ejercicio.
- Las personas del grupo dirán a la persona que es el foco de atención todos los sentimientos positivos que tienen hacia ella. Ella solamente escucha.
- La intensidad de la experiencia puede variar de diferentes modos: la manera más simple es hacer salir a la persona en cuestión del círculo y sentarla en el centro de este.
- El impacto es mas fuerte cuando cada uno se coloca delante de la persona, la toca, la mira a los ojos y le habla directamente.
- Al final se hace una discusión de cómo se sintieron los participantes.

Materiales:

- Sillas.
- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- 1 hora aprox.

16.3 Actividad de Arte-terapia: Confección de tarjeta

Metodología:

- Se les pide a los participantes que estén sentados en círculo.

- Se le entrega a los participantes dos hojas tamaño carta de papel especial doblado por la mitad, en forma de una tarjeta.
- Se les dice que hoy van a tener la oportunidad de hacerle un regalo a dos de sus compañeros (as).
- Al que se encuentre sentado a su derecha y a uno que ellos escojan.
- Se coloca una mesa con todo tipo de materiales y se deja a la imaginación de los participantes la confección de las tarjetas.
- Una vez terminadas, se procede a la entrega de estas.
- Inicia un voluntario entregando sus tarjetas, y luego alguno de los dos que la recibieron consecutivamente. El que quiera compartir el mensaje de la tarjeta lo puede hacer.
- Al final se discute como se sintieron haciéndole un detalle a sus compañeros.

Materiales:

- Lápices de colores.
- Pinceles
- Témperas.
- Escarcha.
- Gomas.
- Tijeras.
- Revistas.
- Stickers.
- Botones.
- Y todo el material que se quiera agregar.

Tiempo:

- 1 hora aprox.

16.4 Cierre de la sesión

Metodología:

- Se hace una plenaria de cómo se sintieron con las actividades del Módulo 2.
- Se les motiva para continuar en el programa.
- Despedida.

Materiales:

- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- 5 min. aproximadamente.

5.1.3 Módulo: En busca de la Realización Personal

Descripción: El Módulo 3 consta de tres sesiones con una duración de 2 horas aproximadamente para cada sesión. Las mismas se desarrollaran una vez por semana al igual que en el módulo anterior

Área favorecida: Personal de Enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Objetivo General: Contribuir con un programa de actividades dirigidas a la motivación y Realización, en el personal de Enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Objetivos Específicos:

- Concientizar a los participantes de sus capacidades de autorrealización.
- Despertar deseos de cambio y consecución de metas personales.
- Fomentar un espacio sano y ameno en todas las actividades.
- Dar por finalizado el Programa Integral de Autocuidado.
- Realizar evaluación del programa.
- Realizar una actividad grupal final de cierre del Programa.

Áreas temáticas:

- Auto-realización personal.
- Compañerismo.
- Empatía.
- Autoconfianza.

MODULO: EN BUSCA DE LA REALIZACION PERSONAL

SESION #17

“La Realización Personal es algo que no se puede aprender o enseñar: sólo puede alcanzarse mediante la realización del propio individuo. Una vez alcanzada, te sientes satisfecho, tranquilo, absolutamente lúcido, con claridad y a gusto. Todas las capacidades espirituales y los milagros que suceden son cualidades inherentes, y no deben buscarse en ninguna otra parte.”

Maestro Cheng-Ching (exiliado en el año 1080)

17.1 Actividad Audio-visual: Presentación de la Motivación “SERÁS UN TRIUNFADOR.”

Metodología:

- Se le da la bienvenida a los participantes.
- Se le pide a los participantes que se sienten cómodos y que pongan atención a la motivación.
- Se les da unos minutos para que reflexionen sobre la presentación anterior y expongan algunos comentarios.

Materiales:

- Computadora Personal.
- Retroproyector.
- Sillas.
- Espacio físico adecuado para proyección.

Tiempo:

- 30 min. aprox.

17.2 Actividad Audio-visual: Presentación de una película (sobre superación personal y basada en hechos reales)

Metodología:

- Se hace una introducción de la actividad.
- Se le da permiso al grupo compartir algo para comer.
- Se proyecta la película seleccionada.
- Se hace una plenaria al final de ésta.

Materiales:

- Película.
- Computadora Personal.
- Retro-proyector.
- Sillas
- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- De 1 a 2 horas aprox.

17.3 Cierre de la sesión.**Metodología:**

- Se hace una plenaria de cómo se sintieron con las actividades.
- Se les motiva para continuar en el programa.
- Despedida.

Materiales:

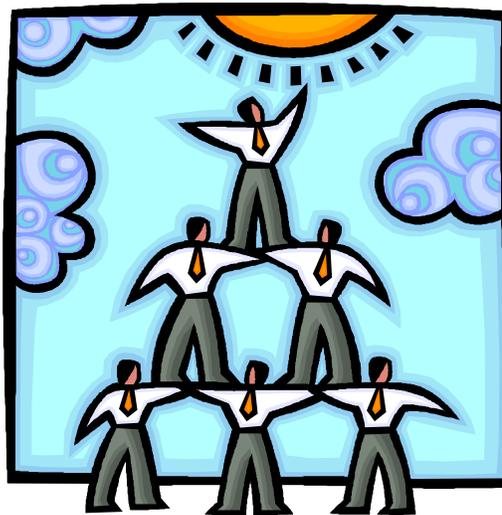
- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- 5 min. aproximadamente.

SESION #18

“CÓMO CONVERTIR MIS
SUEÑOS EN METAS”



18.1 Conferencia con un Motivador Personal Invitado (será definido y escogido de acuerdo a la disponibilidad del momento)

Metodología:

- Se solicita a todos los participantes del Programa asistir a una conferencia de motivación personal con un invitado especial.

Materiales:

- Espacio físico adecuado.
- Sillas.
- El material audiovisual que sea necesario.

Tiempo:

- 2 horas aprox.

18.2 Cierre de la sesión.

Metodología:

- Se hace una plenaria de cómo se sintieron con las actividades.
- Se les motiva para continuar en el programa.
- Despedida.

Materiales:

- Espacio físico adecuado.
- El material audiovisual que el invitado requiera

Tiempo:

- 5 min. aproximadamente.

SESION #19

"PARA CUIDAR A LOS DEMÁS
DEBO CUIDAR DE MÍ MISMO"



19.1 Actividad Audio-visual: Presentación de La Motivación Palabras de la Madre Teresa de Calcuta.

Metodología:

- Se le da la bienvenida a los participantes.
- Se le pide a los participantes que se sienten cómodos y que pongan atención a la motivación.
- Se les da unos minutos para que reflexionen sobre la presentación anterior y expongan algunos comentarios.

Materiales:

- Computadora Personal.
- Retroproyector.
- Sillas.
- Espacio físico adecuado para proyección.

Tiempo:

- 30 min. aprox.

19.2 Actividad: 1era parte del Amigo Secreto.

Metodología:

- Se le pide a todos y todas las participantes que escriban su nombre en un papelito y lo doblen de tal manera que nadie lo vea.
- Se colocan todos los papelitos en una bolsa opaca.
- Se revuelven y se le pide a cada participante que escoja un papelito sin mirar.

- La actividad termina cuando todos los participantes hayan escogido a un miembro del grupo que no son ellos mismos.
- Se define una cuota simbólica entre todo el grupo para el regalo.
- El regalo se entregará en la actividad de cierre.

Materiales:

- Papelitos blancos recortados.
- Una bolsa opaca.

Tiempo:

- 30 min. aprox.

19.3 Actividad Audio-visual presentación de La Motivación “Cerrando Etapas.”

Metodología:

- Se le pide a los participantes que se sienten cómodos y que pongan atención a la motivación.
- Se les da unos minutos para que reflexionen sobre la presentación anterior y expongan algunos comentarios.

Materiales:

- Computadora Personal.
- Retroproyector.
- Sillas.
- Espacio físico adecuado para proyección.

Tiempo:

- 30 min. aprox.

19.4 Actividad de Cierre: “Una Carta de Confianza en mi mismo...”

Metodología:

- Se les entrega a los participantes el Anexo #11: Guía de Compromisos del Autocuidado.
- Se les pide que la llenen individualmente.
- En base a la guía se les pide una carta cuyo título será:
una carta de optimismo, fe y confianza en mi mismo...
- Se les pide que reflexionen que ha sido para ellos el Programa de Autocuidado y que han aprendido.
- Se hace una plenaria de cómo se sintieron haciendo la carta y sobre todo lo aprendido.

Materiales:

- Hojas de papel tamaño carta.
- Lapiceros.
- Sillas.
- Mesas.
- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- 30 min. aprox.

19.5 Cierre y evaluación del Programa Integral de Autocuidado.

Metodología:

- Se hace una plenaria de cómo se sintieron con las actividades de todo el programa.
- Se les motiva para continuar en el programa.
- Se solicita llenar el Instrumento de Evaluación del Programa de Autocuidado (Anexo #12)
- Despedida.

Materiales:

- Espacio físico adecuado.

Tiempo:

- 5 min. aproximadamente.

ACTIVIDAD DE CIERRE DEL
PROGRAMA INTEGRAL DE
AUTOCUIDADO



✚ Para la actividad de cierre del Programa Integral de Autocuidado se planeará hacer una actividad al aire libre en alguna instalación recreativa o quinta; en la misma se organizaran juegos, refrigerio, entrega del amigo secreto y tiempo de descanso.

5.2 Recomendaciones Generales.

- Complementar el Maslach Burn out Inventory (MBI) con otros instrumentos o escalas de evaluación sobre estrés y clima organizacional para futuras investigaciones.
- Considerar un mayor número de participantes para la muestra, con el fin de tener un panorama mas amplio sobre la afección de las enfermedades profesionales en el personal de enfermería.
- Concienciar al personal de enfermería, a las jefaturas clínicas y administrativas y a la sociedad en general, en la importancia y necesidad que implica, la creación y fortalecimiento de los programas de salud mental dirigidos a los trabajadores.
- Retribuir al personal de enfermería (profesional, auxiliar y asistente) del Hospital Nacional Psiquiátrico con un servicio, programa o consulta que proporcione alivio, contención, reflexión y manejo a sus diferentes necesidades, con visión humanística y enfoque bio-psico-social y que sirva de ejemplo para otras instancias de la CCSS y de la sociedad en general.

- Realizar investigación continua que contribuya en el mejoramiento del cuidado del trabajador, sus condiciones laborales y el enriquecimiento de la profesión de enfermería.

CAPITULO VI

6. Conclusiones.

- La totalidad de la muestra estuvo conformada por personas del sexo femenino; casi todas mayores de 30 años y de las cuales el 50% eran auxiliares de enfermería.
- La muestra presentó factores de riesgo que la hacen vulnerable a desarrollar el Síndrome de Burn out, según la teoría: pertenecer al gremio de enfermería, ser del sexo femenino, poseer muchos años de experiencia laboral y atender una población de muy difícil manejo.
- En forma individual, ninguna miembro, de la muestra del personal de enfermería del Pabellón 1 de Mujeres, cumplió con los tres criterios de la Maslach Burn out Inventory para diagnosticarla con el Síndrome de Burn Out.
- En forma grupal, un **62.5%** del personal de enfermería muestra valores de moderados a altos en desgaste emocional, ósea que en términos absolutos cinco de las ocho personas de la muestra, están con desgaste emocional y en riesgo de desarrollar el *Síndrome de Burn out*.

- Un **50%** del personal obtuvo valores bajos de *despersonalización*; el otro **50%** de la muestra sí presenta valores entre moderados a altos de *despersonalización*, lo que se traduce en términos absolutos, que cuatro de las ocho personas de la muestra, experimenta actitudes de cinismo, indiferencia y poca empatía hacia sus pacientes y compañeras de trabajo.
- El **75%** de la muestra puntuó entre una moderada a alta realización personal. Lo cual significa en términos absolutos que seis de las ocho personas, tienen una adecuada escogencia de vocación personal y laboral, así como adecuados sentimientos producto del trabajo que realizan.
- La noción del Autocuidado debe ser compartida: por un lado los trabajadores de la salud, en este caso, el personal de enfermería, deberá hacer conciencia en la necesidad e importancia de autocuidarse. Por otra parte, la institución (HNP), deberá sentir la necesidad de proteger a su fuerza laboral y brindar el espacio para el desarrollo de programas y consultas especializadas en Salud Mental para sus trabajadores.

CAPITULO VII

7. Bibliografía

7.1 Bibliografía Citada.

- Adali, E., Primi, M., Evagelou, H., Mougia, V., Ifanti, M., y Alevizopoulos, G. (2003). Síndrome del quemado en el personal de enfermería psiquiátrica de los hospitales griegos. [Versión electrónica], *European Journal Psychiatry*, 17, 161-170. Recuperado el 5 de Noviembre 2006 desde: <http://scielo.isciii.es/pdf/ejp/v17n3/original4.pdf>
- Albaladejo, R., Villanueva, P., Astacio, P., Calle, M. y Domínguez, V. (2004, Julio-Agosto). Síndrome de Burn out en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78, 505-516.
- Alcantud, F. (s. f.). Burn out, un nuevo nombre para un viejo problema. Universitat de Valencia Estudi General. Recuperado el 22 de Junio de 2009 desde: http://www.lasbarricadas.net/burnout_2.pdf
- Amorós, E. (S.f.). Comportamiento humano en las organizaciones del norte del Perú. En *BIBLIOTECA VIRTUAL de Derecho, Economía y Ciencias Sociales*. Recuperado el 22 de Junio 2009 desde: <http://www.eumed.net/libros/2008c/420/SATISFACCION%20LABORAL%20DEL%20PERSONAL%20DE%20LA%20EMPRESA%20OSKNSKA%20DEL%20PERU%20resultados.htm>
- Aranda, C., Pando M. y Pérez, M. (2004, Enero-Junio). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burn out: una revisión. *Psicología y Salud*, 14, 79-84.
- Arenas, L., Hernández, I., Valdez, R. y Bonilla, P. (2004, Julio-Agosto). Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. *Salud Pública de México*, 46, 326-332.
- Aron, A. y Llanos, M. (2004). Cuidar a los que cuidan: desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas familiares*, 1, 5-15.

- Asociación Médica Mundial (1964). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Recuperado el 23 de Junio 2009, desde:
- Barrantes, R. (2001). *Investigación: un camino al conocimiento, un enfoque cualitativo y cuantitativo*. San José: UNED.
- Calidad de vida en el trabajo (S.f.). Recuperado el 22 de Junio 2009 desde: <http://www.psicologiaorganizacional.net/monografias/Calidad%20de%20vida%20en%20el%20trabajo.pdf>
- Castellá J., y Castejón E. (2006). Aseguramiento y prevención de los riesgos laborales. En Benavides, F., Ruiz C., y García, A. (Eds), *Salud laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de los riesgos laborales*. Barcelona: Masson. Recuperado 19 de Junio 2009 desde: http://www.srt.gov.ar/super/eventos/2006/15demarzo/cd/contenidos/Articulos/Aseguramiento%20y%20prevencion%20de%20los%20riesgos%20laborales_ECastejon.pdf
- Castillo, S. (2000). El síndrome de Burn Out o síndrome de agotamiento profesional. *Medicina Legal en Costa Rica* [versión electrónica] Vol. 17. Conferencia presentada en las XIV Jornadas de Medicina Legal, Agosto, Heredia. Recuperado 19 Junio 2009 desde: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152001000100004&script=sci_arttext
- Castro, J. y Cano, V. (1997, Diciembre). Actitud del personal de enfermería ante el paciente psiquiátrico en unidades de segundo nivel de atención. *Salud en Tabasco*, 3, 184-186.
- Código de Trabajo (1943). Título cuarto. De la protección a los trabajadores durante el ejercicio del trabajo. En *artículo 197* (cap. I). Recuperado el 18 de Junio 2009 desde: <http://www.cosibah.org/files/Codigo%20de%20Trabajo%20de%20Costa%20Rica.pdf>
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. (2009). *Día Mundial de la Salud Mental 2009: "Salud Mental en atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental"*. Recuperado el 5 de marzo de 2009 desde: <http://www.feafes.com/FEAFES/DiaMundialSalud/DMSM+2009.htm>

Federación Mundial para la Salud Mental. (2008). *Proclama del día mundial de la salud mental 2008*. Recuperado el 5 de marzo de 2009 desde:

<http://www.feafes.com/NR/rdonlyres/5DFF1135-11E2-4A41-BC1C-B92408394B9B/18670/ProclamadelDaMundialdeLaSaludMental2008.pdf>

FETE-UGT (2003, 30 de Enero). Catálogo de enfermedades profesionales de los docentes de centros educativos públicos de primer ciclo de educación infantil, primaria y secundaria obligatoria. En *Un juez de Barcelona considera accidente laboral "el síndrome de estar quemado"*. Recuperado el 15 de Marzo 2009 desde:

<http://fete.ugt.org/paisvalencia/salud%20laboral/DOCUMENTOS/Burnout.pdf>

Gil-Monte, P. (2002, Enero-Febrero). Validez factorial de la adaptación al español de Maslach Burn out Inventory-General Survey. [Versión electrónica]. *Revista de Salud Pública Mexicana*, 44, 33-40. Recuperado el 25 de Marzo de 2009 desde: http://www.insp.mx/rsp/_files/File/2002/44%20N1/VALIDEZ%20FACTORIAL.pdf

Gil-Monte, P. (2003) El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burn out) en profesionales de enfermería [versión electrónica] *Revista Eletrônica Interação psy*, 1, 19-33. Recuperado el 23 de Junio del 2009 desde: <http://www.cepis.org.pe/bvsacd/cd49/artigo3.pdf>

Gil-Monte, P., Carretero, N. y Roldán, M. (2005). Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burn out) en profesionales de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 11, 281-290.

González, E. (2006). Ergonomía cognitiva y factores psicosociales: la carga de trabajo mental. Trabajo presentado en la Primer Reunión de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental en el Trabajo, Octubre, Cuernavaca. Recuperado 15 de Abril del 2009 desde: http://www.uaem.mx/foroamericas_memorias/1PONENCIAS/PDF/P6%20EGonzalez.pdf

Gracia R., Mendoza, J. y Acosta, M. (2003). Actitud del personal de enfermería ante el proceso administrativo de rotación por los servicios hospitalarios. *Revista Enfermería*, 11, 35-42.

- Grau, A., Suñer, R. y García, M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales ambientales. *Gaceta Sanitaria*, 19, 463-470.
- Guerra, C., Rodríguez, K., Morales, G., y Betta, R. (2008). Preliminary validation of the self-care behaviors scale for clinical psychologists (Validación preliminar de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos). *Psykhe*, 17, 67-78.
- Guillén, C., Gala, F. y Velásquez, R. (2000). Psicología del trabajo para las relaciones laborales. España: McGraw-Hill Interamericana.
- Guimará, N. y Moraga, R. (2006) Importancia de decir siempre la verdad al paciente. *Revista Cubana Enfermería*. Recuperado el 10 de Julio 2009 desde:
http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_2_06/enf07206.htm
- Hidalgo, N. y Moreira, E., (1999). Autocuidado, trastorno psicológico y rotación en equipos de salud mental. [Versión electrónica] *Thésis*, 2. Trabajo presentado en el II Congreso Latinoamericano de estudiantes de Psicología, Septiembre, Santiago, Chile. Recuperado el 11 de Abril desde:
<http://www.csociales.uchile.cl/publicaciones/biblioteca/docs/thesis/thesis03.pdf>
- Jiménez, M. y Ruiz, L. (2001). Riesgos de trabajo e incapacidades médicas en los trabajadores del Hospital de la Anexión, sucursal y el Área de Salud Nicoya. [Versión electrónica], *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*, v.9, n.2. Recuperado el 18 de Junio 2009 desde:
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-12592001000200004&script=sci_arttext
- Lara, H., Martínez, A., Díaz, P., Espinosa, G., Pacheco, A., Hernández, I. et al. (2005, Octubre-Diciembre). La rehabilitación psicosocial del enfermo neurológico y psiquiátrico crónico. Problemas y soluciones. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 38, 140-146.
- León, C. (2006). Enfermería ciencia y arte del cuidado [Versión electrónica], *Revista Cubana Enfermería*, 22. Recuperado el 29 de Marzo de 2009 desde:
http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_4_06/enf07406.htm

- León, C. (2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado [Versión electrónica], *Revista Cubana Enfermería*, 22. Recuperado el 29 de Marzo de 2009 desde:
http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_3_06/enf07306.html
- Luque, P., Gómez, T. y Cruces, S. (2000). Psicología del trabajo para relaciones laborales. En Guillén, C. (ed.), *El trabajo: fenómeno psicosocial* (pp. 147-164). España: McGraw-Hill Interamericana.
- Martínez, S. (2006). *El estudio de la salud mental en el trabajo, un campo complejo de la salud laboral*. Trabajo presentado en la Primer Reunión de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental en el Trabajo, Octubre, Cuernavaca. Recuperado 14 de Abril 2009 desde:
http://www.uaem.mx/foroamericas_memorias/1PONENCIAS/PDF/P6%20SMartinez.pdf
- Meza, M. (2003). Estrés laboral en profesionales en enfermería: estudio sobre evaluación cognoscitiva y afrontamiento. *Enfermería en Costa Rica*, 25, 31-38.
- Millán, R. (2008). *Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo en médicos residentes del programa de estudios de postgrado del CENDEISSS durante el 2007*. Tesis de Maestría no publicada, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica.
- Mutual de seguridad de Chile. (S.f.). Recuperado el 2 de Junio 2009 desde:
http://www.mutual.cl/capacita/cont/imagenes/004_cal.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la Salud en el mundo*. Ginebra: Oficina de Publicaciones de la Organización Mundial de la Salud.
- Oviedo, H. y Campo, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 4, 572-580. Recuperado el 26 de Junio desde:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n4/v34n4a09.pdf>
- Pardo, J., López, F., Moraña, M., Pérez, M., Freire, P. y Fernández, R., (2002, Noviembre). ¿Estamos quemados en atención primaria? *Medicina de Familia*, 3, 245-250.

- Pera, G. y Serra-Prat, M. (2002). Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria*, 16, 480-486.
- Rodríguez, C. y Canales, G. (2006). Nivel de conocimiento de los factores de riesgo de enfermedades ocupacionales en profesionales de enfermería de emergencia. *Revista de Ciencias de la Salud*, 1, 63-67.
- Rodríguez, M. (1996). *Reseña Histórica Hospital Nacional Psiquiátrico*. San José.
- Sánchez, P. (2006, Julio-Septiembre). Cambios a la normativa: salud mental y trabajo ¿Un problema en alza? *Ciencia y trabajo*, 8, 64-69.
- Schawartzmann, L. (2003). Health-related quality of life: conceptual aspects (Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales). *Ciencia y Enfermería*, 2, 9-21.
- Somavia, J. (1999). Construir futuro con trabajo decente. En *Sobre el concepto de trabajo decente y su aplicación en la enseñanza* (cap. 1). Recuperado el 19 de Junio 2009 desde: http://www.oit.org.ar/documentos/02_cap_1.pdf
- Tovalín, H., Rodríguez, M. y Ortega, M. (2006). Trabajo presentado en la Primer Foro de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental en el Trabajo, Octubre, Cuernavaca. Recuperado 15 de Abril 2009 desde: http://www.respyn.uanl.mx/especiales/2007/ee-06-2007/.../plenaria_6.pdf
- Valencia, M. (2007, Marzo-Abril). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día mundial de la salud mental 2007. *Salud Mental*, 30, 75-79.
- Verdugo, M. y Martín, M. (2002, Agosto). Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. *Salud Mental*, 25, 68-77.
- Vezzoli, R., Archiati, C., Buizza, Pasqualetti, P., Rossi, G. y Pioli, R. (2002). Actitud hacia los pacientes psiquiátricos: un estudio piloto en una ciudad del norte de Italia. *European Psychiatry Edición Española*, 9, 108-116.

Wikipedia, la enciclopedia libre (2009). *Autocuidado*. Recuperado el 12 de febrero de 2009 desde:

<http://es.wikipedia.org/wiki/Autocuidado>

Wikipedia, la enciclopedia libre (2009). *Salud*. Recuperado el 19 de Junio de 2009 desde:

<http://es.wikipedia.org/wiki/Salud>

Wikipedia, la enciclopedia libre (2009). *Salud Mental*. Recuperado el 19 de Junio de 2009 desde:

http://es.wikipedia.org/wiki/Salud#Salud_mental

7.2 Bibliografía Consultada.

- Benevides, A. (2003, Agosto) O Estado da Arte do Burn out Brasil [versión electrónica] *Revista Eletrônica InterAção psy*, 1, 4-11. Recuperado el 23 de Junio del 2009 desde:
<http://www.dpi.uem.br/Interacao/Numero%201/PDF/Artigos/Artigo1.pdf>
- Bisquerra, R. (sin fecha). *Métodos de investigación educativa: guía práctica*. Barcelona: Ediciones CEAC.
- Blanco, Y. (1998). *Propuesta de un taller de implementación de trabajo en el Liceo Dobles Segreda, como estrategia de acción participativa que favorezca una cultura de trabajo en equipo*. Tesis de Maestría no publicada, Facultad de Educación, Universidad de Costa Rica.
- Branden, Nathaniel. (1995). *Los seis pilares de la autoestima*. España: Ediciones Paidós Ibérica.
- Calvo, J. (2004). *Propuesta de un trabajo conductual de capacitación en asertividad dirigido a empleados de una organización laboral*. Tesis de Maestría no publicada, Facultad de Educación, Universidad de Costa Rica.
- Canto, J. (1998). *Psicología de los grupos: estructura y procesos*. Málaga Ediciones Aljibe, SL.
- Díaz, N. y Hevia, B. (2000). Taller de desarrollo personal y autocuidado para el futuro ejercicio clínico, desde el modelo integrativo supraparadigmático. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa*, 1, 89-90.
- Frederick, G. (1983). *Psicología social de las organizaciones*. México: Editorial CECSA.
- Goleman, D. (2000). *La inteligencia emocional*. Argentina: Ediciones B ARGENTINA S.A.
- Goldman, H. (1989). *Psiquiatría general (2da edición)*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Haber, Judith. (1983). *Psiquiatría*. España: Editorial Salvat.

- Hernández, M. (1999). *Talleres de capacitación en motivación y relaciones humanas para el personal docente y docente administrativo del Colegio de Cedros*. Tesis de Maestría no publicada, Facultad de Educación, Universidad de Costa Rica.
- Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (S.f.). *Taller de autocuidado y vida sana: manual del facilitador*. Recuperado el 2 de marzo del 2009 desde:
<http://www.inta.cl/materialEducativo/Tallerdeautocuidado.pdf>
- Moraga, L. (1996). *Taller de técnicas y métodos alternativos de resolución de conflictos interpersonales e intergrupales con los docentes de Liceo del Sur*. Tesis de Maestría no publicada, Facultad de Educación, Universidad de Costa Rica.
- Organización Panamericana de la Salud (1999). *Trabajadores de la Salud por el cambio: guía de talleres para la mejora de la calidad de atención*. Washington: Oficina Sanitaria Panamericana.
- Pisano, J. (1997). *Dinámicas de grupo para la comunicación*. Argentina: Editorial Bonum.
- Quintero, A. (1995, Octubre). Consideraciones acerca del trabajo interdisciplinario. *Revista Prospectiva*, 2, 17-26.
- Ryan, D. y Quayle, E. (1999, September). Stress in psychiatric nursing: fact or fiction? *Nursing Standart*, 14, 32-35.
- Sales, M. (2000). *Carpeta de dinámicas de grupo*. Recuperado el 6 de enero del 2008 desde:
<http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/rrhh/TecDinGrUCH.pdf>
- Signum, F. (S.f.). *Colección de Dinámicas*. México Norte.
- Silvia, L. (2005, Enero). Burn out syndrome among Mexican hospital nursery staff. *Revista Médica*, 43, 11-15.
- Verderber, R. y Verderber, K. (2005) *Comunícate*. México: Grupo Geo Impresores, S.A. DE C.V.

Weiss, B. (2004). *Eliminar el estrés*. Barcelona: Ediciones B, S.A.

Whetten, D. y Cameron, K. (2005). *Desarrollo de habilidades directivas*. México: Pearson Educación.

Anexos

Anexo #1: Escala de Maslach Burn out Inventory.

Escala MBI

La escala que se describe a continuación es la “Escala de Maslach” que se utiliza para medir el “Síndrome de Burn out, Síndrome del quemado o Síndrome del desgaste emocional”.

Por favor marque con una “X” en la casilla que se ajuste mejor a la frecuencia con la que usted siente cada enunciado de acuerdo a los criterios siguientes:

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

	6	5	4	3	2	1	0
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar							
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo							
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes							
8. Me siento "quemado" por mi trabajo							
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas							
10. Me he vuelto mas insensible con la gente desde que ejerzo esta							

profesión							
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente							
12. Me siento muy activo							
13. Me siento frustrado en mi trabajo							
14. Creo que estoy trabajando demasiado							
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes							
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés							
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes							
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes							
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión							
20. Me siento acabado							
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma							
22. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas							

Anexo #2: Consentimiento Informado.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CENTRO AMERICA MAESTRIA DE PSICOLOGIA EMPRESARIAL Curso Psicología Social Aplicada

Mi nombre es Julieta Rodríguez Ramírez, soy enfermera en Salud Mental y Psiquiatría y estudiante de la Maestría de Psicología Empresarial de la Universidad Autónoma de Centro América. Actualmente me encuentro realizando una investigación cuantitativa sobre el Síndrome de Burn Out cuyos objetivos son:

- 1) Identificar el grado de cansancio emocional que experimenta el personal de enfermería (profesional, auxiliar y asistente de pacientes) del Pabellón 1 de Mujeres del Hospital Nacional Psiquiátrico que sufran del Síndrome de Burn Out.
- 2) Encontrar el grado de despersonalización que experimenta el personal de enfermería (profesional, auxiliar y asistente de pacientes) del Pabellón 1 de Mujeres del Hospital Nacional Psiquiátrico que sufran del Síndrome de Burn Out.
- 3) Identificar la falta de realización personal que experimenta el personal de enfermería (profesional, auxiliar y asistente de pacientes) del Pabellón 1 de Mujeres del Hospital Nacional Psiquiátrico que sufran del Síndrome de Burn Out.
- 4) Analizar las diferencias y semejanzas (sexo, edad, puesto) entre el personal de enfermería (profesional, auxiliar y asistente) del Pabellón 1 de Mujeres del Hospital Nacional Psiquiátrico que sufran del Síndrome de Burn Out.

Su participación es totalmente voluntaria y la información que me aporte es para fines académicos; su identidad en todo momento será confidencial y protegida.

Su colaboración es muy valiosa, desea participar en la investigación:

SÍ _____ NO _____

Firma del (la) Participante: _____ Fecha: _____

Firma de la investigadora: _____

Nota: los objetivos iniciales de la investigación fueron modificados de cómo se encuentran actualmente en el trabajo.

Anexo# 3: Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos

Adoptada por la
18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964
y enmendada por la
29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975
35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983
41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989
48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996
52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000
Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la
AMM,
Washington 2002
Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la
AMM,
Tokio 2004
59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008

A. INTRODUCCION

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo no debe ser aplicado sin considerar todos los otros párrafos pertinentes.

2. Aunque la Declaración está destinada principalmente a los médicos, la AMM insta a otros participantes en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

3. El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

4. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi

paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos. Las poblaciones que están subrepresentadas en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

6. En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses.

7. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones actuales deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

8. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.

9. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

B. PRINCIPIOS PARA TODA INVESTIGACION MÉDICA

11. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

12. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados

y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

13. Al realizar una investigación médica, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan dañar el medio ambiente.

14. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos debe describirse claramente en un protocolo de investigación. Este debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. El protocolo debe describir los arreglos para el acceso después del ensayo a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o el acceso a otra atención o beneficios apropiados.

15. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ningún cambio en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité.

16. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la formación y calificaciones científicas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

17. La investigación médica en una población o comunidad con desventajas o vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades y prioridades de salud de esta población o comunidad y si existen posibilidades razonables de que la población o comunidad, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

18. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y las comunidades que participan en la investigación, en comparación

con los beneficios previsible para ellos y para otras personas o comunidades afectadas por la enfermedad que se investiga.

19. Todo ensayo clínico debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.

20. Los médicos no deben participar en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender inmediatamente el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.

21. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para la persona que participa en la investigación.

22. La participación de personas competentes en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona competente debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

23. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.

24. En la investigación médica en seres humanos competentes, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsible e incomodidades derivadas del experimento y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestado formalmente.

25. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, el médico debe pedir normalmente el consentimiento para la recolección, análisis, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación o podría ser una amenaza para su validez. En esta situación, la

investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.

26. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

27. Cuando el individuo potencial sea incapaz, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud de la población representada por el individuo potencial y esta investigación no puede realizarse en personas competentes y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

28. Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incompetente es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del individuo potencial debe ser respetado.

29. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

30. Los autores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de su investigación. Los autores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público...En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

C. PRINCIPIOS APLICABLES CUANDO LA INVESTIGACION MEDICA SE COMBINA CON LA ATENCION MEDICA

31. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

32. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de toda intervención nueva deben ser evaluados mediante su comparación con la mejor intervención probada existente, excepto en las siguientes circunstancias:

- El uso de un placebo, o ningún tratamiento, es aceptable en estudios para los que no hay una intervención probada existente.
- Cuando por razones metodológicas, científicas y apremiantes, el uso de un placebo es necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención que no implique un riesgo, efectos adversos graves o daño irreversible para los pacientes que reciben el placebo o ningún tratamiento. Se debe tener muchísimo cuidado para evitar abusar de esta opción.

33. Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio tienen derecho a ser informados sobre sus resultados y compartir cualquier beneficio, por ejemplo, acceso a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o a otra atención apropiada o beneficios.

34. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe perturbar la relación médico-paciente.

35. Cuando en la atención de un enfermo las intervenciones probadas han resultado ineficaces o no existen, el médico, después de pedir consejo de experto, con el consentimiento informado del paciente, puede permitirse usar intervenciones no comprobadas, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Siempre que sea posible, tales intervenciones deben ser investigadas a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, puesta a disposición del público.

Traducción realizada por el Departamento de Internacional del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Madrid. Noviembre 2008.

http://www.cgcom.org/noticias/2008/11/08_11_27_helsinki

**Anexo #4: Carta de Aprobación de la Institución para realizar
la investigación.**

(SOLO DISPONIBLE EN VERSIÓN ESCRITA DE LA TESIS)

Anexo #5: Cuestionario sobre datos de filiación.

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CENTRO AMERICA
MAESTRIA EN PSICOLOGIA EMPRESARIAL**

INSTRUCCIONES: Marque con una “X” la respuesta de acuerdo a su situación personal La información brindada es confidencial y para uso meramente académico.

1. Sexo
 Masculino
 Femenino

2. Edad.
 Menor de 20 años
 Entre 21 y 30 años
 Entre 31 y 40 años
 Mayor de 41 años

3. Puesto que desempeña:
 Asistente de paciente.
 Auxiliar de enfermería.
 Enfermera(o).

4. Antigüedad de trabajar en el área de la salud o asistiendo enfermos(as):
 Menos de 4 años y 11 meses
 De 5 años a 9 años y 11 meses
 De 10 años a 14 años y 11 meses
 De 15 años a 19 años y 11 meses
 Mas de 20 años

5. Antigüedad de trabajar en el Hospital Nacional Psiquiátrico:
 Menos de 4 años y 11 meses
 De 5 años a 9 años y 11 meses
 De 10 años a 14 años y 11 meses
 De 15 años a 19 años y 11 meses
 Mas de 20 años

Anexo #6: Texto “Combatiendo el estrés de Brian Weiss.”

(SOLO DISPONIBLE EN VERSIÓN ESCRITA DE LA TESIS)

Anexo #7: Texto “El curso del río...”

“Un río se serpentea lentamente y corre rápidamente sobre las rocas hasta precipitarse por una cascada. Luego llega a un estanque y se detiene. Todas estas etapas de un río tienen diferente significado. Deslizarse por una cascada puede ser un momento turbulento. Atravesar por un área llana de la tierra puede ser un momento aburrido o un momento quieto y fácil. Correr sobre las rocas rápidamente puede ser un momento ocupado e interesante o un momento ocupado y difícil. Estar en un estanque puede ser un momento de recuperación, de descanso o de tristeza.

La vida de una persona puede ser como el curso de un río, ya que nosotros viajamos en el río de la vida.

Tomemos un tiempo para pensar sobre nuestras vidas y dibujarlas como un río. El río comienza con nuestro nacimiento y a medida que crecemos muchas cosas nos suceden (estudiamos, podemos mudarnos, casarnos, tener hijos, dejar a nuestros padres y trabajar).

Vamos a pensar entonces sobre el trabajo que tenemos actualmente. Vamos a dibujar nuestro río de la vida e incluir en él los sucesos más importantes que nos han ocurrido y que nos condujeron a ser trabajadores de la salud...”



Anexo# 8: Cuestionario “Ruleta de Valores”

RULETA DE VALORES

I PARTE

ORDENAR POR RANGOS:

1. ¿Qué es más importante en la amistad?
_____ Lealtad.
_____ Generosidad
_____ Rectitud.
2. ¿Si le dieran 50,000.00 pesos qué haría con ellos?
_____ Ahorrarlos.
_____ Comprar algo personal.
_____ Darlos a una obra benéfica.
3. ¿Qué cree que sea más perjudicial?
_____ El alcohol.
_____ La marihuana.
_____ El tabaco
4. ¿Si fuera padre, a qué hora dejaría a sus hijos de 14 años fuera?
_____ A las 22 horas.
_____ A las 24 horas.
_____ Dejarlo a criterio del hijo.
5. ¿Qué sería lo último que le gustaría ser?
_____ Muy pobre.
_____ Muy enfermo.
_____ Desfigurado.
6. ¿Qué le gusta más?
_____ El invierno en las montañas.
_____ El verano en la playa.
_____ El otoño en el campo.
7. ¿Qué es lo que más desearía mejorar?
_____ Su apariencia.
_____ El aprovechamiento de su tiempo.
_____ Su vida social.
8. ¿Cómo se la pasaría mejor?
_____ Solo.
_____ Con un grupo grande.
_____ Con pocos amigos.

9. ¿Cuál sería el acto más espiritual o religioso que podría hacer un domingo en la mañana?
- _____ Ir a la iglesia y escuchar un buen sermón.
- _____ Oír un concierto de música clásica.
- _____ Tener un buen desayuno con su familia.
10. ¿Cuál de las siguientes medidas deberían tomarse para aligerar el problema de la explosión demográfica?
- _____ Legalizar el aborto.
- _____ Permitir que los padres tengan dos hijos y luego esterilizarlos.
- _____ Distribuir información sobre control de la natalidad.
- _____ Confiar en el buen sentido de las familias para determinar el número de hijos.
11. ¿Si heredara una fortuna qué haría?
- _____ Repartir su riqueza en beneficio de otros.
- _____ Continuar con su mismo trabajo y actividades.
- _____ Cambiar totalmente de vida.
12. ¿Qué le resultaría más fácil hacer?
- _____ Una campaña para organizar una cena de Navidad.
- _____ Hacer trabajo voluntario en un hospital.
- _____ Asesorar a un grupo de estudiantes.
13. ¿Cuál cree que sea el problema interior más serio de su país?
- _____ La prevención de la criminalidad.
- _____ La beneficencia pública.
- _____ La inflación.
14. ¿Si fuera confinado a una isla desierta, cuál de los siguientes libros llevaría consigo?
- _____ La Biblia.
- _____ Las obras completas de Cervantes.
- _____ La historia de la civilización.
15. ¿Qué preferiría perder si tuviera que hacerlo?
- _____ La libertad económica.
- _____ La libertad religiosa.
- _____ La libertad política.
16. ¿En cuál de los siguientes periodos históricos piensa que podría haber sido un líder eficiente?
- _____ En la colonización de América.
- _____ En la Revolución Industrial.
- _____ En la Segunda Guerra Mundial.
17. ¿Cuál de los siguientes cursos le gustaría tomar?
- _____ Educación Sexual.
- _____ Relaciones sociales.
- _____ Ecología.

18. ¿Cuál de las siguientes expresiones describe mejor la forma en que usa el dinero?
- _____ Lo gasta despreocupadamente.
- _____ Siempre busca negocios.
- _____ Lo gasta con cuidado.
19. ¿Qué le disgustaría más?
- _____ Perder su trabajo.
- _____ Perder su dinero.
- _____ Romperse una pierna.
20. ¿A quién prefiere como vecino?
- _____ A un ciego.
- _____ A un paralítico.
- _____ A un anciano.
21. ¿Qué es lo más trabajo le cuesta hacer?
- _____ Levantarse temprano.
- _____ Organizar su trabajo del día.
- _____ No estar tenso durante el día.

II PARTE

1. ¿Hay algo de lo que esté orgulloso?
2. ¿Sabe qué asunto ha manifestado su posición últimamente?
3. ¿Cuál decisión ha hecho en forma reciente en la que consideró tres o más opciones posibles?
4. ¿En qué o en quién cree firmemente?
5. ¿Qué es lo que quisiera cambiar en su mundo?, ¿en su familia?, ¿en su trabajo?, ¿en su persona?
6. ¿Respecto a quién o a qué ha cambiado en forma reciente su modo de pensar?
7. ¿Qué diría personalmente al candidato presidencial de su elección?
8. ¿Quién es la persona más buena que conoce y cuál es su secreto?
9. ¿Cómo ha manejado un disgusto reciente?
10. En su opinión, ¿qué debería hacer tanto la gente de raza blanca como la de color para integrarse?
11. ¿Dónde le gustaría estar en 20 años?
12. ¿Qué cosa desea aprender antes de morir?
13. ¿Cuáles son los tres lugares que quisiera visitar este año?
14. ¿Qué haría si no estuviera de acuerdo con un nuevo director?
15. ¿De qué está orgulloso en relación con su trabajo?, ¿con su familia?
16. ¿Qué regalo ha dado que le hace sentir orgulloso?
17. Cuando observa el mundo que le rodea, ¿qué es lo que a veces quisiera encontrar?
18. ¿Qué hizo anoche?
19. ¿Se ha formado ya una idea de lo que va a hacer cuando se retire?
20. ¿Qué libros ha leído que le hayan gustado?

21. ¿Tiene alguna diversión o pasatiempo en el que ocupa gran parte de su parte de su tiempo?
22. ¿Hay algo que desee vivamente pero que no puede realizar ahora?, ¿qué es?
23. ¿Quién de todas las personas que ha conocido y le han ayudado, lo ha hecho más ampliamente?, ¿en qué ha consistido la ayuda?
24. ¿Puede mencionar algunas cosas en las que en realidad cree?
25. ¿Qué cambiaría de sí mismo si pudiera?
26. ¿Está satisfecho de sus hábitos de trabajo?
27. ¿Cuál es la cosa más alegre que recuerda?, ¿y la más triste?

Anexo #9: Ejercicio “Refugio Subterráneo”

REFUGIO SUBTERRÁNEO

Imaginen que nuestra ciudad está bajo amenaza de un bombardeo. Se aproxima un hombre y les solicita una decisión inmediata. Existe un refugio subterráneo que solamente puede albergar a seis personas. Hay doce que pretenden entrar. Abajo hay una lista de las doce personas interesadas en entrar en el refugio. Haga su selección, destacando tan sólo seis.

- Un violinista, de 40 años, drogadicto.
- Un abogado, de 25 años.
- La mujer del abogado, de 24 años, que acaba de salir del manicomio. Ambos prefieren quedarse juntos en el refugio, o fuera de él.
- Un sacerdote, de 75 años.
- Una prostituta de 34 años.
- Un ateo, de 20 años, autor de varios asesinatos.
- Una universitaria que hizo voto de castidad.
- Un físico, de 28 años, que solamente aceptaría entrar en el refugio si puede llevar consigo su arma.
- Un predicador fanático, de 21 años.
- Una niña, de 12 años y bajo coeficiente intelectual.
- Un homosexual, de 47 años.
- Una débil mental, de 32 años, que sufre ataques de epilepsia.

Anexo # 10: Ensayos Asertivos.

ENSAYO CONDUCTUAL 1

1. Estilo de Comunicación Pasiva:

Participantes: 2 facilitadores.

Un facilitador en el rol de oficial de seguridad y otro en el rol de asistente a un desfile en las calles de un pueblo.

Un oficial permite que un individuo haga disturbios sin tratar de malogra con él, aceptando todo lo que sucede.

2. Estilo de Comunicación Pasivo-Agresiva:

Participantes: 2 facilitadores.

Un facilitador en el rol de oficial de seguridad y otro en el rol de asistente a un desfile en las calles de un pueblo.

El oficial permite que continúe el desorden pero busca la forma de agredirlo posteriormente.

3. Estilo de Comunicación Agresiva:

Participantes: 2 facilitadores.

Un facilitador en el rol de oficial de seguridad y otro en el rol de asistente a un desfile en las calles de un pueblo.

El oficial reprende con tono brusco e irrespetuoso al individuo que está violando las reglas establecidas en el desfile.

4. Estilo de Comunicación Asertiva:

Participantes: 2 facilitadores.

Un facilitador en el rol de oficial de seguridad y otro en el rol de asistente a un desfile en las calles de un pueblo.

El oficial dialoga con el individuo empleando todos los componentes morales de la conducta asertiva intentando de esta manera resolver la situación.

Anexo #11: Guía de Compromisos del Autocuidado.

COMPROMISOS DE AUTOCUIDADO, RELAJACION Y VIDA SANA

FECHA: ____/____/____/

YO _____

1. Para fortalecer el autocuidado voy a:

2. Para relajarme voy a:

3. Para tener una mejor comunicación voy a:

4. Para tener una vida más saludable voy a:

FIRMA

Anexo #12: Instrumento de Evaluación del Programa de Autocuidado.

Cuestionario de Evaluación

1. En relación a lo desarrollado a lo largo del Programa de Autocuidado, elija la alternativa que mejor representa su opinión respecto al mismo.

Preguntas	SÍ	NO	Algunas veces
¿La mayoría de las dinámicas y actividades fueron de su agrado?			
¿Tuvo libertad para participar, dar sus opiniones y aclarar preguntas?			
¿Cree que los temas desarrollados en el programa se relacionan con su vida diaria?			
¿Le recomendaría éste programa a otras personas?			
¿Considera que lo aprendido en el programa le ayudará a fomentar su autocuidado?			

2. Como califica Ud. a la facilitadora del Programa de Autocuidado con respecto al desarrollo del mismo. Marque con una X:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

Comentarios: _____

3. Por favor califique su participación en el Programa de Autocuidado con una nota de: (marque con X)

1 2 3 4 5

Comentarios: _____

4. Si desea hacer recomendaciones, comentarios y sugerencias por favor anotarlas:

¡Muchas Gracias!