

CARRERA: CICLO DE LICENCIATURA DE ENFERMERÍA

TESIS FINAL.-

**Tema: Salud Ocupacional de los enfermeros
psiquiátricos del Hospital “El Sauce”**

Autores: Diana Josefina. Aceituno.-

María Eugenia González.-

Julio Alfredo Robledo.-

Mendoza, año 2013

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.

TRIBUNAL EXAMINADOR

Presidente:.....

Vocal1:.....

Vocal2:.....

Trabajo Aprobado el:...../...../.....

PROLOGO

Quienes elaboramos este trabajo, estudiantes del Ciclo de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cuyo – Sede Central tomamos el tema de la Salud Ocupacional de los enfermeros del Hospital Psiquiátrico “El Sauce” con el fin de desarrollar el Taller de Tesis correspondiente al segundo año de la carrera.

Dentro del contexto que implica la aplicación de la nueva ley de Salud Mental, que introduce importantes cambios en lo que respecta a la consideración de la figura del paciente psiquiátrico y sus derechos, fundamentalmente tratamos de investigar en cuanto a los determinantes que pudieran condicionar la salud del profesional enfermero.

Dejamos expresamente aclarado que nuestra finalidad es, simplemente, llevar a cabo las tareas de estudio, sin pretender tomar el papel de censores de lo actuado por la institución y sí aportar propuestas que pudieran ser de utilidad para la misma.

AGRADECIMIENTO

Con el convencimiento de ser personas afortunadas al poder ejercer la enfermería, queremos hacer patente nuestro agradecimiento a todos nuestros compañeros de ruta en esta aventura de lograr un incremento en nuestra formación, comenzando por nuestras familias, nuestros compañeros de estudio, nuestros compañeros de trabajo, nuestros pacientes y fundamentalmente los docentes de la carrera que se brindaron total e incondicionalmente en pos de cimentar esta noble profesión a través de su permanente trabajo de formación.

INDICE GENERAL.-

Portada.....	Pag. I
Advertencia.....	Pag. II
Acta de aprobación.....	Pag. III
Prologo.....	Pag. IV
Agradecimiento.....	Pag. V
Índice general.....	Pag. VI a VIII
Índice de Tablas y Gráficos.....	Pág. IX a X
CAPITULO I: Portada.....	Pag. 1
Introducción.....	Pag. 2
Descripción del problema.....	Pág. 3 a 4
Formulación o planteamiento del problema.....	Pág. 5
Justificación.....	Pág. 6
Objetivos.....	Pág. 7
Marco teórico: Portada.....	Pág. 8
Apartado I: Antecedentes históricos de la Enfermedad Mental:	Pág. 9 a 13

Apartado II: Salud Ocupacional:	Pag. 14 a 34
Apartado III: La Profesión de Enfermería.....	Pág. 35 a 45
Citas bibliográficas.....	Pág. 46 a 47
CAPITULO II: Portada.....	Pág.48
Diseño Metodológico: Tipo de estudio, Área de estudio, Universo y muestra, Unidad de análisis, Método de recolección de datos, Métodos de tabulación y análisis.....	Pág. 49 a 50
Conceptualización de variables.....	Pág. 51 a 53
Operacionalización de variables.....	Pág. 54 a 58
Codificación de variables.....	Pág. 59 a 62
CAPITULO III: Portada.....	Pág. 63
Tablas de Frecuencias de entrada simple y Gráficos Nº 1 a Nº19.....	Pág. 64 a 82
Tablas de doble entrada y gráficos Nº 20 a 24:.....	Pág. 83 a 87
Conclusiones.....	Pág. 88 a 89
Propuestas.....	Pág. 90 a 91
Bibliografía general:	Pág. 92 a 93

CAPITULO IV: Portada: Pág. 94

Formulario de la encuesta.....Pág. 95 a 96

Tabla matriz.....Pág. 97 a 104

Entrevistas:.....Pág. 105 a 109

Autorización..... Pág. 110

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

Tablas de Frecuencias de entrada simple y gráficos:

Nº 1 - “Edad”	Pág. 64
Nº 2 - “Sexo”	Pag. 65
Nº3 - “Estado civil”	Pág. 66
Nº 4- “Nivel de Formación”	Pág. 67
Nº 5 “Antigüedad laboral”	Pág. 68
Nº 6 “Estado de Salud del personal.....	Pág. 69
Nº 7 “Otra ocupación”	Pág. 70
Nº 8 “Horas semanales de trabajo”	Pág. 71
Nº 9 “Factibilidad de cambios de horarios”	Pág. 72
Nº10 “Pacientes a cargo”	Pág. 73
Nº 11 “Tareas desvirtuadas”	Pág. 74
Nº 12 “Relación con los compañeros”	Pág. 75
Nº 13 “Relación con otros profesionales”	Pág. 76
Nº 14 “Relación con los pacientes”	Pág. 77
Nº 15 “Satisfacción por las actividades que realiza”	Pág. 78
Nº 16 “Distribución de tareas”	Pág. 79

Nº 17 “Existencia de protocolos”Pág. 80

Nº 18 “Participación en revistas de sala”Pág. 81

Nº 19 “Capacitación recibida”Pág. 82

Tablas de Doble Entrada y Gráficos:

Nº 20 – Edad / Antigüedad laboral.....Pág. 83

Nº 21 – Sexo/ Otra ocupación.....Pág. 84

Nº 22 – Tareas desvirtuadas/Satisf.p.act.realizadas.....Pág. 85

Nº 23 – Otra Ocupación/Antigüedad Laboral Pág. 86

Nº 24 - Otra Ocupación/Estado de Salud..... Pág. 87

CAPITULO I

“PLANTEO DEL PROBLEMA”

INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta que en distintos documentos de programas nacionales y de organizaciones como la O.M.S y O.P.S, se mencionan medidas estratégicas de protección al personal y todo lo que ello implique en pos de *“una participación responsable y gratificante de todo el personal en el quehacer del servicio”* se encontró de interés abordar el tema de la Salud Ocupacional de los enfermeros.

Específicamente se tomó la situación del personal de enfermería psiquiátrica del Hospital “El Sauce” de la provincia de Mendoza por las particularidades de la especialidad, su evolución histórica, ausentismo laboral por problemas de salud y las situaciones dadas en determinadas épocas del año en que se efectivizan las licencias anuales del personal (donde se patentiza falta de personal para cubrir las tareas) y las situaciones que se derivan de la aplicación de la nueva ley de salud mental N° 26657.

Se abordaron así, aspectos históricos, la salud ocupacional propiamente dicha, legislaciones que la abordan y situaciones en otros países de la región, la enfermería psiquiátrica, aspectos de formación y tratamiento en otros países del mundo,

Las variables en estudio como edad, sexo, antigüedad laboral, nivel de formación, capacitación laboral, tareas desvirtuadas, etc. y la observación de los cruces de datos de algunas de ellas ayudaron a sacar conclusiones importantes.

El propósito de este trabajo ha sido identificar los factores que afecten la salud de los enfermeros de referencia como punto de partida a futuras investigaciones que permitan mejorar las condiciones de trabajo y, consecuentemente, la eficacia y eficiencia en las tareas, así como el perfil de la profesión.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

Tomamos como marco de referencia al Hospital Psiquiátrico “El Sauce” que es un hospital abierto con un servicio de guardia, cuatro servicios de internación, uno de ellos de hombres, otro de mujeres, uno mixto que atiende principalmente a pacientes mutualizados y un servicio judicial de hombres. También hay un pequeño servicio con personal penitenciario de seguridad que atiende internos de la penitenciaría provincial, y que también recibe asistencia por parte de médicos y enfermeros. El hospital cuenta con personal asistencial como: Médicos Psiquiatras, Psicólogos, una Neuróloga, Enfermeros, Trabajadoras Sociales, Psicopedagoga, Fonoaudióloga, Farmacéutica, Bioquímica, Terapeuta Ocupacional, Profesor de Educación Física, Profesor de teatro, Profesor de Tai-Chi, Médico de Familia, Ginecóloga y Odontólogo.

Con un predio total cercano a las 100has, el hospital ha sido un referente de la psiquiatría en la zona centro-oeste de nuestro país. Cada servicio de internación cuenta con una planta propia con: sala de estar, comedor, consultorios, baños, cocina y otras dependencias de servicio, también se tienen amplios espacios parquizados y jardines.

Desde la creación del Hospital el personal de enfermería tanto en su constitución como en su formación profesional ha ido evolucionando, en una parte, por los cambios que se generaron en la misma profesión de enfermería y, por otro lado, por las circunstancias institucionales que ha atravesado el mismo hospital por lo que se hace interesante profundizar la vista sobre algo tan importante como la salud del sector que más contacto tiene en la atención de los pacientes psiquiátricos.

Como enfermeros que trabajamos cumpliendo funciones en el Hospital “El Sauce” y dentro de las circunstancias que rodean a la implementación de la nueva ley de Salud Mental N° 26657 encontramos que se empieza a notar la falta de personal de enfermería ocasionado en parte por ausentismo laboral a consecuencias de distintos problemas de salud, restricción de tareas por indicación médica, personal que se jubila y ciertas dificultades al llamar a cubrir

cargos por prestación, esto se agudiza en épocas en que tradicionalmente se dan las licencias anuales al personal

Considerando que sobre un total de 80 agentes que constituyen la planta de enfermeros tenemos que: 12 de ellos están con partes de corto tratamiento, 6 con partes de enfermo prolongado con partes de más de seis días de licencia médica y algunos están con cambio o disminución de tareas por prescripción médica y otros ya bordeando la edad de jubilación nos enfrentamos a un problema cierto.

Si tomamos en cuenta la norma N° 37 de la Resolución N° 194 del 03\11\95 del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, sobre el establecimiento de una red de seguridad técnica impone la aplicación de medidas de protección no solo al paciente y familia sino también al personal y habla de generar condiciones psicoemocionales que ayuden a una participación responsable y gratificante de todo el personal en el quehacer del servicio, encontramos de necesidad primaria poder poner en observación todo lo atinente a la salud del personal actuante.-

FORMULACIÓN O PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Qué determinantes condicionan la salud ocupacional del enfermero psiquiátrico del Hospital Psiquiátrico “El Sauce” a setiembre del año 2013.-

JUSTIFICACION.-

Esta investigación se justifica teniendo en cuenta que la orientación de la misma está dada, en principio, a la importancia que reviste para orientar acciones y generar futuras investigaciones que pudieran tener impacto en el cuidado de la salud del personal de enfermería para poder actuar con eficacia y eficiencia en las labores de atención de los pacientes a cargo tanto en la modalidad de internación como en la de atención ambulatoria y por otra parte en línea con políticas acordadas internacionalmente, donde ya en el año 1981, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud en su Resolución XI asignaba un papel prioritario a la salud de los trabajadores dentro del plan de acción de las estrategias planteadas en pos de “*Una salud para todos en el año 2000*”.

También el tema es tratado dentro del documento de las políticas argentinas de Enfermería para el Decenio 2000 (aprobadas en la Primera Conferencia de Políticas de Enfermería en noviembre de 1998, en la Ciudad de Córdoba- Convocatoria realizada por la FAE (Federación Argentina de Enfermería) y la AEUERA (Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería República Argentina) en su punto 6: Condiciones de vida y trabajo de las enfermeras.

Asimismo, desde una visión ética, está totalmente justificado este trabajo dado que se encuentran involucrados dos de los derechos citados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos: **el derecho a la salud** que se relaciona con el derecho fundamental de todas las personas a la vida y a vivir en dignidad y **el derecho al trabajo** que ha tenido un rol protagónico en el desarrollo de la humanidad. Su ejercicio no solamente proporcionó los medios para subsistir al ser humano, sino que tuvo injerencia en los cambios operados en su mano y cerebro y por ello ha marcado también su evolución como **especie**.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar qué factores condicionan la salud ocupacional del enfermero psiquiátrico del Hospital “El Sauce”.-

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Detectar los estresores más frecuentes que afectan a los profesionales de Enfermería.
- Detectar los niveles de satisfacción-insatisfacción laboral del colectivo de Enfermería.
- Establecer las circunstancias laborales responsables determinantes, de la salud de los profesionales de Enfermería.
- Caracterizar a los enfermeros en estudio.

MARCO TEÓRICO

APARTADO I

Antecedentes históricos de la enfermedad mental.-

Es de utilidad, para una mejor comprensión del tema tratado, hacer una reseña histórica del tratamiento y lugar que la sociedad le otorgó a la enfermedad mental y, por ende, a quienes trabajamos en la atención y el cuidado con el paciente afectado por dicha `patología.

En términos generales la patología psiquiátrica ha sido vista con algún temor ya que usualmente ha estado rodeada de cierto sentido místico, misterioso, desconocido y lo desconocido produce temor.

Refiere el Dr. Michel Robert Foucault(1) que, sobre el final de la Edad Media, al desaparecer gradualmente la epidemia de la lepra en el mundo occidental, los estados europeos se encontraron con gran cantidad de establecimientos y terrenos donde habían estado funcionando los leprosarios. Los mismos sufrieron una conversión (conversión apresurada por laReforma, igual que en Inglaterra) a fondos administrados por las ciudades,destinados a obras de beneficencia y establecimientos hospitalarios. Algunos de estos fueron rápidamente ocupados para la atención de “incurables y locos”

Algunas de estas formas subsistirán, en unacultura muy distinta y esencialmente como una manifestación de separación rigurosa, de exclusión social,

Los locos de entonces vivían usualmente una existencia errante. Las ciudades los expulsaban; se les dejaba recorrer los campos apartados, cuando no se les podíaconfiar a un grupo viajeros.

Siendo una costumbre frecuente en Alemania; en Nuremberg, a mediados de la primera mitad delsiglo XV, se registró la presencia de 62 locos y 31 fueron expulsados; en los cincuentaaños siguientes, constan otras 21 partidas obligatorias; ahora bien, todas estas cifras son datos obtenidos solo por las autoridades municipales.

Se conservan registros que refieren que en Fráncfort, en 1399, se encargó a unos marineros que librasen a la ciudad de un loco que se paseaba desnudo.

Durante el Renacimiento comienzan a manejarse opiniones que acercan a la locura a un concepto global de enfermedad y concibiendo al enajenado como un enfermo más, este modelo se fue afianzando a lo largo del siglo XVIII para integrarse en el siglo XIX con los grandes clínicos franceses y alemanes. Los hallazgos que la Sociología, la Antropología y el Psicoanálisis de Sigmund Freud (1859-1939) hicieron de manera paralela contribuyeron a aumentar los conocimientos sobre los distintos trastornos(2)

Algunas referencias históricas en Argentina

Refiere el Dr. José Ingenieros(3) que en las crónicas de las grandes ciudades coloniales: Méjico, Lima, existen anécdotas de tipo psiquiátrico. Yaún, en tradiciones más recientes, aparece algún loco. En las historias de la Inquisición en América se encuentran procesos por hechicerías, posesión diabólica, encantamientos, algunos de ellos iniciados con tormentos y no pocos que fueron terminados en la hoguera.

En la primera época se atendía a los alienados blancos en las celdas de los conventos, mientras los indios y negros que enloquecían eran alojados en las cárceles de los Cabildos. La relativa escasez de población de los núcleos urbanos hacía innecesaria la fundación de Casas de Orates.

Una división practicada por frailes y cabildantes dividía a los alienados en furiosos, deprimidos y tranquilos.

Los furiosos eran mantenidos en la cárcel “amansándolos” con ayunos, palos, duchas frías, uso de cepos, se los encadenaba a una argolla en la pared y si la excitación se prolongaba podían seguir en esta situación durante años hasta “amansarse o morir”. Algunas familias adineradas llegaron a construir calabozos en el fondo de sus casas y quintas para mantener alojado al “loco furioso” de la familia.

Las mujeres furiosas de raza blanca eran recluidas en los conventos en donde eran clientes y si eran indias o negras recibían el mismo trato de los varones.

Los deprimidos eran asistidos en su domicilio por un brujo o cura según su raza. Era común que cuando se trataba de gente acomodada se utilizaran como enfermeros a monjas o frailes de edad avanzada

Alrededor del año 1776, durante la época del virreinato, en Buenos Aires se crearon loqueros en los hospitales generales adonde se recluían algunos de los “crónicos, locos, inválidos y mendigos” que de tiempo en tiempo mandaban a recoger las autoridades municipales.

Hospital “San Martín”- Santa Catalina.-

El gobernador Vértiz ordenó que se efectuara una recogida de vagos y mendigos de la vía pública entre los que se encontraban varios alienados tranquilos en probable estado demencial; del Cabildo se pasaron al Hospital de Santa Catalina donde ya habían otros. Allí algunos dementes trabajaban como sirvientes y varios colaboraban con los betlemitas en tareas de enfermería. Hacia el año 1799 los convalescientes, maniáticos, locos y contagiosos ocupaban dos ranchos contiguos al hospital.

“...Los dementes se alojaban en unos cuartos aislados que daban a un espacioso corralón que estaba en el fondo del edificio, corral que aunque grande, estaba muy alambrado y servía a la vez (hasta 1821) de cementerio. Los desgraciados dementes que afortunadamente eran pocos en ese tiempo vegetaban sin ninguna clase de tratamiento especial...” ***Historia de la locura en Argentina - José Ingenieros**

Se refiere que en la época del gobierno de Juan Manuel de Rosas se tuvo una concepción muy singular sobre la locura.

Luego del fusilamiento de Dorrego y del alzamiento del General Lavalle un grupo de restauradores otorgó el trato de herejes y locos a quienes se opusiesen al gobierno, así surgieron motes como: locos salvajes unitarios”, “locos inmundos franceses” al producirse la intervención de Francia en el Río de la Plata, “loco traidor Urquiza”.

En Mendoza, en un decreto firmado por el gobernador Fraile Félix Aldao con fecha 31 de mayo de 1842 se establecía legalmente que todos los unitarios eran locos y debían ser considerados como tales. Los más notables de entre ellos debían recibir tratamiento en un establecimiento hospitalario. Los efectos jurídicos del decreto implicaban la incapacidad civil de los unitarios; ninguno de ellos podía contratar, testar, ser testigo ni disponer de una cantidad mayor a diez pesos.

Ante la necesidad de alguna declaración judicial de un unitario, era preciso un reconocimiento médico previo que certificase acerca de su estado mental.

Una visión distinta: la Antipsiquiatría(4)

La Antipsiquiatría es un movimiento científico que se inicia en Gran Bretaña como respuesta de algunos psiquiatras, intelectuales que consideraban que la asistencia a los pacientes psiquiátricos era catastrófica en el mundo entero. Este término acuñado por el médico inglés David G. Cooper en su libro "The Grammar of Living" aparece en uno de sus capítulos al criticar el sistema asistencial tradicional de lo que la sociedad entendía como "trastorno mental", proponiendo nuevos criterios y la erradicación del manicomio y de las instituciones similares. Lo acompañaron en el campo de la antipsiquiatría los Dres. Laing y Esterson aunque los tres actuaban de manera bastante distinta en el momento de tratar la problemática.

Se destacaron en este movimiento: en España, los Doctores Ramón García y Nicolás Caparrós, y en Italia el Dr. Franco Basaglia.

"...Quien entra en un manicomio aunque sea calificado como una institución hospitalaria, no es considerado como un enfermo, sino como un internado que va a expiar una culpa, de la que no se conoce ni las causas ni la condena; es decir, desconoce la duración de esa expiación. Por otra parte allí también hay médicos, batas blancas, enfermos y enfermeras, como si se tratara de un hospital, aunque, en realidad, no es más que un instituto de vigilancia donde la ideología médica constituye una coartada para legitimar una violencia que ningún órgano puede controlar, ya que el mandato dado al psiquiatra es total, en el sentido que él representa concretamente la ciencia, la

moral y los valores del grupo social del cual es su legítimo representante dentro de la institución...” ***Entrevista personal al Dr. Franco Basaglia - “Psiquiatría-Antipsiquiatría”-Biblioteca Salvat de Grandes Temas-Barcelona 1973.-**

APARTADO II

Salud Ocupacional

Definición de Salud Ocupacional:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) se considera a la Salud Ocupacional como:

"La rama de la salud pública que busca mantener el máximo estado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones, protegerlos de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.

En suma, adaptar el trabajo al hombre."

Otra definición: "La condición física, psíquica y social que se da en el trabajador como consecuencia de los riesgos a que se expone, derivados de su modo de incorporación en el proceso productivo en una sociedad históricamente determinada"

A nivel mundial es considerada como uno de los pilares fundamentales para lograr el desarrollo de un país, siendo la salud ocupacional una estrategia de lucha contra la pobreza, sus acciones están dirigidas a la promoción y protección de la salud de los trabajadores y la prevención de los posibles accidentes de trabajo y enfermedades derivadas de las actividades ocupacionales y las condiciones de trabajo en que se desarrollan.

En general el empleado promedio puede pasar más de un tercio del día en su trabajo. Por lo cual es muy difícil aislar enfermedades o condiciones en un sujeto, que no se relacionen de alguna manera con su actividad laboral.

Aunque a lo largo de la historia se ha progresado relativamente en cuanto al reconocimiento y control de condiciones de trabajo físicas y sus

consecuencias en la salud biológica, los aspectos psicosociales y los efectos a nivel psicológico aun suelen permanecer ignorados o sub identificados.

Es importante considerar los elementos psicológicos que están vinculados al trabajo no solo porque representan un indicador de salud según la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, sino también porque probadamente hay firmes evidencias que los relacionan con trastornos biológicos tales como las enfermedades crónicas, sin mencionar el hecho de que en algunos sitios subsiste la limitada visión cartesiana de la división cuerpo-mente.

Una de las causas de la deficiente atención a los aspectos psicológicos del trabajo es la poca presencia de teorías, modelos, metodologías e instrumentos para entender, diagnosticar e intervenir en dichos fenómenos. Recién a partir de los 70's y 80's se producen los primeros hallazgos y teorías sobre el tema.

Según un informe de la OIT del año 1999 en el mundo se producen más de un millón de muertes por año por causas asociadas al trabajo.

Accidentes de tránsito: 990000

Conflictos bélicos: 502000

Delincuencia: 563000

H.I.V. – Sida: 312000

En igual período se producen 250000000 de accidentes de trabajo, 160000000 de nuevos casos de enfermedades profesionales, 12 000 muertes de niños por accidentes de trabajo.

Solo el 10% de la población económicamente activa en países en desarrollo tiene cobertura específica para los problemas de salud en el trabajo.

Según la O.M.S. para 1990 en América Latina y el Caribe, entre los principales factores de riesgo en relación con la mortalidad, los derivados de la ocupación se encuentran en el séptimo lugar en relación con la mortalidad,

segundo lugar en años de vida con incapacidad y cuarto lugar en años potenciales de vida perdidos

Estrés laboral

El estrés influye en el desarrollo de enfermedades como: úlceras pépticas, enfermedades cardiovasculares, enfermedades mentales y enfermedades infecciosas lo que requiere una atención inmediata ya que está íntimamente relacionado con la activación del sistema autónomo simpático y endocrino, sistemas responsables de la coordinación y regulación de las funciones del organismo(5).

Si bien el estrés laboral no puede considerarse como una patología propiamente dicha, tradicionalmente se lo ha establecido como la entidad que precede y acompaña a la mayoría de los trastornos de la salud mental del sustrato ocupacional, y consistentemente existe en quienes lo sufren, un mayor riesgo de Burnout, depresión y trastornos de ansiedad. Muchas de las publicaciones sobre Salud Mental Ocupacional se ocupan del estudio del estrés como marcador de trastornos de Salud Mental..

Actualmente predominan en la investigación, sobre el origen del estrés laboral dos modelos que se complementan entre sí:

- **Control-Demanda-Apoyo.** El estrés ocurre cuando las demandas no se acompañan de adecuados niveles de toma de decisiones y/o de apoyo por parte de colegas y supervisores.
- **Desbalance Esfuerzo-Recompensa.** Hay estrés cuando se siente que el esfuerzo no se acompaña de la recompensa esperada.

Esta entidad premórbida surgiría como consecuencia de las relaciones entre 3 elementos: el trabajo en sí mismo, el ambiente de trabajo y los rasgos de los sujetos.

El estrés laboral es considerado como uno de los principales problemas para la salud del trabajador, y para el buen funcionamiento de las instituciones,

ocasionando un aumento de ausentismos, menos dedicación al trabajo, aumento de la rotación del personal, disminución del rendimiento y producción con mayor riesgo de accidentes.

Síndrome de Burnout(6)

Se define al Síndrome de Burnout como una respuesta al estrés laboral crónico propio de las profesiones de servicios caracterizadas por una atención intensa y prolongada a personas en situación de necesidad o dependencia.

El modelo más difundido deriva de investigaciones realizadas por Maslach y Jackson, quienes plantearon que era un síndrome compuesto por tres dimensiones:

Agotamiento emocional: se refiere a una pérdida progresiva de la energía vital, mayor irritabilidad y quejas constantes por la cantidad de trabajo experimentada como estar agotado debido al contacto frecuente y mantenido con personas a las que hay que atender.

Despersonalización y falta de realización personal: al desarrollo de actitudes y respuestas distantes y cínicas hacia las personas a quienes se prestan los servicios.

Agotamiento emocional y baja realización personal en el trabajo: a la presencia de un autoconcepto negativo y un creciente distanciamiento de actividades familiares y sociales, que afecta el desempeño y la relación con las personas que se atiende.

El agotamiento emocional representaría la dimensión de tensión básica del Síndrome de Burnout, en tanto que la despersonalización expresaría el contexto interpersonal en donde las personas desempeñan su trabajo y la baja realización personal en el trabajo representaría una autoevaluación respecto del propio desempeño. Leiter señaló que el Burnout también puede ser considerado como una crisis de la autoeficacia.

Para su estudio, Maslach y Jackson desarrollaron la escala MBI (Maslach Burnout Inventory) que, hasta la fecha, es el instrumento más utilizado a nivel mundial(7)

La perspectiva actual de conceptualización del Burnout es psicosocial y define a éste como un proceso en que intervienen elementos cognitivo-aptitudinales. Se diferencia de una perspectiva clínica en que se lo considera un estado mental. Esta distinción conceptual es importante dado el carácter crónico del Burnout, es decir, una respuesta prolongada a estresores laborales crónicos

El Burnout es muy frecuente en el personal sanitario, entre otros, en psicólogos, psiquiatras y enfermeros.

Para identificar las variables que actúan como desencadenantes del Burnout en personal sanitario se han investigado diversas variables personales y laborales. Las variables personales facilitadoras más estudiadas han sido el género y la edad. Al respecto, algunas investigaciones han encontrado que entre los profesionales sanitarios, las mujeres son el grupo más vulnerable, mientras que otras indican que son los hombres o que no existen diferencias significativas por género.

También los resultados de algunos resultados de estudios no encuentran una relación significativa con la edad de los profesionales y en otros el grupo más vulnerable estaría entre los 30 y 39 años de edad, mientras un tercer grupo de estudios da cuenta de un mayor nivel de agotamiento emocional y baja realización personal sobre los 44 años.

En términos generales, los resultados parecen sugerir que la edad no influye directamente en la aparición del Burnout, aunque podría relacionarse con una mayor nivel de sensibilidad, propio de los primeros años de carrera profesional, cuando se produce una transición de las expectativas idealistas y en la práctica diaria se aprende que las recompensas personales, profesionales y económicas no son las esperadas. Sin embargo, en estudios realizados en Chile se encontraron los más altos niveles de agotamiento emocional en el personal de enfermería de mayor edad.

Una evidencia más favorable se ha observado en la relación entre más horas de trabajo, más pacientes que atender y Burnout. En España, por ejemplo, en atención primaria se ha encontrado un nivel de Burnout más alto entre quienes tienen un mayor número de enfermos a cargo, permanecen más tiempo interactuando con ellos y tienen un horario más prolongado. En Chile, Ordenes encontró una relación significativa entre horas trabajadas y ocurrencia de síntomas en médicos, enfermeras, becados de medicina, kinesiólogos, paramédicos y otros), con un 50% de casos entre aquellos que trabajaban 44 horas o menos y un 80% en los que trabajaban sobre 60 horas, en tanto que en otro estudio observaron un mayor nivel de Burnout en psiquiatras de un hospital psiquiátrico que realizaban 21 o más horas semanales de psicoterapia.

A su vez, Maslach y Leiter informaron resultados que señalan que los índices de agotamiento emocional son proporcionales al tiempo ocupado en cuidados directos a los enfermos. En personal de enfermería de centros asistenciales chilenos de la Región del Bío Bío que realizaban sobre turno, Melita et al. encontró niveles intermedios.

En cuanto al esquema de trabajo, se encontraron diferencias en enfermeras con y sin turnos tanto en despersonalización como en baja realización personal. A su vez se encontraron que enfermeras con turnos rotatorios se mostraban más en baja en realización personal, mientras que se hallaron puntuaciones más altas en agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en enfermeras que trabajaban en turnos de tarde o rotatorio. Sin embargo, en estudios con personal de enfermería también se ha encontrado evidencia diferente a la mencionada según el tipo de turno laboral.

En definitiva, las investigaciones sobre Burnout en trabajadores de la salud no son concluyentes respecto del rol facilitador o inhibidor de variables sociodemográficas como el género y la edad, o de factores laborales como los años de profesión que podrían actuar como desencadenantes y el esquema de trabajo en turnos. Aun así, el estudio de estas variables continúa siendo importante.

El apoyo social es considerado uno de los recursos más importantes para manejar y enfrentar estresores cotidianos, eventos vitales o tensiones crónicas. Su ausencia es en sí misma una fuente de estrés y tiene relaciones significativas con la depresión.

Es posible distinguir dos niveles de análisis del apoyo social: el estructural y el funcional. El estructural está centrado en la dimensión más objetiva de las relaciones que constituyen la red social del individuo, y el funcional en la evaluación subjetiva del apoyo social, especialmente, en las conductas de apoyo -percepción y recepción de apoyo- y en las funciones implicadas en esas conductas. Las redes sociales proporcionan el "marco estructural" y los recursos necesarios para que el apoyo social se haga accesible al individuo desde un "marco funcional".

En general, la literatura sobre apoyo social en el trabajo nos permite afirmar que ha sido el recurso más investigado en relación al Burnout y que la evidencia en relación con la importancia de la falta de apoyo es fuertemente consistente, especialmente en la falta de apoyo que brindan los jefes o supervisores más que en la falta de apoyo de los compañeros de trabajo.-

Riesgos traumáticos.-

Los profesionales enfermeros, particularmente, son especialmente afectados por los trastornos musculoesqueléticos. Así lo demuestran investigaciones realizadas en varios países en las que la aparición de dichos trastornos, en trabajadores de enfermería, presenta tasas de prevalencia por encima del 80%.

Hoy en día, debido a la existencia de un mercado de trabajo con salarios bajos y la necesidad de satisfacer mayores demandas económicas, es muy común encontrar profesionales de la salud, especialmente de enfermería, con más de un empleo. En consecuencia estos acaban trabajando de manera precaria y sin la seguridad necesaria, lo que afecta en forma negativa a su propia calidad de vida como a la calidad de los servicios que presta por lo que resulta importante tratar que los profesionales de enfermería no estén

expuestos a situaciones de trabajo inadecuadas relacionadas con los riesgos ergonómicos.

Los riesgos de trabajo de los profesionales de enfermería reúnen muchos factores interrelacionados, de manera que ciertos tipos de actividades y las condiciones ergonómicas inadecuadas, facilitan la aparición de tales riesgos. Entre los principales factores de riesgo para los trastornos mioesqueléticos se incluyen: la organización del trabajo (aumento de las horas de trabajo, exceso de horas extraordinarias, el ritmo rápido, la falta de recursos humanos), los factores ambientales (condiciones de iluminación inadecuada e insuficiente) y la posible sobrecarga que supone estrés en los segmentos corporales bajo el influjo de ciertos movimientos, por ejemplo, una fuerza excesiva en la realización de determinadas tareas, la repetición de movimientos y posturas en el desarrollo de actividades laborales.

Estudios realizados en Brasil(8) encontraron que en ocasiones el equipo de enfermería enfrenta condiciones laborales inadecuadas en su medio ambiente de trabajo, como un desafío en su rutina diaria de asistencia y cuidado, que suele dar lugar a riesgos ergonómicos. Los principales fueron: la deficiente organización del trabajo (jornada excesiva, déficit profesional), factores relacionados con el medio ambiente (mobiliario y equipos inadecuados), y sobrecargas en los segmentos corporales.

Estos riesgos generan gran problema de salud pública debido al ausentismo, los permisos y el retiro por discapacidad. Por lo cual es muy importante que el empleado reafirme sus derechos, especialmente los relacionados con su seguridad.

Se evidencia que no hay un gran número de publicaciones en área específica de la enfermería sobre el tema. Sería así muy importante que los profesionales y estudiantes de enfermería profundizaran en el estudio de esta problemática, para lograr una difusión más amplia y una mejor comprensión que permitan proponer mayores medidas de prevención y promoción de la salud de la enfermería.

El concepto del "campo de salud" según Marc Lalonde(9)

Un inconveniente para analizar el campo de salud' ha sido el no haber contado con un marco conceptual común para subdividirlo en sus elementos principales. A partir de esa falta había resultado difícil poder establecer una buena comunicación o separar el campo de la salud en segmentos flexibles que permitiesen el análisis y la evaluación.

De un modo claro se vio la necesidad de organizar las distintas piezas en una estructura ordenada y sencilla que permitiese una rápida ubicación, dentro de ella, de casi todas las ideas, problemas o actividades relacionadas con la salud.

El concepto del campo de salud que se desarrolló, divide al mismo en cuatro amplios elementos: **biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención de salud**. Los cuatro elementos fueron identificados mediante el análisis de las causas y los factores "Health field"(en el original inglés: fundamentales) de morbilidad y mortalidad en el Canadá y la evaluación del modo en que esos elementos afectan el nivel de salud en el país.

Biología humana: incluye todos aquellos aspectos relacionados con la salud, tanto física como mental, que se desarrollan dentro del cuerpo humano como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de la constitución orgánica del individuo. Incluye la herencia genética del individuo, el proceso de madurez y envejecimiento, y los diferentes sistemas internos del organismo (el esquelético, nervioso, muscular, cardiovascular, endocrino, digestivo, etc.). Como el cuerpo humano es un complejo, las repercusiones de la biología humana en la salud son numerosas, variadas y graves, siendo innumerables las dificultades que pueden presentarse. Este elemento influye en la mortalidad, e inclusive en muchas enfermedades crónicas (artritis, diabetes, aterosclerosis, cáncer) y otras (trastornos genéticos, deformidades congénitas, retraso mental). Los problemas de salud que se originan en la biología humana traen muchas desdichas y su tratamiento es muy costoso.

Medio ambiente: incluye todos aquellos factores relacionados con la salud que se hallan fuera del cuerpo humano y sobre los cuales el individuo tiene poco o ningún control. como la inocuidad y pureza de los alimentos, cosméticos, equipos, abastecimiento de agua, etc.; el control de los peligros para la salud provenientes del aire, y del agua, y los trastornos causados por el ruido; la prevención de la diseminación de enfermedades transmisibles; la eliminación adecuada de los desechos y aguas servidas, y que el medio ambiente social, inclusive sus rápidos cambios, no produzca efectos perniciosos en la salud.

Estilo de vida: La categoría de estilo de vida, se compone de la suma de decisiones individuales que afectan la salud y sobre las cuales se puede ejercer cierto grado de control. Las decisiones y hábitos personales que son malos para la salud, crean riesgos que pueden resultar en enfermedad o muerte con lo que se puede afirmar que el estilo de vida de la víctima contribuyó o causó su propia enfermedad o defunción.

Organización de la atención de salud: consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones de personas y recursos en la prestación de la atención de salud. Incluye la medicina general, enfermería, hospitales, hogares de convalecencia, medicamentos, servicios de atención de salud pública y comunitaria, ambulancias, tratamiento dental y otros servicios de salud. Este cuarto elemento es el que se define comúnmente como el sistema de atención de salud.

Para seguir reduciendo las incapacidades y las defunciones prematuras debe dedicarse mayor atención a los primeros tres elementos del concepto.

Características del concepto del campo de salud

El concepto del campo de salud tiene muchas características que lo convierten en un instrumento poderoso para el análisis de los problemas de salud, la determinación de las necesidades de salud de los canadienses y la selección de los medios para satisfacer esas necesidades.

Una de las consecuencias evidentes del concepto del campo de salud consistió en elevar los elementos de biología humana, el medio ambiente y el estilo de vida a un nivel de importancia paralela al de la organización de la atención de salud.

Se podría decir entonces que en gran medida el concepto permite confeccionar un mapa en el que se indican las relaciones más directas entre los problemas de salud y sus causas fundamentales.

Historia de la salud ocupacional en nuestro país(10)

La Argentina fue uno de los primeros países en legislar sobre salud laboral, sin embargo en la actualidad las normas no son respetadas por empleadores públicos ni privados.

En 1914 la ley 9688 definía algunas de las enfermedades que debían ser indemnizadas por el empleador, esto sentaba bases que definieron al empleador como responsable de la salud de aquellos que empleaba en lo referido al trabajo encomendado.

Sesenta años más tarde se promulgó la ley 19587 de Higiene y Seguridad para todos los sitios de trabajo. Esta ley trata sobre la protección de la vida, prevenir, reducir, eliminar o aislar los riesgos, preservar y mantener la integridad psicofísica de los trabajadores; estimular y desarrollar la prevención de accidentes o enfermedades derivados de la actividad laboral.

Esta ley incluye la creación de Servicios de Higiene y Seguridad, Medicina del Trabajo (preventiva y asistencial), fijación de medidas mínimas de seguridad, Estadística, etc., y la reglamentación de los siguientes ítems: características constructivas de los establecimientos, protección personal del

trabajador, condiciones de higiene en los ambientes laborales (máquinas, herramientas, etc.), El cumplimiento es obligatorio para todos los empleadores y es un derecho a exigir por y para todos los trabajadores del área de la salud.

Estado actual de la legislación en la Argentina:

En 1996 entró en vigencia la Ley de Riesgo de Trabajo 24557 que plantea entre sus objetivos:

Reducir los siniestros laborales a través de la prevención de riesgos derivados del trabajo, reparar daños derivados de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales incluyendo la rehabilitación del damnificado, promover la recalificación y recolocación de los trabajadores damnificados.

Crea la obligación del empleador de asegurarse a una A.R.T., fija la obligación del empleador de cumplir con la ley 19587, define como contingencias cubiertas por la ley a los accidentes de trabajo, accidentes in itinere y enfermedades profesionales (creando un listado).

Si el empleado sufriese alguna contingencia debe recibir prestaciones :
a) En especies: médico-farmacéuticas, prótesis y ortopedia, rehabilitación y recalificación laboral. b) Dinerarias: salarios, indemnización por incapacidad.

En la ciudad de Buenos Aires los trabajadores de la salud carecen de cobertura específica frente a los riesgos del trabajo. No se conoce la existencia de servicios de Salud laboral en los términos de la ley 19587 o Convenio 161 de la OIT. Tampoco se tiene noticias de medidas tendientes a promover y proteger la salud de los trabajadores (vigilancia de la salud, vigilancia del medio ambiente de trabajo, educación para la salud, etc.) en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires. La ley no está exenta de críticas o cuestionamientos, pero no obstante ello, su incumplimiento por parte del empleador es fuente de inequidades. Si un trabajador de la salud de la ciudad de Buenos Aires sufre un accidente de trabajo o enfermedad profesional, deberá procurarse asistencia por los medios a su alcance ya que no obtendrá las prestaciones definidas por esta ley brindadas por el empleador, toda vez que éste a la fecha no haya

regularizado su situación, si bien estas cuestiones se encuentran definidas en la ley básica de salud y en la recientemente promulgada "Ley de Empleo Público".

LEY 19587: Higiene y seguridad del trabajo del 21 de Abril de 1972.

Esta ley consta de 13 artículos, entre los cuales se destacan los siguientes puntos de algunos de ellos:

Art.4: La higiene y seguridad en el trabajo comprenderá las normas técnicas y medidas sanitarias, precautorias, de tutela o de cualquier otra índole que tengan por objeto: proteger la vida, preservar y mantener la integridad psicofísica de los trabajadores; prevenir, reducir, eliminar o aislar los riesgos de los distintos centros o puestos de trabajo; estimular y desarrollar una actitud positiva respecto de la prevención de los accidentes o enfermedades que puedan derivarse de la actividad laboral.

Art.5: Habla de principios básicos y métodos de ejecución: creación de servicios de higiene y seguridad en el trabajo, y de la medicina del trabajo de carácter preventivo y asistencial. institucionalización gradual de un sistema de reglamentaciones, generales o particulares, atendiendo a condiciones ambientales o factores ecológicos y a la incidencia de las áreas o factores de riesgo, distinción a todos los efectos de esta ley entre actividades normales, penosas, riesgosas o determinantes de vejez o agotamientos prematuros y/o a las desarrolladas en lugares o ambientes insalubres, normatización de los términos utilizados en higiene y seguridad, estableciéndose definiciones concretas y uniformes para la clasificación de los accidentes, lesiones y enfermedades del trabajo. Investigación de los factores determinantes de los accidentes de trabajo, especialmente de los físicos, fisiológicos y sociológicos.

Estudio y adopción de medidas para proteger la salud y la vida del trabajador en el ámbito de sus ocupaciones, especialmente en los que atañe a los servicios prestados en tareas penosas, riesgosas, o agotamientos

prematuros y/o desarrolladas en lugares o ambientes insalubres. Aplicación de técnicas de corrección de los ambientes de trabajo en los casos en que los niveles de los elementos agresores, nocivos para la salud, sean permanentes durante la jornada de labor. Participación en todos los programas de higiene y seguridad de las instituciones especializadas, públicas y privadas, y de las asociaciones profesionales de empleadores y de trabajadores con personería gremial. Realización de exámenes médicos pre-ocupacionales y periódicos, de acuerdo a las normas que se establezcan.

Art.9: Sin perjuicio de lo que determinen especialmente los reglamentos, son también obligaciones del empleador: disponer el examen pre-ocupacional y revisión médica periódica del personal, registrando sus resultados en el respectivo legajo de salud. Mantener en buen estado de conservación, utilización, funcionamiento, instalaciones y útiles de trabajo. Promover la capacitación del personal en materia de higiene y seguridad en el trabajo. Denunciar accidentes y enfermedades del trabajo.

Art.10: Sin perjuicio de lo que determinen los reglamentos, el trabajador estará obligado a: cumplir con las normas de higiene y seguridad y con las recomendaciones que se formulen referentes a las obligaciones de uso, conservación y cuidado del equipo de protección personal, maquinarias y procesos de trabajo, someterse a exámenes médicos preventivos o periódicos y cumplir con las prescripciones e indicaciones que a tal efecto se le formulen. Colaborar con la organización de programas de formación y educación en materia de higiene y seguridad y asistir a los cursos que se dicten durante las horas de labor.

LEY 24557: Riesgos del Trabajo.

Con modificaciones introducidas por el Decreto de Necesidad y Urgencia N° 1278/00, sancionada en 1995 y promulgada el mismo año. Dentro de sus artículos se destacan los siguientes ítems:

En cuanto a los objetivos y ámbito de aplicación de la ley: reducir la siniestralidad laboral a través de la prevención de los riesgos derivados del trabajo; reparar los daños derivados de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales incluyendo la rehabilitación del trabajador damnificado; promover la recalificación y re-colocación de los trabajadores damnificados; promover la negociación colectiva laboral para la mejora de las medidas de prevención y de las prestaciones reparadoras. Los empleadores podrán auto-asegurar los riesgos del trabajo definidos en esta ley o asegurarse en una A.R.T de su libre elección según la reglamentación de contrato con los trabajadores.

Sobre la prevención de los riesgos del trabajo: habla de obligaciones de las partes; los empleadores y trabajadores comprendidos en el ámbito de esta ley así como las A.R.T están obligados a adoptar las medidas legalmente previstas para prevenir eficazmente los riesgos del trabajo, dichas partes deberán asumir compromisos completos de cumplir con las normas de higiene y seguridad en el trabajo.

En lo atinente a contingencias y situaciones cubiertas: se refiere al accidente de trabajo en sus características de lugar, ocasión o el hecho. También habla de incapacidad laboral temporaria, incapacidad laboral permanente y de la evaluación de las incapacidades dentro del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones y de la Ley de Riesgo de Trabajo.

En lo que respecta a prestaciones dinerarias: éstas gozan de las franquicias y privilegios de los créditos por alimento. Son además irrenunciables y no pueden ser cedidas ni enajenadas. Este capítulo se refiere también a las atribuibles por incapacidad laboral temporaria y/o permanente, y estipula lo que percibirá el damnificado por prestación de pago mensual de acuerdo a la reglamentación.

Prestaciones en especies: las A.R.T otorgarán a los trabajadores que sufran algunas de las contingencias previstas en esta ley, las siguientes prestaciones en especie: asistencia médica y farmacéutica, prótesis y ortopedia, rehabilitación, recalificación profesional y servicio funerario

Sobre el fondo de garantía del fondo de garantía de la L.R.T: será administrado por la S.R.T y contará con recursos de lo recaudado por el Estado por multas por incumplimiento de los empleadores; contribución de los empleadores privados auto-asegurados; la cantidad recuperada por las S.R.T de los empleadores en situación de insuficiencia patrimonial; donaciones y legados; creación de un fondo de reserva de la L.R.T administrado por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Algunas referencias en otros países latinoamericanos:

Situación en Cuba(11).-

Antes de la Revolución castrista, la protección e higiene del trabajo eran prácticamente inexistentes en el país aun cuando la legislación en esta materia data de 1930 y establecía algunos servicios médicos curativos para los centros de trabajo con más de 200 trabajadores, lo cual cumplían sólo algunas empresas.

Los servicios médicos en las industrias se usaban con un escaso número de profesionales y personal de enfermería que eran contratados por algunas horas en algunas industrias del país, generalmente y de forma paradójica, las pertenecientes a las compañías transnacionales norteamericanas.

La situación de la seguridad social era muy mala generando desigualdad de derechos de los trabajadores asegurados y desigualdad de obligaciones de estos y los patrones.

En Cuba no existían planes para el desarrollo de la protección e higiene. Aunque los ministerios de Salubridad y Trabajo poseían cuerpos de inspectores, no estaban capacitados para ello, no existían estadísticas sobre la Salud de los Trabajadores, ni se impartía esta materia en las Universidades.

Se contaba con poca cantidad de médicos y altas tasas de mortalidad infantil y enfermedades infecciosas. Solo había una escuela de Medicina

A partir de estas realidades, el Estado define la plena y total responsabilidad del mismo con la Salud y la Seguridad en el trabajo de todo el pueblo, establece de forma clara y precisa que la Salud es un derecho de todos los ciudadanos y una responsabilidad estatal, concretándose en las acciones siguientes:

En el año 1962 el Ministerio de Trabajo crea la Dirección de Protección del Trabajo, encargada de las funciones normativas metodológicas y de control de la seguridad industrial .En el 1963 se dicta la Ley de Seguridad Social, ampliándose la cobertura de todos los Trabajadores cubanos, incluyéndose a los trabajadores agrícolas. El Estado se hace responsable de la seguridad social del país, correspondiéndole al Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social el otorgar las prestaciones económicas y al Ministerio de Salud Pública la atención médica preventiva, curativa y de rehabilitación de los Trabajadores en los casos de enfermedad o accidente.

En 1964 el Consejo de Ministros, dicta las “Bases Generales para la Organización de la Protección e Higiene”, que contribuyen a las políticas del país para la protección de la Salud de los Trabajadores.

Hacia 1965: Se introduce una nueva concepción en donde se piensa en brindar atención no sólo al individuo, sino también al medio ambiente que lo rodea.

A Inicios de la década del 70 se crean los “policlínicos laborales”, en los que trabajaban médicos, enfermeras, ingenieros y otros profesionales dedicados exclusivamente y con cierta especialización en la atención integral de los trabajadores

Los primeros profesionales preparados en Higiene Ocupacional, Química Sanitaria y Medicina del Trabajo se forman en Alemania, Bulgaria, Checoslovaquia, Rumania y la desaparecida URSS.

Durante el año 1977 mediante Resolución Ministerial 216 del Consejo de Ministros se crea el Instituto de “Medicina del Trabajo”. Desde 1983 hasta 1991 se inicia la Maestría en “Salud Ocupacional” sólo para profesionales extranjeros de habla hispana. En 1996 es que la maestría implanta un nuevo programa a tono con el desarrollo general, ampliado y actualizado como “Maestría en “Salud de los Trabajadores” arrojando el siguiente resultado cuantitativo de egresados de Maestría en Cuba entre 1991-2006 en la que han egresado 121 master en Salud de los Trabajadores:

El “Instituto de Medicina del Trabajo” cambió su nombre por el actual de “Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores” hace siete años, participa actualmente en la elevación del nivel científico técnico de los profesionales del país mediante actividades docentes de Entrenamientos, Adiestramientos, Cursos, Diplomados y la Maestría en “Salud de los Trabajadores” sobre todos los elementos del área de la protección e higiene del trabajo, del ambiente laboral para desempeñar sus labores y de la Salud de los Trabajadores.

El desarrollo de esta área está encaminado a lograr una mayor y mejor vinculación a la Atención Primaria de Salud y al médico de la familia, al fortalecimiento de los Grupos Básicos de Trabajo, y lograr una mayor participación de los mismos trabajadores y directivos en la solución de los problemas del medio ambiente inmediato, al entorno laboral y a los problemas de Salud que los afecte.

Situación en Colombia(12).-

Los conceptos ligados a la protección del trabajador frente a los peligros y riesgos laborales y la legislación correspondiente, fueron aspectos prácticamente desconocidos en Colombia hasta el inicio del siglo XX.

En 1904, Rafael Uribe Uribe trata específicamente el tema de seguridad en el trabajo en lo que posteriormente se convierte en la Ley 57 de 1915 (“ley Uribe”) sobre accidentalidad laboral y enfermedades profesionales, primera ley relacionada con el tema de salud ocupacional en el país.

Los sistemas de producción existentes, basados en la explotación de mano de obra barata provocaron el retraso del establecimiento de normas en pro de la seguridad de los trabajadores

Colombia dispone de una de las legislaciones más avanzadas, así como de instituciones creadas para la protección de la salud de los trabajadores, y aun así, se presentan críticas a la aplicación del sistema por su ineficiencia y falta de mayor trabajo en prevención por el desconocimiento de la ley por parte de los trabajadores, los costos del sistema y la falta de conciencia para la prevención de los riesgos profesionales en las empresas.

Estudios existentes en otros países.-

Sobrecargas de Trabajo- Brasil(13)

RESUMEN:

Este estudio tenía como objetivo conocer la producción de América Latina sobre las cargas de trabajo, buscando identificar los marcos conceptuales clave y las distintas teorías utilizadas en las publicaciones acerca de la carga de trabajo. Se trata de una revisión integradora de la literatura, que incluía trabajos en forma de artículos, tesis o disertaciones, indexadas en la base de datos LILACS en los últimos cinco años en portugués, inglés o español. Los resultados mostraron en los 35 estudios, que en gran medida se hace ninguna referencia a la carga de trabajo. Entre los estudios cuantitativos fue el predominio del uso de la puntuación de las actividades de enfermería y de calidad entre el referencial y Noriega Laurell la carga de trabajo. Se utilizaron también, las referencias de estrés, de accidentes de trabajo, de

ergonomía y de psicopatología de trabajo. Se verifica que la categoría cargas de trabajo es significativa de la producción, así como la diversidad de áreas interesadas en el tema, sin embargo se utiliza con múltiples significados.

En estos estudios se identifica el uso de la expresión cargas de trabajo, muchas veces sin una clara conceptualización. Se ha utilizado esta categoría en referencia al conjunto de esfuerzos desarrollados por los trabajadores para cumplir con sus obligaciones laborales, incluyendo el esfuerzo físico, cognitivo y emocional, y a veces, se encuentra definido como los elementos del proceso de trabajo que interactúan dinámicamente entre sí y con el cuerpo del trabajador manifestándose como cansancio físico y mental.

Factores Psicosociales en relación con la salud mental de profesionales de Servicios Humanos.- México(14)

RESUMEN

Las Organizaciones del Servicio Humano (OSH) se caracterizan por las demandas emocionales y psicosociales que imponen a los profesionales que ahí laboran, impactando gravemente su productividad, calidad de vida y salud mental; representando consecuencias importantes para los usuarios, las instituciones y la sociedad en general. Por lo que resulta necesario identificar los factores psicosociales relacionados con el estatus de salud mental en profesionales de OSH, objetivo del presente trabajo. Se evaluaron profesionales de Enfermería, Psicología, Medicina, Trabajo Social, etc. de diferentes centros sociales en México (N=179). Se utilizaron diversas escalas validadas para la evaluación de factores psicosociales relevantes para la salud según la literatura contemporánea. Los resultados mostraron que la autoeficacia, el control emocional y la inseguridad laboral (incertidumbre por la conservación del empleo) fueron las únicas variables asociadas. La inseguridad laboral fue el predictor estadístico más importante. Se concluye que las variables psicosociales, sean personales o propias de la actividad laboral, representan factores esenciales en la definición del estatus de salud mental en profesionales de OSH y resulta importante considerar aquellas

particularmenterelevantes en determinados contextos socioeconómicos-culturales, como lo es el gran problema de la inseguridad laboral en países deLatinoamérica.

Objetivo General:

Determinar si existe una relación estadísticamente significativa entre distintos factores psicosociales y la salud mental en profesionales de servicios humanos.

Objetivos Específicos:

- Determinar si existen diferencias en las puntuaciones del cuestionario de salud mental según sexo, institución o actividad laboral de los participantes.
- Determinar si existen relaciones significativas entre la edad, la antigüedad laboral y los indicadores de salud mental.
- Identificar relaciones estadísticas significativas entre los factores psicosociales siguientes: demandas psicológicas, latitud de decisión laboral, apoyo social en el trabajo, inseguridad laboral, control emocional y autoeficacia con los indicadores de salud mental.
- Identificar el mejor predictor psicosocial (variable con mayor asociación estadística) de los indicadores de salud mental.

APARTADO III

La profesión de enfermería.-

Algunos datos de su evolución en el mundo

La evolución de la Enfermería se ha caracterizado por tener un camino largo y duro hasta que es reconocida como una disciplina, con un pasado, una historia, unos conocimientos propios y unos métodos específicos. Nuestra profesión se ha mantenido en el tiempo y se ha adaptado o incluso metamorfoseado para subsistir.

La disciplina enfermera ha ido evolucionando con los acontecimientos y con las corrientes de pensamiento que han ido sucediendo a lo largo de la historia, lo que ha supuesto situaciones de cambio dentro de ella, (principalmente visto en países como Francia, Reino Unido o Alemania) para cuyo conocimiento es necesario abordar los distintos paradigmas y concepciones que han ido configurando su desarrollo en conjunto con otras ciencias

Vemos que en la España del siglo XVIII se expande la necesidad de tratamiento sanitario, pero no se cuenta con quienes tengan una formación precisa en la Universidad. La necesidad creará a los trabajadores para atender las mismas: médicos subordinados sin esos estudios en la Universidad, que serán muy numerosos en España y en los distintos países de América Latina. Se trata de los sangradores e incluso de los denominados ministrantes (médicos sin titulación formados en la práctica con médicos profesionales), y que actuarán como auxiliares(15).

De acuerdo con las normativas establecidas en Francia y otros países algunos años atrás, en 1915 se creó en España el Título de Enfermería; los enfermeros/as agrupaban a los Practicantes (hombres), las Enfermeras (mujeres) y a las Matronas. En 1953, dado que en la práctica no se había desarrollado la normativa, se produce la unificación de estos tres profesionales con el nacimiento de los ATS (Ayudantes Técnicos Sanitarios). Finalmente, a partir de la primera mitad de los años ochenta la integración definitiva en la

Universidad convertirá a los antiguos ATS en Diplomados Universitarios en Enfermería, que en fechas muy recientes, con la aplicación en España de la Reforma del Espacio Europeo de la Educación Superior, ha conducido al Grado en Enfermería.

Sobre la Enfermería Psiquiátrica

El cuidado de los enfermos mentales ha estado históricamente asociado a formas y modos de relación con el paciente muy cuestionados por la sociedad actual. Desde el mito o la realidad quienes realizaban dicha tarea han sido calificados como sujetos extraños, violentos, “medio locos”

Teorías de Enfermería que sirven para el trabajo enfermero en psiquiatría(16):

Desde los primeros tiempos en que se comenzaron a bosquejar teorías de enfermería se tomó como punto principal la suposición de que cada individuo es una combinación única de distintos factores físicos, emocionales, cognitivos y espirituales que no es posible separar.

Este énfasis en la visión holística se visualizó ya con Florence Nightingale, y es en el año 1952, al publicarse “Relaciones interpersonales en enfermería” de Hildegard Peplau donde se llega a definir a la enfermería como un proceso interpersonal, siendo sus conceptos principales el crecimiento, el desarrollo, la comunicación y los roles.

El núcleo de esta teoría es la relación terapéutica enfermero-paciente y, dentro de esta relación se desarrolla la comunicación como un proceso reparador de problemas al ir asumiendo la enfermera distintos roles para ayudar al paciente en la cobertura de distintas necesidades y colaborando también en su crecimiento y desarrollo continuos. Peplau creía que se

reforzaban sus personalidades si se podían resolver conflictos y ansiedades de los mismos pacientes.

Esta teorista se ubicó muy por delante de sus contemporáneos estableciendo un interesante campo de trabajo para quienes la sucedieron y aún hoy continua siendo una inspiración para el desarrollo de teorías y prácticas en el campo de la salud mental.

Hay otras teoristas como Ida Jean Orlando, Dorothy Johnson, Imogene King, Juane Mellow (como algo novedoso trabajó, a diferencia de otras colegas, desde el psicoanálisis), Dorotea Orem, Marta Rogers, Callista Roy, hicieron sus aportes al campo de la salud mental.

Algunos datos desde la O. M. S.

El proyecto Atlas, un nuevo proyecto de la Organización Mundial de la Salud (2001) cuyo objeto es cartografiar los recursos de salud mental en todo el mundo, proporciona una instantánea sobre la situación basal de los países, en lo que respecta a este importante aspecto de la salud pública. Crece la evidencia de que muchos países no están preparados para hacer frente al aumento previsto de los trastornos mentales y conductuales por falta de políticas, programas y recursos.

Actualmente se dispone de los resultados del análisis de la información correspondiente a 185 países (96,9% de todos los Estados Miembros) que abarcan al 99,3% de la población mundial. De los países estudiados:

- el 41% no dispone de una política de salud mental;
- el 25% carece de legislación sobre salud mental;
- el 28% no posee un presupuesto independiente para la salud mental;
- el 41% no dispone de centros de tratamiento para los trastornos mentales graves en el ámbito de la atención primaria;
- el 37% carece de centros de atención comunitaria;

- un 65% de las camas para enfermos mentales se encuentran en hospitales psiquiátricos.

El Proyecto Atlas se concibió como un instrumento destinado a proporcionar a los formuladores de políticas y a la O.M.S., datos que ayudasen a priorizar las necesidades y a diseñar programas. Si bien existe una gran cantidad de información sobre la prevalencia y la carga de trastornos mentales, no se conoce lo suficiente sobre los recursos existentes para reducir esa carga.

Empieza así a colmarse esa laguna de conocimientos y ayuda a los países a abocarse a sus necesidades específicas de atención de salud mental.

En el citado proyecto, se destina un apartado a la enfermería psiquiátrica, en el cual se abordan los siguientes aspectos:

Resultados principales:

- La media de enfermeras psiquiátricas por 100.000 habitantes es de 13.
- Aproximadamente un 44% de la población sólo tiene acceso a menos de una enfermera psiquiátrica por 100.000 habitantes (el número medio oscila entre 0,1 por 100.000 habitantes en países con bajos ingresos a 33,5 por 100.000 habitantes en países con altos ingresos).
- Mientras que en los países de la región de africana de la OMS sólo se dispone de unas 12.000 enfermeras psiquiátricas para una población de unos 626 millones de habitantes, la Región de Europa posee más de 285.000 para una población de unos 841 millones de personas.
- Más del 93% de los países con ingresos bajos cuentan con menos de 10 enfermeras psiquiátricas por 100.000 habitantes, pero también se registra esta deficiencia aproximadamente en la tercera parte de los países con ingresos altos.

Algunas referencias internacionales sobre la enfermería de Salud Mental en Países de la Comunidad Europea(17)

El 27 de junio de 1977, el Consejo de las Comunidades Europeas adoptó Directivas sobre reconocimiento mutuo de diplomas de enfermeros de asistencia general y coordinación de la normativa sobre la actividad de dichos enfermeros.

Las directivas no sólo regulaban la formación de enfermeros de asistencia general, sino que, como cuestión prioritaria, el Comité consultivo de formación de enfermeros se planteó la cuestión de si era deseable y factible regular de manera similar la formación de enfermeros especialistas.

El 24 de febrero de 1984, el Comité consultivo publicó un informe sobre enfermería psiquiátrica en la Comunidad Europea. En dicho informe se realizaba un análisis concreto de la situación de la enfermería psiquiátrica en los Estados miembros y sugería sistemas para el reconocimiento mutuo de diplomas y la libertad de movimiento de los enfermeros de esta especialidad.

Para obtener un reconocimiento mutuo de especialista en salud mental, la persona interesada debería acreditar alguno de los siguientes periodos formativos: Una formación específica básica de asistencia psiquiátrica, con una duración mínima de tres años o 4.600 horas de instrucción teórica y clínica. Una formación especializada de asistencia psiquiátrica para personas que tengan el diploma de enfermero de asistencia general, con una duración mínima de 12 meses o 1.500 horas de formación teórica y clínica.

Los estados miembros con programas formativos específicos de enfermería de salud mental eran los siguientes:

En Alemania, Francia, Holanda los profesionales de enfermería general están cualificados para el trabajo en el campo de la enfermería psiquiátrica.

En Bélgica aunque los hospitales y otras instituciones suelen preferir profesionales con diplomas de especialidad de enfermería psiquiátrica para trabajar en el campo de la salud mental, no existe una prohibición legal que

impida a los profesionales de la enfermería general ejercer la enfermería psiquiátrica.

En Irlanda y Luxemburgo para ejercer en el campo de la salud mental, el profesional de enfermería debe poseer la titulación de enfermería psiquiátrica.

En el Reino Unido para ejercer en el campo de la Psiquiatría, si bien no existe impedimento legal para que el enfermero de cuidados generales trabaje en un ámbito psiquiátrico, por razones históricas ello no sucede en la realidad.

Las materias incluidas en la formación teórica muestran que todos los países cubren la mayoría de las materias principales: Enfermería general, Enfermería psiquiátrica, Psiquiatría, Neuroanatomía, Neuropatología, Asistencia neurológica, Prevención e Higiene, Ciencias sociales y Psicología, Educación (terapia ocupacional), Expresión, Ejercicios, Legislación, Deontología, Gestión, Otras (opciones)

Todos los países dividen la formación clínica entre pacientes de estancia breve, de larga estancia, geriatría o psiquiatría infantil, rehabilitación, resocialización y terapia ocupacional.

Reconocimiento de titulaciones de Enfermería

En Europa:

En la actualidad, la Unión Europea dispone de un sistema general de reconocimiento de títulos para la mayoría de las profesiones reguladas. Por tanto, si un ciudadano comunitario desea ejercer una profesión regulada en el país de acogida, debe solicitar el reconocimiento de su título a las autoridades competentes del país en el que desee trabajar. Si dichas autoridades encuentran diferencias importantes de duración o contenido entre su formación y la exigida en el país de acogida, podrán pedirle que acredite una experiencia profesional que complete su formación o que realice un curso de adaptación o una prueba de aptitud.

Sin embargo, existen dos posibilidades si se desea ejercer en un Estado en que la profesión (especializada) es ejercida por enfermeros de cuidados

generales: si la especialización del enfermero especializado es posterior a una de las titulaciones recogidas en la directiva para los enfermeros de cuidados generales, entonces el reconocimiento de su titulación es automático; si no es éste el caso, el Estado miembro tiene que tomar en consideración las cualificaciones del migrante y proceder a un examen comparativo con la formación requerida.

Estas sentencias imponen a todo Estado miembro a tener en cuenta los títulos obtenidos en otro Estado miembro, comparando para ello los conocimientos y las aptitudes acreditados.

En Estados Unidos:

El National Council of State Boards of Nursing (NCSBN) es un organismo federal que regula las titulaciones de enfermería en Estados Unidos. La “Ley del ejercicio profesional de la enfermería” (Nurse Practice Act), regulada por las “Juntas Estatales de Enfermería” (State Boards of Nursing) de cada Estado, es la normativa fundamental para la reglamentación del ejercicio de la enfermería en el ámbito estatal.

Hay tres tipos de programas para la preparación de enfermeros profesionales: programas universitarios que confieren el grado de Licenciado en Enfermería; Diploma en Enfermería otorgado por programas hospitalarios con una duración media de 3 años y programas de grado asociado que corresponde a dos o tres años en universidades o colegios comunitarios

La enfermería es ejercida en las áreas de enfermería general, quirúrgica, pediátrica, materno infantil y psiquiátrica. El personal de enfermería registrado en las juntas estatales está autorizado para ejercer la práctica de la enfermería.

En relación a la enfermería de salud mental, se resalta que en 1946 la Ley Nacional de Salud Mental (The National Mental Health Act) autorizó la creación del Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health), promoviendo, entre otros, los recursos para integrar los conceptos de salud mental en los programas formativos de enfermería. Esta Ley también puso en marcha los programas formativos universitarios para la enfermería de

salud mental, siendo ésta la primera especialidad de enfermería que adquiriría el rango de universitaria.

En la actualidad, la mayoría de los 48 estados autorizan la prescripción de medicación, pero sólo a aquellos CNS que estén acreditados por un organismo federal (ANA) como especialistas en enfermería de salud mental. Esto ha llevado a los enfermeros especialistas en salud mental a pasar de monitorizar la medicación psiquiátrica prescrita por otros clínicos a proporcionar de manera primaria los cuidados psicofarmacológicos. En algunas jurisdicciones, es necesario probar que se conserva la competencia profesional.

EN NUESTRO PAÍS:

IMPLICANCIAS DE LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N° 26657 EN EL HACER ENFERMERO.

Teniendo en cuenta algunas consideraciones que expone la nueva ley de Salud Mental, Ley N° 26.657, (*Aprobada por el Senado el 25 de noviembre de 2010 e impulsada por el Ministerio de Salud, el Inadi, la Secretaría de Derechos Humanos, la Defensoría General de la Nación, asociaciones de familiares de pacientes y usuarios de servicios de salud mental y promulgada en Diciembre 2 de 2010) que reformula en buena medida la atención y el tratamiento del paciente psiquiátrico, priorizando, sobre todo, el respeto de los derechos del mismo por parte de los sistema de salud y judicial, consideramos que sería importante realizar una investigación sobre el rol actual y la proyección de nuestra profesión dentro de este nuevo marco, buscando la adecuación de nuestro rol dentro del equipo de salud.

Atendiendo a todo esto, es preciso aprovechar todos los beneficios que podría traer para el ejercicio de la profesión el poder analizar el texto de la citada ley.

Vemos que en su artículo 8º se proclama que debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrándose a la enfermería por primera vez a éste. “...Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, **enfermería**, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes...”

En el artículo 13º se reconoce la igualdad de condiciones que tienen los títulos de grado de los enfermeros para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, así como el derecho junto a otros integrantes de los equipos de salud a la capacitación permanente y la protección integral de su salud ”

Así también observamos que, a través del artículo 27º se deja constancia sobre la prohibición de la creación de nuevas instituciones de internación psiquiátrica, públicas o privadas. También se indica que, respecto a los que están en funcionamiento, se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución por los dispositivos previstos. Todo esto nos hace presuponer que debe orquestarse toda una nueva concepción de las aplicaciones de la labor enfermera en atención a la administración de cuidados y contenciones ya sean físicas y/o afectivas al paciente psiquiátrico. Quedando aclarado que todo esto no implica una afectación del personal en sus fuentes laborales ni en los derechos ya adquiridos.

En el artículo 28º se indica que ante la necesidad de internaciones de pacientes psiquiátricos, las mismas se deberán realizar en hospitales generales. A tal efecto las instituciones hospitalarias de la red pública deberían contar con los recursos que hagan falta.

En el artículo 33º se hacen recomendaciones a las instituciones educativas superiores para que se haga hincapié, durante la formación de los profesionales sanitarios, sobre los principios, políticas y dispositivos que impone esta ley, de igual modo queda clara la idea de capacitar y mantener actualizados a profesionales de servicios públicos de todo el país.

Atendiendo a todas estos datos se evidencia la importancia de poder delimitar cuales serían las acciones del personal de enfermería en el citado contexto.

Dentro de este contexto los profesionales enfermeros desarrollan tareas de atención y contención de los pacientes que concurren, e inclusive, deben ser internados para resolver una situación de crisis y para reacomodar su tratamiento.

El enfermero, aun cuando es un profesional, que por su mal reconocimiento salarial se ve precisado a multiplicar sus actividades laborales, viene demostrando, a través del tiempo, interés en mejorar su formación. Esto ha quedado demostrado en el aumento de la matrícula de los establecimientos educativos de enseñanza de enfermería profesional y universitaria tanto privados como estatales.

Trabajos anteriores muestran que en el Hospital "El Sauce" hacia finales del año 2006 los enfermeros profesionales eran el 40% del personal enfermero y los auxiliares el 46%, en tanto en la actualidad quedan solo algunos auxiliares y ya a poco tiempo de tener edad para jubilarse. También los licenciados de enfermería que constituían el 8% pasaron a un porcentaje de 14,5% del total

Dentro del sistema impresiona que la profesión, con las excepciones que puedan verse, no llega a ser vista por los otros profesionales sanitarios con la consideración y respeto que pretendemos.

Si consideramos que el personal de enfermería es el sector que más tiempo permanece en contacto con el paciente, sin lugar a dudas es preciso que se procure aumentar el nivel de sus conocimientos para poder ejercer con mayor eficacia y eficiencia sus tareas.

En el ejercicio de nuestra profesión la aplicación de la nueva ley de Salud Mental nos exige que debamos procurar que determinadas

acciones de enfermería sean protocolizadas a fin de poder delimitar responsabilidades.

TAREAS QUE CARACTERIZAN AL ENFERMERO PSIQUIATRICO EN EL HOSPITAL EN ESTUDIO

Recepción y/o entrevistas del paciente al ingreso - Control de signos vitales - Control de ingesta y/o colaboración en ingesta de alimentos - Acompañamiento en tareas de recreación - Observación y evaluación permanente de conductas del paciente - Aplicación de tratamiento vía oral o parenteral - Contención psicológica a pacientes y/o familiares - Contención física según necesidad e indicación médica - Control o ayuda para asegurar higiene y/o confort del paciente - Curaciones planas, sondaje vesical o nasogástrico según necesidad - Acondicionamiento de la unidad del paciente - Traslado a interconsultas, eventualmente puede ser en el exterior - Acompañamiento del paciente para realizar trámites varios - Traslado de pacientes a sus lugares de origen a otras provincias - Asesoramiento a paciente y/o familiares sobre problemas de salud - Gestión de recetas de medicación en farmacia - Llenado de registros de enfermería.

Entrevistas a profesionales médicos

Tomando en cuenta algunos de los datos obtenidos a través de las encuestas realizadas y a los efectos de poder redondear algunos conceptos sobre la situación de la salud ocupacional de los enfermeros del hospital consideramos de importancia poder contar con los puntos de vista de otros profesionales del equipo terapéutico. Específicamente se contó con la colaboración de tres profesionales médicos (dos psiquiatras y un médico de familia) que se prestaron a entrevistas personales que resultaron en aportes muy valiosos cuando llegó el momento de elaborar las conclusiones y propuestas.

Citas Bibliográficas

1. **Foucault, Michel.***Historia de la locura en la época clásica- (pag.1-10).* [texto digitalizado] s.l. : www.librodot.com.
2. **Biblioteca Salvat de Grandes Temas.**"*Psiquiatría-Antipsiquiatría*". Barcelona : Salvat, 1973.
3. **Ingenieros, José.***La Locura en Argentina.* [Texto digitalizado] s.l. : <http://itematika.com/ar>, 1919.
4. **Biblioteca Salvat de los grandes temas.**"*Psiquiatría-Antipsiquiatría*". Barcelona : Salvat, 1973.
5. *Característica del estrés* . [Revista trimestral electrónica] Murcia - España : Universidad de Murcia - .
6. **Avendaño, Bustos, et al.***Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público.* [Revista electrónica] Concepción - Chile : Ciencia y Enfermería XV versión On-line, 2009.
7. **Jackson, Maslach y.***Maslach Burnout Inventory.*
8. **De Souza, C.- Lima Da Silva et al.***Riesgos ergonómicos de lesión por esfuerzo repetitivo del pers.de enfermería en el hospital.* [Revista Electrónica Trimestral Enfermería Global] Murcia - España : Universidad de Murcia, Junio - 2011.
9. **Lalonde, M.**"*A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document.*". [Information Canadá] Ottawa - Canadá : s.n., 1975.
10. **Dr. Basile.** Legislación sobre salud laboral: historia, estado actual. [En línea] Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires. [Citado el: 20 de julio de 2013.]
11. Infomed. *Portal de la Red de Salud de Cuba.* [En línea] Red de Salud de Cuba, 6 de enero de 2011.
12. **Lizarazoa, C. et al.** . Sitio de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social. [En línea] [Citado el: 27 de julio de 2013.]
13. **Trindade, L. et al.**:*Revisión de la producción teórica latinoamericana sobre cargas de trabajo.- (Brasil).* [Revista Enfermería Global Nº 29] s.l. : Universidad de Murcia - España, Enero 2013.
14. **García, Arturo Juárez.***Fact. Psicosociales en rel. c/la salud mental de profes. de Serv. Humanos - México.* [Ciencias del trabajo] Iztacala - : s.n., 2004.
15. ***García García, I. **Gozalbes Cravioto, E.***Surgimiento y desarrollo de la Historia de la Enfermería en España.* [Enfermería Global Nº 30] Murcia - España : Universidad de Murcia, abril 2013.

16. **Cook, J.S. - Fontaine, K.L.** *Fundamentos Esenciales de Enfermería en Salud Mental* -Pags.47 a 53. Distrito Federal - México : Interamericana-Mc Graw-Hill, octubre 1993.

17. **Cubillana de la Cruz, P.** *Análisis de una experiencia formativa en el Reino Unido*. Sevilla : s.n., Febrero 2002.

CAPITULO II

“DISEÑO METODOLÓGICO”

DISEÑO METODOLÓGICO.-

Tipo de estudio:

Descriptivo: describe el fenómeno sin existir manipulación de las variables por parte de los investigadores, demuestra asociación entre las variables.-

Transversal: estudia el fenómeno en un punto del tiempo determinado.-

Aplicable: porque busca soluciones a los problemas encontrados.-

Cuantitativo: porque las variables que se relacionan o asocian están cuantificadas.-

Microsociológico: porque el estudio se realiza sobre una comunidad reducida.-

Exploratorio: porque busca explicar el fenómeno en estudio y las condiciones en que ello ocurre.-

Área de estudio:

El estudio se llevará a cabo en el Hospital “El Sauce” ubicado en el distrito “El Sauce” – Departamento de Guaymallén – Provincia de Mendoza y dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia.-

Universo y muestra:

Se tomará el universo de los 80 enfermeros que trabajan en el Hospital Psiquiátrico “El Sauce”.-

Unidad de Análisis:

Cada uno de los enfermeros que trabajan en el Hospital “El Sauce”.-

Método de recolección de datos:

Se utilizarán datos de fuentes indirectas proporcionados por el mismo hospital y de fuentes directas a través de entrevistas y encuestas estructuradas de tipo personal.

Métodos de tabulación y análisis:

Construcción de una tabla matriz de los datos obtenidos y cruce de datos, de la misma en tablas de doble entrada y de frecuencias de entrada simple con presentación de gráficos de barra y de torta y las correspondientes conclusiones.

Observación directa.-

CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.-

Definición de los términos.-

Determinantes: Tomando el modelo de determinantes de la salud de Marc Lalonde del año 1974 podemos ver la importancia de los factores de biología humana, medio ambiente, estilos de vida y conductas de salud y sistemas de asistencia sanitaria que en el ejercicio de la profesión enfermera son altamente influenciadores en el estado de la salud ocupacional

Salud Ocupacional: Tomamos a ésta como el óptimo estado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores, necesario, para poder ejercer con eficacia y eficiencia todas las tareas inherentes a nuestra profesión, así como el procurar las mejores condiciones de trabajo en las que se desarrollan.

Enfermero psiquiátrico: Personal de enfermería con grado de estudio de auxiliar de enfermería, enfermero profesional o Licenciado de Enfermería que realiza tareas de cuidado y atención de pacientes, fundamentalmente con afectaciones en su salud mental, en cualquiera de los servicios de atención del hospital psiquiátrico “El Sauce”.

Conceptualización de las variables utilizadas en el formulario de la encuesta.-

Edad: años de vida al momento de la entrevista

Sexo: de la persona encuestada

Estado Civil: Situación en el momento de la entrevista.-

Nivel de formación: al momento de la entrevista y si está cursando estudios en el presente (en cualquiera de los niveles: profesional, licenciatura o postgrado)

Antigüedad laboral: años de antigüedad laboral en el lugar de referencia.-

Estado de salud del personal: Si no presenta ninguna patología, si está cursando alguna patología aguda en el momento actual o si sufre alguna patología crónica, si en alguna oportunidad ha tenido parte de tipo psiquiátrico

Otra ocupación: Si tiene otra ocupación laboral más.

Horas semanales de trabajo: hasta 40 hs. En una sola ocupación o más de 40 si tiene más de una ocupación laboral

Factibilidad de cambios de horarios: si tiene posibilidades ciertas de realizar cambios de horarios dentro de la institución.

Pacientes a cargo: si el trabajo está organizado de manera de tener pacientes a su cargo de manera total

Tareas desvirtuadas: si dentro de su rutina debe realizar tareas que considera que no corresponden a las tareas de un enfermero.

Relación con los compañeros: clasifica en tres niveles posibles como considera la relación con los otros compañeros

Relación con los profesionales: clasifica en tres niveles posibles la relación con otros profesionales del equipo terapéutico

Relación con los pacientes: clasifica en tres niveles posibles la relación que puede establecer con los pacientes que atiende

Satisfacción por las actividades que realiza: clasifica en tres niveles posibles la satisfacción que pudiera sentir por las actividades que realiza en el desarrollo de sus actividades laborales dentro de la institución de referencia.

Distribución de tareas: Se refiere a si sus labores diarias se realizan con esa modalidad del trabajo.

Existencia de protocolos: si dentro de sus actividades profesionales existen protocolos escritos que guíen determinadas prácticas enfermeras que requieren determinar niveles de responsabilidad.

Participación en revistas de sala: Si tiene participación en las revistas de sala de su servicio

Capacitación recibida: si recibe algún tipo de capacitación laboral dentro de la institución.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.-

Variable independiente: Determinantes de la salud ocupacional

Variable dependiente: La salud ocupacional de los enfermeros del hospital "El Sauce"

DATOS PERSONALES.-

Edad.-

21 a 25 años.

26 a 30 años.

31 a 35 años.

36 a 40 años.

+ de 40 años.

Sexo:

Masculino.

Femenino.

Estado Civil:

Soltero/a.

Casado/a.

Unión de hecho.

Divorciado/a.

Viudo/a.

Nivel de Formación:

Auxiliar de enfermería.

Enfermero Profesional.

Licenciado en Enfermería.

Cursando estudios actualmente.

Antigüedad Laboral:

00 a 5 años.

06 a 10 años.

11 a 15 años.

16 a 20 años.

+ de 20 años.

Estado de salud del personal:

Sin patología.

Patología crónica.

Patología aguda en tratamiento.

SOBRECARGA LABORAL.-

Otra Ocupación:

Sí.

No.

Horas semanales de trabajo.-

≤ a 40.

Más de 40.-

Factibilidad de cambios de horarios:

Sí.

No.

Pacientes a cargo:

Siempre.

A veces.

Nunca.

Tareas desvirtuadas:

Siempre.

A veces.

Nunca.

CLIMA LABORAL.-

Relación con compañeros:

Muy buena.

Buena.

Regular.

Mala.

Relación con otros profesionales:

Muy buena.

Buena.

Regular.

Mala.

Relación con los pacientes:

Muy buena.

Buena.

Regular.

Mala.

Satisfacción por las actividades que realiza:

Siempre.

A veces.

Nunca.

ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO.-

Distribución de tareas:

Siempre.

A veces.

Nunca.

Existencia de protocolos:

Sí.

No.

Participación en revistas de sala.-

Siempre.

A veces.

Nunca.

Capacitación recibida:

Siempre.

A veces.

Nunca.

CODIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.

DATOS PERSONALES.-

1.- Edad.-

- 1.1. 21 a 25 años.
- 1.2. 26 a 30 años.
- 1.3. 31 a 35 años.
- 1.4. 36 a 40 años.
- 1.5. + de 40 años.

2.- Sexo:

- 2.1. Masculino.
- 2.2. Femenino.

3.- Estado Civil:

- 3.1. Soltero/a.
- 3.2. Casado/a.
- 3.3. Unión de hecho.
- 3.4. Divorciado/a.
- 3.5. Viudo/a.

4.- Nivel de Formación:

- 4.1. Auxiliar de enfermería.
- 4.2. Enfermero Profesional.
- 4.3. Licenciado en Enfermería.
- 4.4. Cursando estudios actualmente.

5.- Antigüedad Laboral:

- 5.1. 00 a 5 años.
- 5.2. 06 a 10 años.
- 5.3. 11 a 15 años.
- 5.4. 16 a 20 años.
- 5.5. + de 20 años.

6.- Estado de salud del personal:

- 6.1 Sin patología.
- 6.2. Patología crónica.
- 6.3. Patología aguda en tratamiento.

SOBRECARGA LABORAL.-

7.- Otra Ocupación:

- 7.1. Sí.
- 7.2. No.

8.- Horas semanales de trabajo.-

- 8.1. \leq a 40.
- 8.2. Más de 40.-

9.- Factibilidad de cambios de horarios:

- 9.1. Sí.
- 9.2. No.

10.- Pacientes a cargo:

10.1. Siempre.

10.2. A veces.

10.3. Nunca.

11.- Tareas desvirtuadas:

11.1. Siempre.

11.2. A veces.

11.3. Nunca.

CLIMA LABORAL.-

12.- Relación con compañeros:

12.1. Muy buena.

12.2. Buena.

12.3. Regular.

12.4. Mala.

13.- Relación con otros profesionales:

13.1. Muy buena.

13.2. Buena.

13.3. Regular.

13.4. Mala.

14.- Relación con los pacientes:

14.1. Muy buena.

14.2. Buena.

14.3. Regular.

14.4. Mala.

15.- Satisfacción por las actividades que realiza:

15.1. Siempre.

15.2. A veces.

15.3. Nunca.

ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO.-

16.- Distribución de tareas:

16.1. Siempre.

16.2. A veces.

16.2. Nunca.

17.- Existencia de protocolos:

17.1. Si.

17.2. No.

18.- Participación en revistas de sala.-

18.1. Siempre.

18.2. A veces.

18.3. Nunca.

19.- Capacitación recibida:

19.1. Siempre.

19.2. A veces.

19.3. Nunca.

CAPITULO III

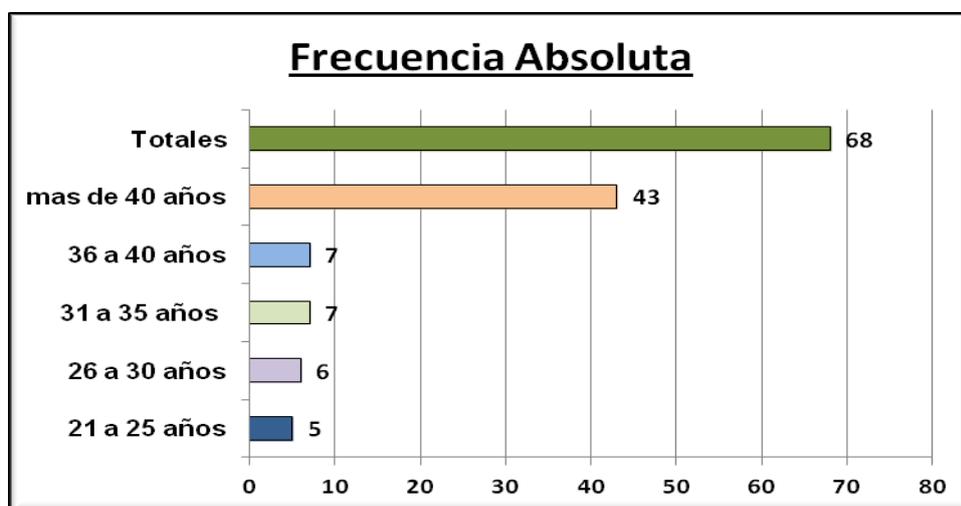
CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

TABLA N° 1 – Personal de enfermería en estudio, “Edad”. Hospital “El Sauce”, Mendoza 2° Semestre 2013.-

1.TABLA DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE				
1. EDAD	Fcia.Absoluta	Fcia. Rel.prop	Fcia.rel.porc.	Fcia.acum.
1.1 21 a 25 años	5	0,08	8%	8%
1.2 26 a 30 años	6	0,09	9%	17%
1.3 31 a 35 años	7	0,1	10%	27%
1.4 36 a 40 años	7	0,1	10%	37%
mas de 40 años	43	0,63	63%	100%
Totales	68	1	100%	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores según Encuesta anónima con preguntas de tipo cerrado. Mendoza, 2013.-

GRÁFICON° 1



Comentario:

De la muestra tomada en el mes de setiembre 2013 surge que:

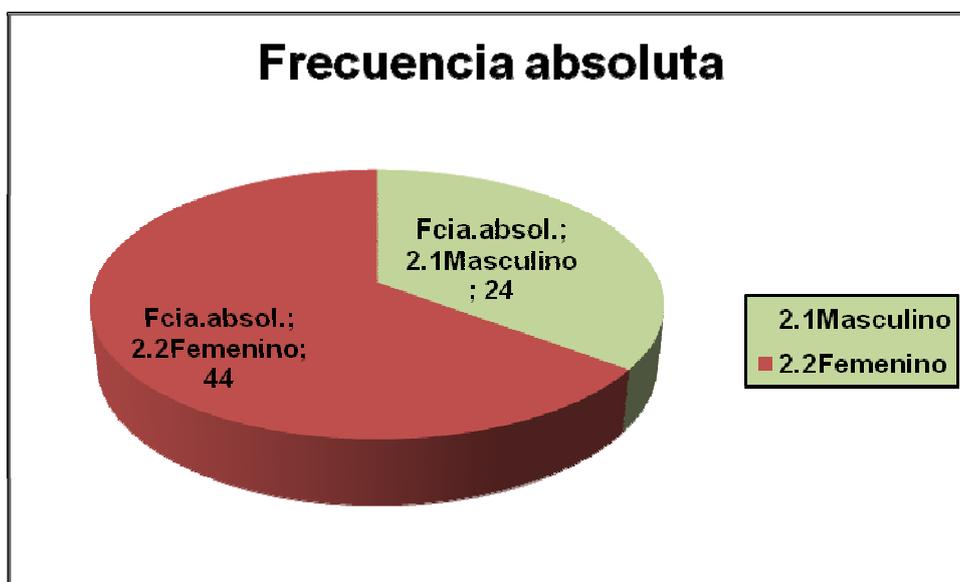
“Las edades preponderantes dentro de la conformación del plantel de enfermería se encuentran desde el punto de vista de la psicología evolutiva, dentro de las que presentan una importante maduración personal. y si bien, desde determinado punto de vista, esto constituye un factor positivo para el desarrollo de futuras acciones, por otro lado aumenta el riesgo de predisposición al estrés .

TABLA N° 2 – Personal de enfermería en estudio, “Sexo”. Hospital “El Sauce”, Mendoza 2° Semestre 2013.-

2.TABLA DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE				
2. SEXO	Fcia.absol.	Fr.rel.prop.	Fr.rel.porc.	Frec.acum.
2.1Masculino	24	0,35	35%	35%
2.2Femenino	44	0,65	65%	100%
Totales	68	1	100%	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores según Encuesta anónima con preguntas de tipo cerrado. Mendoza, 2013.-

GRÁFICO N° 2.-



Comentario:

De la muestra tomada en el mes de setiembre 2013 surge que:

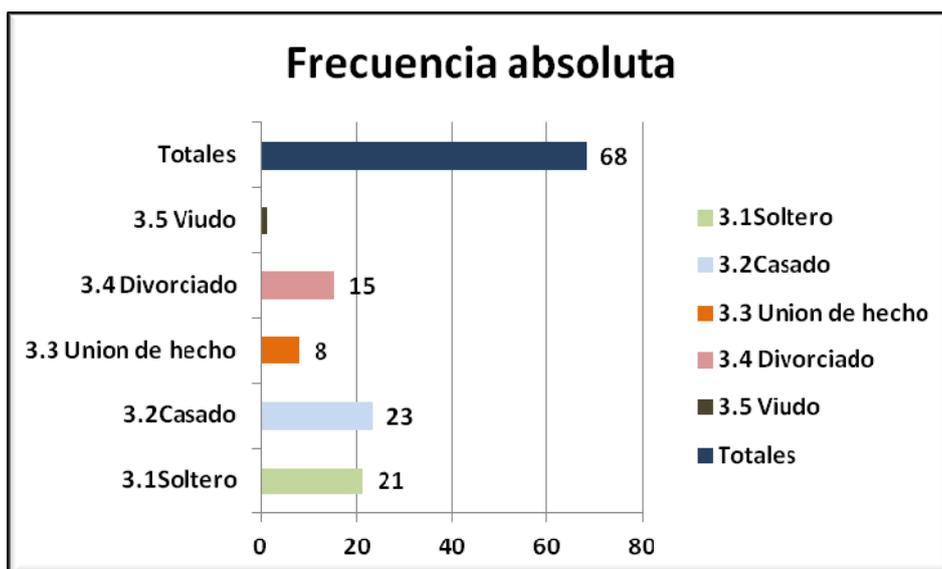
“Se observa una relación porcentual de 65 a 32% en la preponderancia del plantel femenino, estableciendo un aumento en esta proporción con respecto a un estudio anterior hecho en el año 2006 donde esta relación era 54 a 46%. Si bien históricamente el trabajo de enfermería ha estado asociado al sexo femenino, es de importancia aumentar el plantel masculino en favor de poder contar con personal con mayor fuerza y presencia física”.

TABLA N° 3 – Personal de enfermería en estudio, “Estado Civil”. Hospital “El Sauce”, Mendoza, 2° Semestre 2013.-

3.TABLA DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE				
3. ESTADO CIVIL	Fcia.absoluta	Fcia.rel.prop.	Fcia.rel.porc.	Fcia.acum.
3.1Soltero	21	0,31	31%	31%
3.2Casado	23	0,34	34%	65%
3.3 Unión de hecho	8	0,13	13%	78%
3.4 Divorciado	15	0,21	21%	99%
3.5 Viudo	1	0,01	1%	100%
Totales	68	1	100%	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores según Encuesta anónima con preguntas de tipo cerrado. Mendoza, 2013.-

GRÁFICO N° 3.-



Comentario:

De la muestra tomada en el mes de setiembre 2013 surge que:

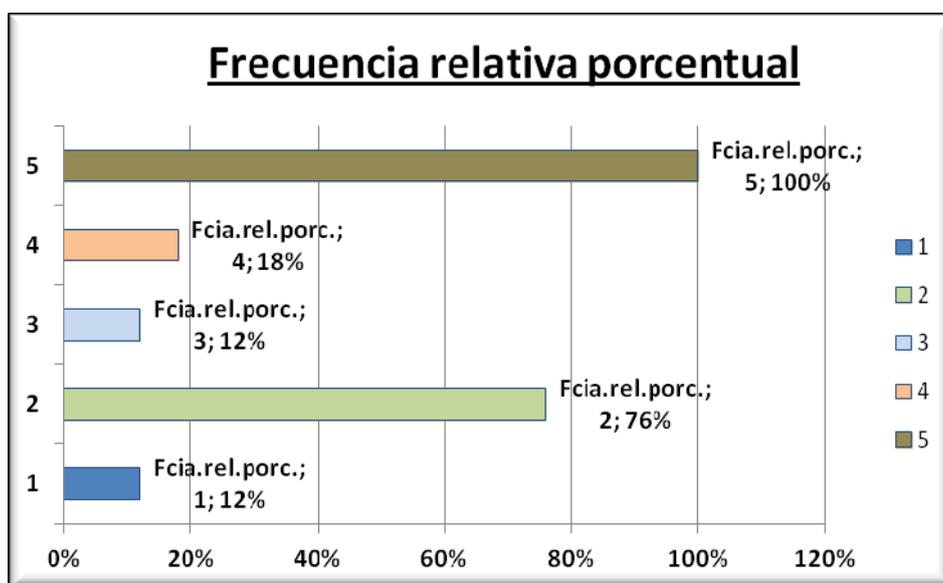
“El 47 por ciento del personal encuestado se encuentra en situación de pareja (casado o unión de hecho) lo que adquiere importancia dado que la convivencia en pareja parecería ser un factor de protección frente al riesgo del estresamiento.”

TABLA N° 4 – Personal de enfermería en estudio, “Nivel de formación”. Hospital “El Sauce”, Mendoza 2° Semestre 2013.-

4.TABLA DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE				
3.NIVEL FORMACIÓN	Fcia.absol.	Fcia.rel.prop.	Fcia.rel.porc.	Fcia.%acum.
3.1 Auxiliar	8	0,12	12%	12%
3.2 Enf.Profes.	51	0,76	76%	88%
3.3 Lic.Enferm.	9	0,12	12%	100%
3.4 Cont.estudios	12	0,18	18%	0
Totales	68	1	100%	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores según Encuesta anónima con preguntas de tipo cerrado. Mendoza, 2013.-

GRÁFICO N° 4.-



Comentario:

De la muestra tomada en el mes de setiembre 2013 surge que:

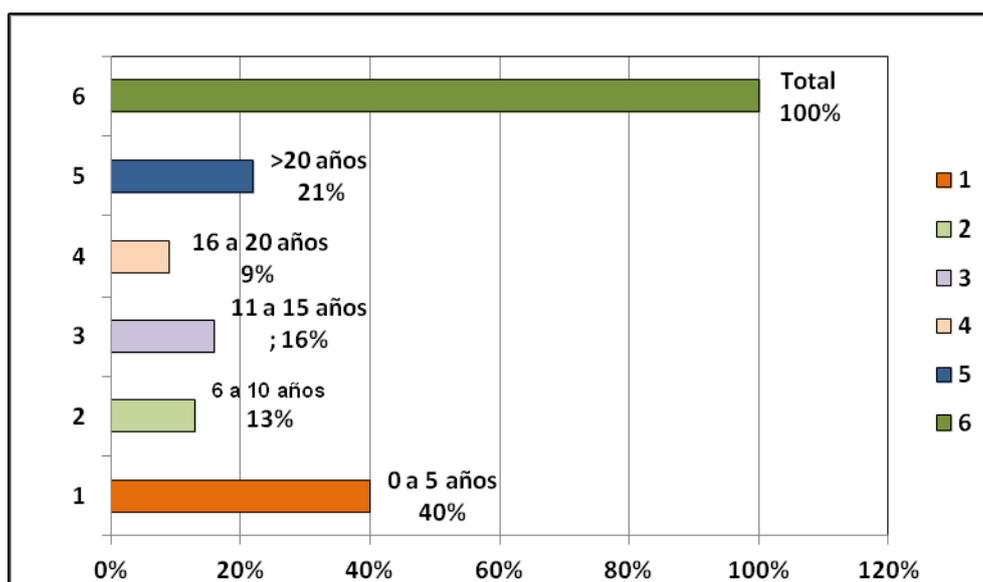
“El 88% del personal tiene título profesional (Enfermero profesional y Licenciados en enfermería) mientras que hay un número importante de enfermeros 18% que siguen estudios superiores o están profesionalizándose por lo que institucionalmente se encuentra con un plantel de enfermería óptimo en cuanto al porcentaje de personal profesional y auxiliar.”

TABLA N° 5 – Personal de enfermería en estudio, “Antigüedad laboral”. Hospital “El Sauce”, Mendoza 2° Semestre 2013.-

5.TABLAS DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE				
5.Antigüedad laboral	Fcia.absol.	Fcia.rel.porc.	Fcia.rel.prop.	Fcia.%acum.
5.1 0 a 5 años	27	0,4	40%	40%
5.2 6 a 10 años	9	0,13	13%	54%
5.3 11 a 15 años	11	0,16	16%	70%
5.4 16 a 20 años	6	0,09	9%	79%
5.5 > de 20 años	15	0,22	22%	100%
Totales	68	1	100%	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores según Encuesta anónima con preguntas de tipo cerrado. Mendoza, 2013.-

GRÁFICO N° 5.-



Comentario:

De la muestra tomada en el mes de setiembre 2013 surge que:

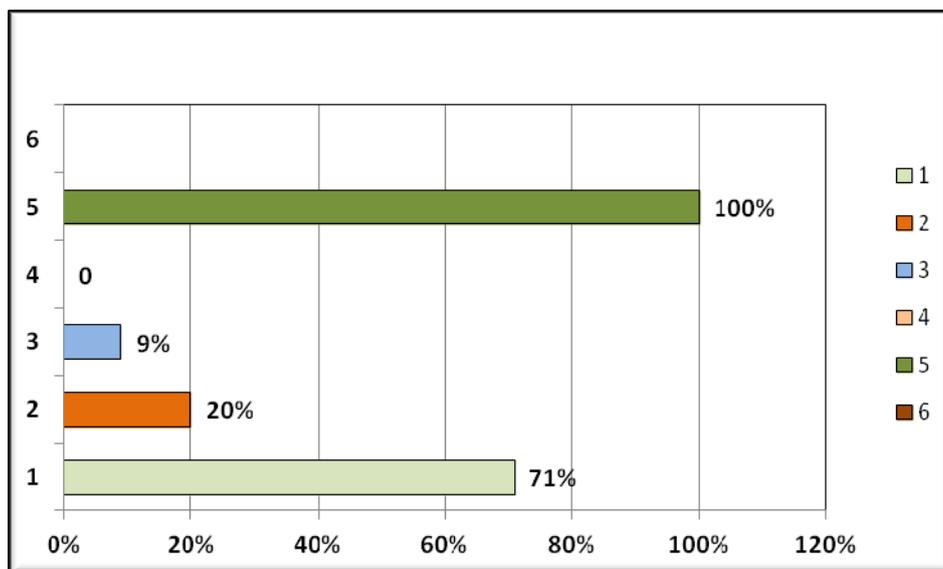
“Más de un tercio del personal de enfermería tiene entre 16 o más de 20 años de antigüedad laboral que si bien es una base de vasta experiencia también es personal que está expuesto a un elevado índice de riesgo de estrés por su situación de desgaste.”

**TABLA N° 6 – Personal de enfermería en estudio,
“Estado de Salud del Personal”. Hospital “El Sauce”,
Mendoza 2° Semestre 2013.-**

6. Estado de salud	Fcia absol.	Fcia.rel.prop.	Fcia.rel.porc.	Fcia.%acum.
6.1 s/patología.	48	0,71	71%	71%
6.2 Patología crónica	14	0,2	20%	91%
6.3 Patología aguda tto.	6	0,09	9%	100%
6.4 Ant.parte.psiqu.	11	0,16	16%	0
Totales	68	1	100%	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores según Encuesta anónima con preguntas de tipo cerrado. Mendoza, 2013.-

GRÁFICO N° 6.-



Comentario:

De la muestra tomada en el mes de setiembre 2013 surge que:

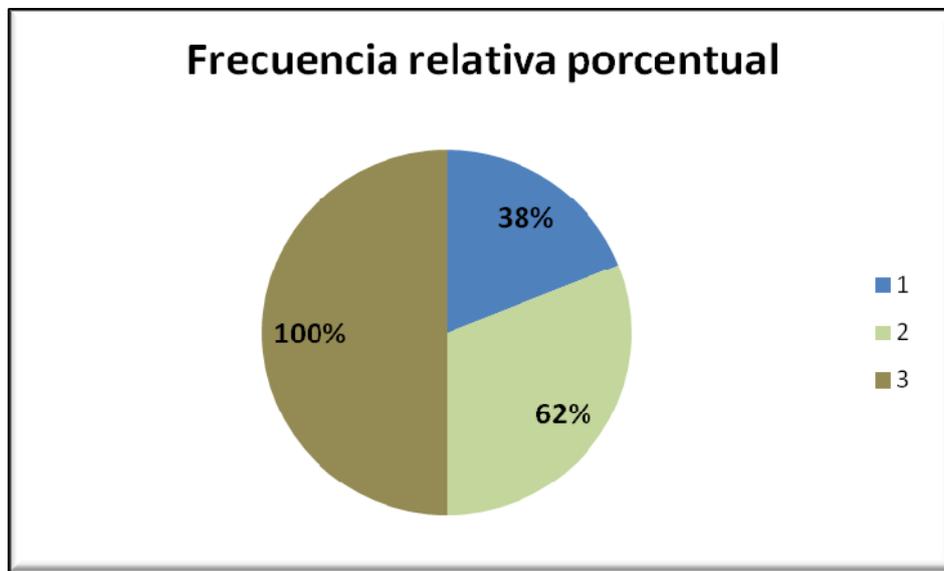
“Un 20% del personal presenta patologías crónicas que afectan las áreas que involucran un patrón de desgaste que afecta principalmente el sistema osteomuscular y cardiovascular. En cuanto a los antecedentes de partes psiquiátricos, si bien contestaron afirmativamente un 16% de los encuestados se observa cierta reticencia a proporcionar este tipo de información”

TABLA N° 7 – Personal de enfermería en estudio, “Otra ocupación”. Hospital “El Sauce”, Mendoza 2º Semestre 2013.-

7. TABLAS DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE				
7.Otra ocup.	Fcia.absol.	Fcia.rel.prop.	Fcia.rel.porc.	Fcia.%acum.
7.1 Si	26	0,38	38%	38%
7.2 No	42	0,62	62%	100%
Totales	68	1	100%	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores según Encuesta anónima con preguntas de tipo cerrado. Mendoza, 2013.-

GRÁFICO N° 7.-



Comentario:

De la muestra tomada en el mes de setiembre 2013 surge que:

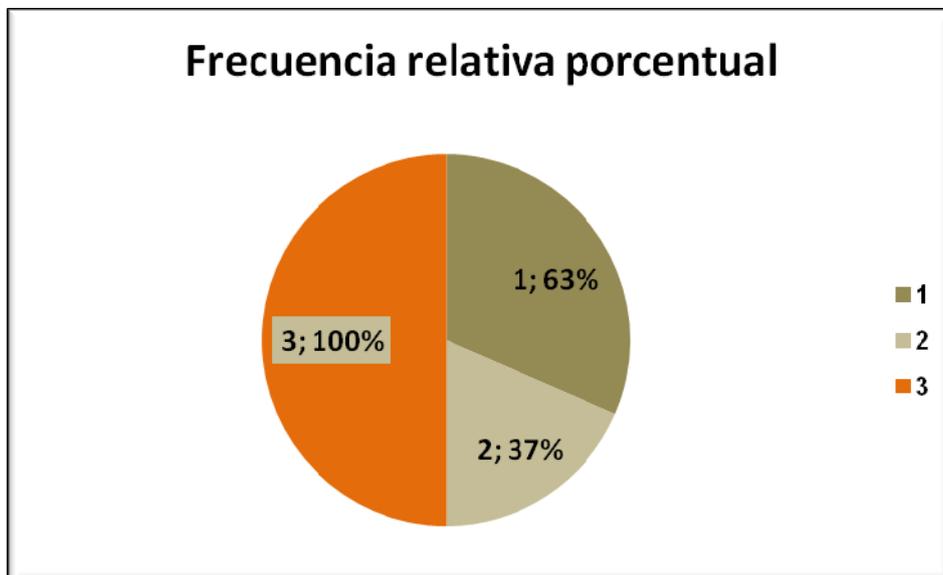
“Cerca de un 40% de los encuestados tiene más de una ocupación laboral lo que en principio nos muestra que el trabajo enfermero no se encuentra suficientemente remunerado.”

**TABLA N° 8 – Personal de enfermería en estudio,
“Horas semanales de trabajo”. Hospital “El Sauce”,
Mendoza 2° Semestre 2013.-**

8. TABLAS DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE				
8. Horas.semanales trabajo	Fcia.absol.	Fcia.rel.prop.	Fcia.rel.porc.	Fcia.%porc.
8.1 hasta 40 hs. Sem.	43	0,63	63%	63%
8.2 mas 40 hs. Sem.	25	0,37	37%	100%
Totales	68	1	100%	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores según Encuesta anónima con preguntas de tipo cerrado . Mendoza, 2013.-

GRÁFICO N° 8.-



Comentario:

De la muestra tomada en el mes de setiembre 2013 surge que:

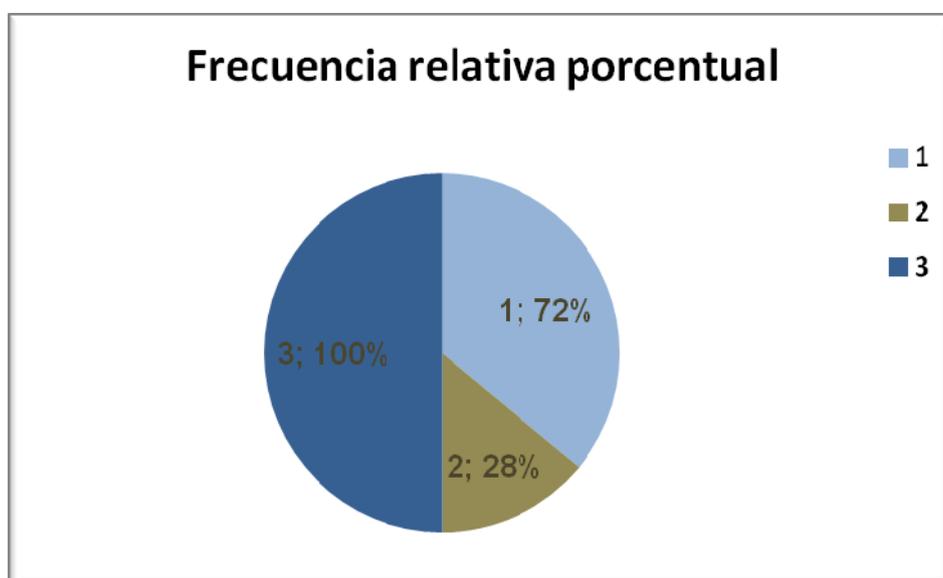
“Casi un 40% del total del plantel enfermero trabaja más de un tercio del total del día.

TABLA N° 9 – Personal de enfermería en estudio, “Factibilidad de cambios de horarios”. Hospital “El Sauce”, Mendoza 2° Semestre 2013.-

9. TABLA DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE				
9 F.C.horarios	Fcia.absol.	Fcia.rel.prop.	Fcia.rel.porc.	Fcia.%acum.
9.1 Si	49	0,72	72%	72%
9.2 No	19	0,28	28%	100%
Totales	68	1	100%	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores según Encuesta anónima con preguntas de tipo cerrado. Mendoza, 2013.-

GRÁFICO N° 9.-



Comentario:

De la muestra tomada en el mes de setiembre 2013 surge que:

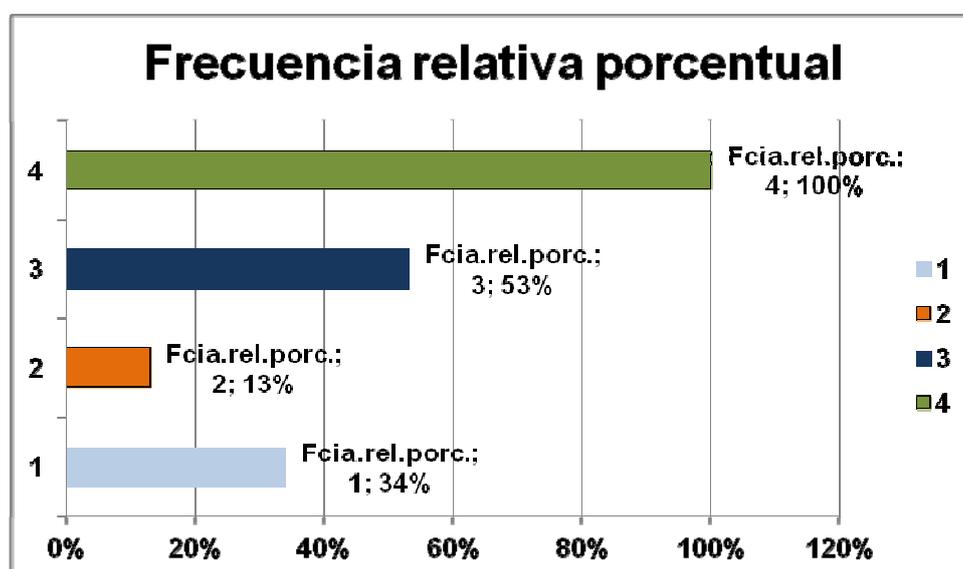
“Un elevado porcentaje del personal tiene posibilidades ciertas de variar su horario en beneficio de un mejor rendimiento.”

TABLA N° 10 – Personal de enfermería en estudio, “Pacientes a cargo”. Hospital “El Sauce”, Mendoza 2° Semestre 2013.-

10. Pac.a/cargo	Fcia.absol.	Fcia.rel.prop.	Fcia.rel.porc.	Fcia.%Acum.
10.1 Siempre	23	0,34	34%	34%
10.2 a veces	9	0,13	13%	47%
10.3 Nunca	36	0,53	53%	100%
Totales	68	1	100%	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores según Encuesta anónima con preguntas de tipo cerrado. Mendoza, 2013.-

GRÁFICO N° 10.-



Comentario:

De la muestra tomada en el mes de setiembre 2013 surge que:

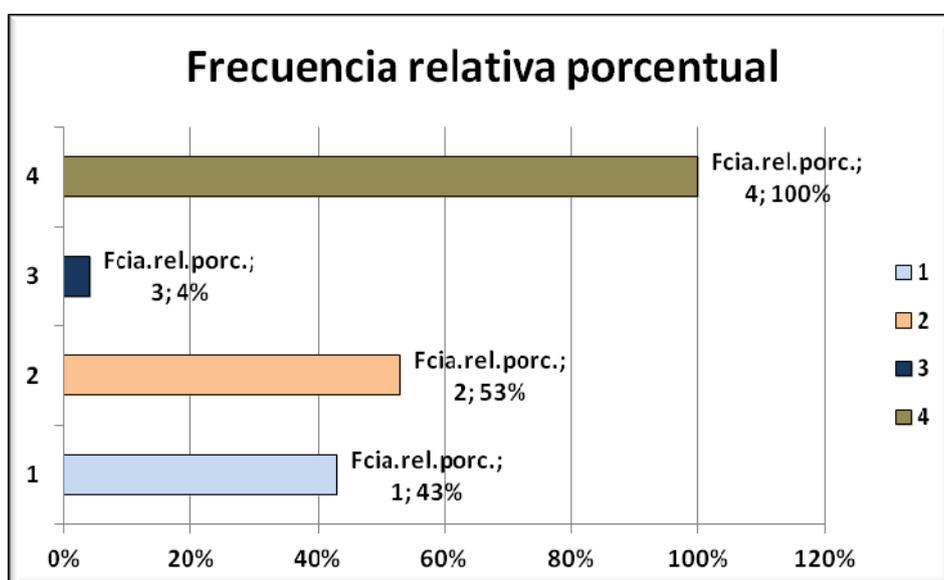
“A pesar de haber tratado de explicar que la consigna de pacientes a cargo se refiere a la modalidad de trabajo, en un buen porcentaje de los encuestados respondieron respecto a si tenían responsabilidad sobre los pacientes atendidos.”

TABLA N° 11 – Personal de enfermería en estudio, “Tareas desvirtuadas”. Hospital “El Sauce”, Mendoza 2° Semestre 2013.-

11. TABLAS DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE				
11. Tareas desvirtuadas.	Fcia.absol.	Fcia.rel.prop.	Fcia.rel.porc.	Fcia.%acum.
11.1 Siempre	29	0,43	43%	43%
11.2 A veces	36	0,53	53%	96%
11.3 Nunca	3	0,04	4%	100%
Totales	68	1	100%	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores según Encuesta anónima con preguntas de tipo cerrado. Mendoza, 2013.-

GRÁFICO N° 11.-



Comentario:

De la muestra tomada en el mes de setiembre 2013 surge que:

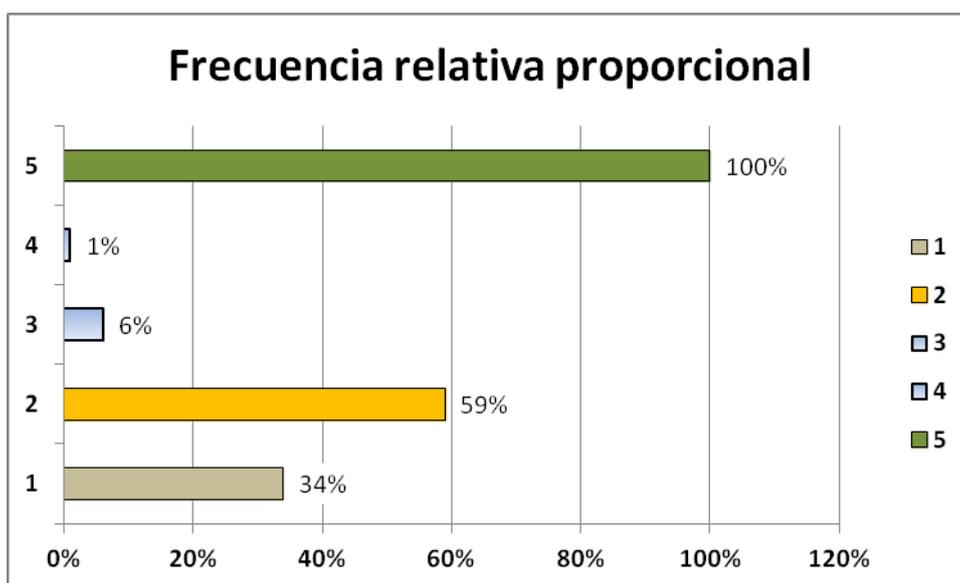
“El 96% del total del personal encuestado cree que en sus rutinas laborales se encuentran tareas que no corresponden a sus funciones de enfermero” lo que representa un factor negativo respecto a la satisfacción laboral”

TABLA N° 12 – Personal de enfermería en estudio, “Relación con los compañeros”. Hospital “El Sauce”, Mendoza 2º Semestre 2013.-

12.TABLAS DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE				
12.Rel.c/compañeros	Fcia.absol.	Fcia.rel.prop.	Fcia.rel.prop.	Fcia.%acum.
12.1 Muy buena	23	0,34	34%	34%
12.2 Buena	40	0,59	59%	93%
12.3 Regular	4	0,06	6%	99%
12.4 Mala	1	0,01	1%	100%
Totales	68	1	100%	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores según Encuesta anónima con preguntas de tipo cerrado. Mendoza, 2013.-

GRÁFICO N° 12.-



Comentario:

De la muestra tomada en el mes de setiembre 2013 surge que:

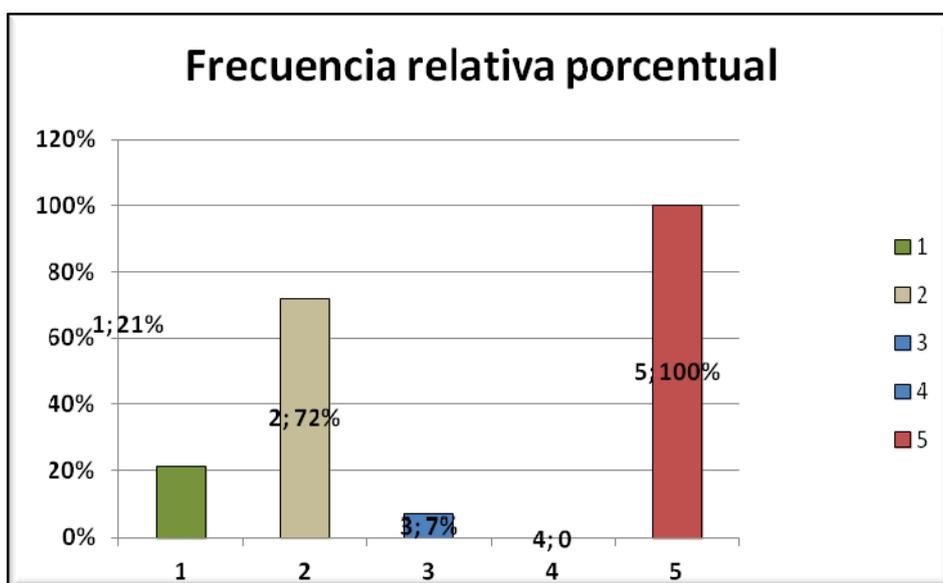
“Siendo que los mayores porcentajes respecto a la consideración de las relaciones interpersonales del personal enfermero se sitúan entre Muy bueno y Bueno (34 y 59%) se podrían considerar los estudios sobre factores de motivación e insatisfacción en el trabajo que dan a conocer que la valorización dentro del ambiente es uno de los principales factores de la motivación en la ejecución del trabajo de la enfermera.

TABLA N° 13 – Personal de enfermería en estudio, “Relación con otros profesionales”. Hospital “El Sauce”, Mendoza 2º Semestre 2013.-

13. TABLAS DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE				
13.Rel.c/otros profes.	Fcia.absol.	Fcia.rel.prop.	Fcia.rel.porc.	Fcia.%acum.
13.1 Muy buena	14	0,21	21%	21%
13.2 Buena	49	0,72	72%	93%
13.3 Regular	5	0,07	7%	100%
13.4 Mala	0	0	0	0
Totales	68	1	100%	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores según Encuesta anónima con preguntas de tipo cerrado. Mendoza, 2013.-

GRÁFICO N° 13.-



Comentario:

De la muestra tomada en el mes de setiembre 2013 surge que:

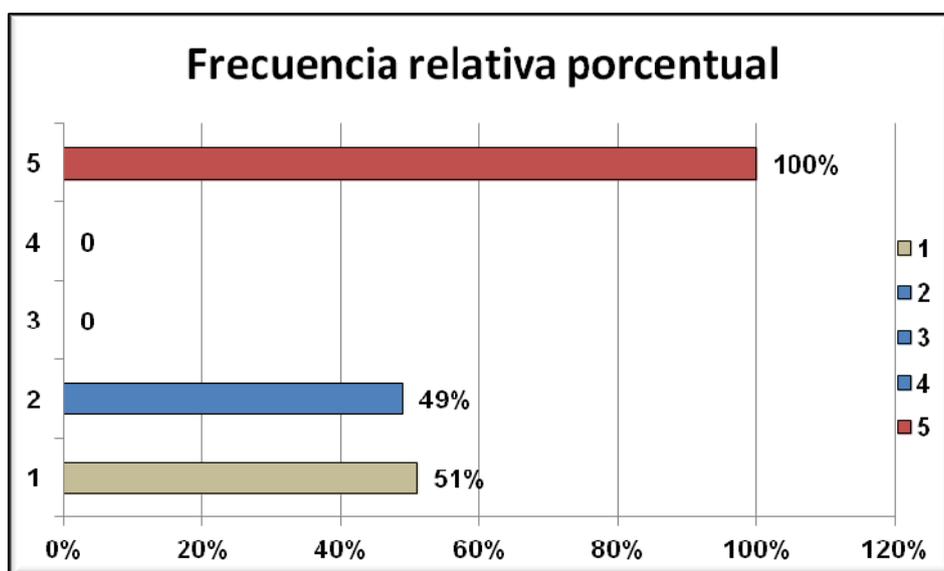
Los estudios que investigaron los factores de motivación e insatisfacción en el trabajo, dieron a conocer que la valorización dentro del ambiente, asociado al gusto de lo que se desempeña, son los principales factores de la motivación en la ejecución del trabajo de la enfermera.

TABLA N° 14 – Personal de enfermería en estudio, “Relación con los pacientes”. Hospital “El Sauce”, Mendoza 2º Semestre 2013.-

14. TABLA DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE				
14. Rel.c/los pac.	Fcia.absol.	Fcia.rel.prop.	Fcia.rel.porc.	Fcia.%acum.
14.1 Muy buena	35	0,51	51%	50
14.2 Buena	33	0,49	49%	100%
14.3 Regular	0	0	0	0
14.4 Mala	0	0	0	0
Totales	68	1	100%	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores según Encuesta anónima con preguntas de tipo cerrado. Mendoza, 2013.-

GRÁFICO N° 14.-



Comentario:

De la muestra tomada en el mes de setiembre 2013 surge que:

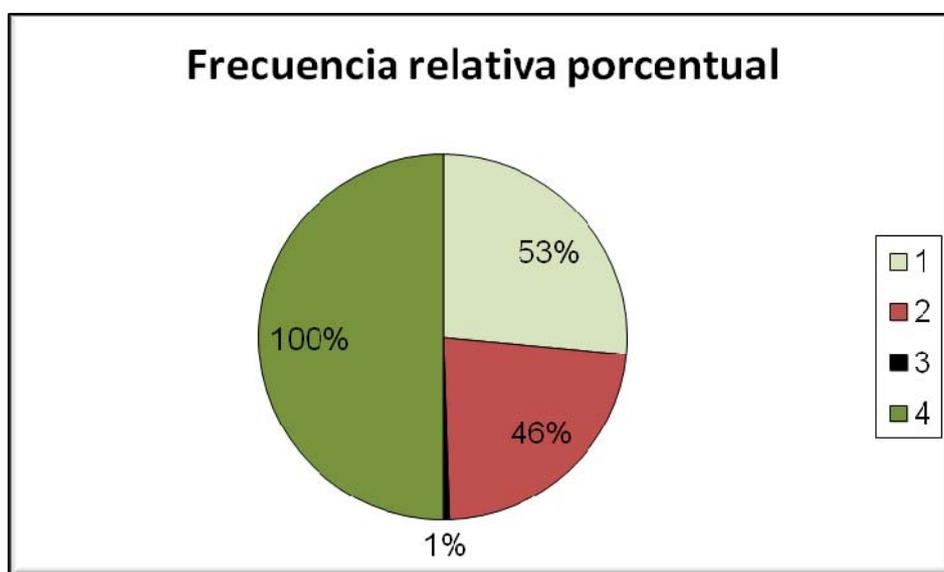
“El alto porcentaje que se da entre los ítem de Muy Bueno y Bueno muestra como el personal encuentra altamente satisfactorio la relación con los pacientes, lo que puede funcionar como un factor positivo en la situación de lidia diaria con los sentimientos del paciente y sus familiares”

**TABLA N° 15 – Personal de enfermería en estudio,
“Satisfacción por las actividades que realiza”. Hospital
“El Sauce”, Mendoza 2° Semestre 2013.-**

15.Satisf. p/act.real.	Fcia.absol.	Fcia.rel.prop.	Fcia.rel.porc.	Fcia.%acum.
15.1 Siempre	36	0,53	53%	53%
15.2 A veces	31	0,46	46%	99%
15.3 Nunca	1	0,01	1%	100%
Totales	68	1	100%	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores según Encuesta anónima con preguntas de tipo cerrado. Mendoza, 2013.-

GRÁFICO N° 15.-



Comentario:

De la muestra tomada en el mes de setiembre 2013 surge que:

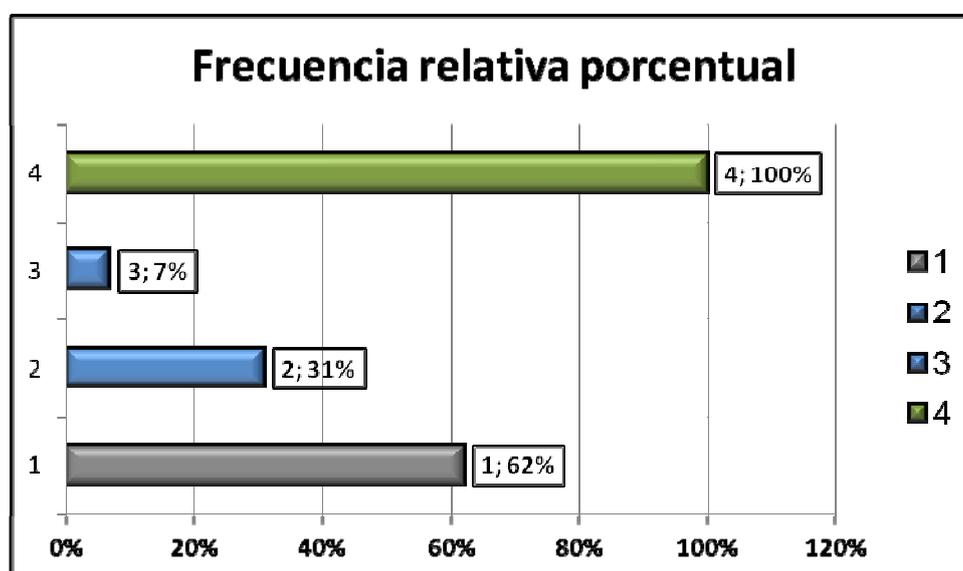
Solo algo más del 50% del personal se siente satisfecho por las actividades que realiza en tanto el 46% solo lo siente “a veces”, lo que marca cierto grado de insatisfacción laboral.

**TABLA N° 16 – Personal de enfermería en estudio,
“Distribución de tareas”. Hospital “El Sauce”, Mendoza
2º Semestre 2013.-**

16. TABLA DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE.				
16.Distr.tareas	Fcia.absoluta	Fcia.rel.prop.	Fcia.rel.porc.	Fcia.%acum.
16.1 Siempre	42	0,62	62%	62%
16.2 A veces	21	0,31	31%	93%
16.3 Nunca	5	0,07	7%	100%
Totales	68	1	100%	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores según Encuesta anónima con preguntas de tipo cerrado. Mendoza, 2013.-

GRÁFICO N° 16.-



Comentario:

De la muestra tomada en el mes de setiembre 2013 surge que:

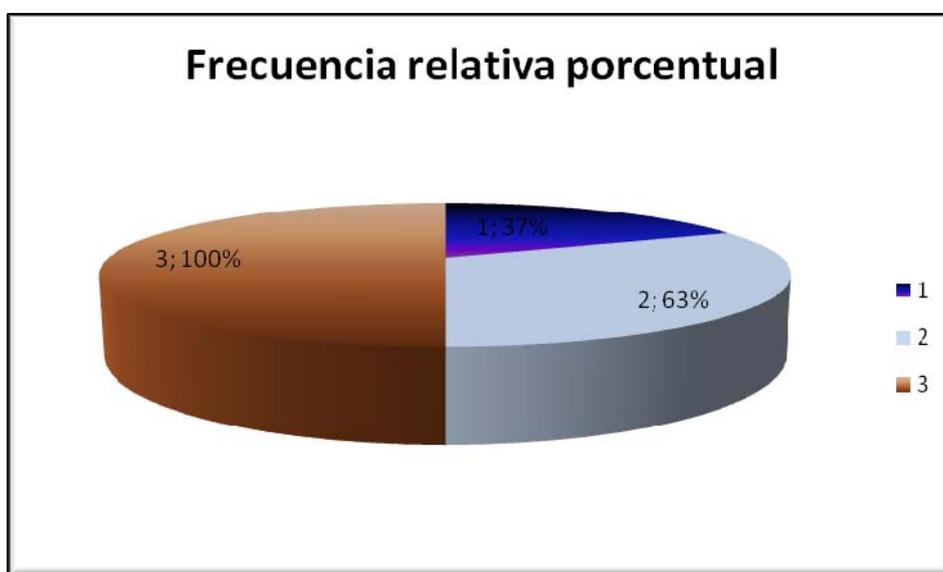
“Mayoritariamente se trabaja con el modalidad de la distribución de tareas”.

TABLA N° 17 – Personal de enfermería en estudio, “Existencia de protocolos”. Hospital “El Sauce”, Mendoza 2° Semestre 2013.-

17. TABLAS DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE				
17.Existencia de protocolos	Fcia.absol.	Fcia.rel.prop.	Fcia.rel.porc.	Fcia.%acum.
17.1 Si	25	0,37	37%	37%
17.2 No	43	0,63	63%	100%
Totales	68	1	100%	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores según Encuesta anónima con preguntas de tipo cerrado. Mendoza, 2013.-

GRÁFICO N° 17.-



Comentario:

De la muestra tomada en el mes de setiembre 2013 surge que:

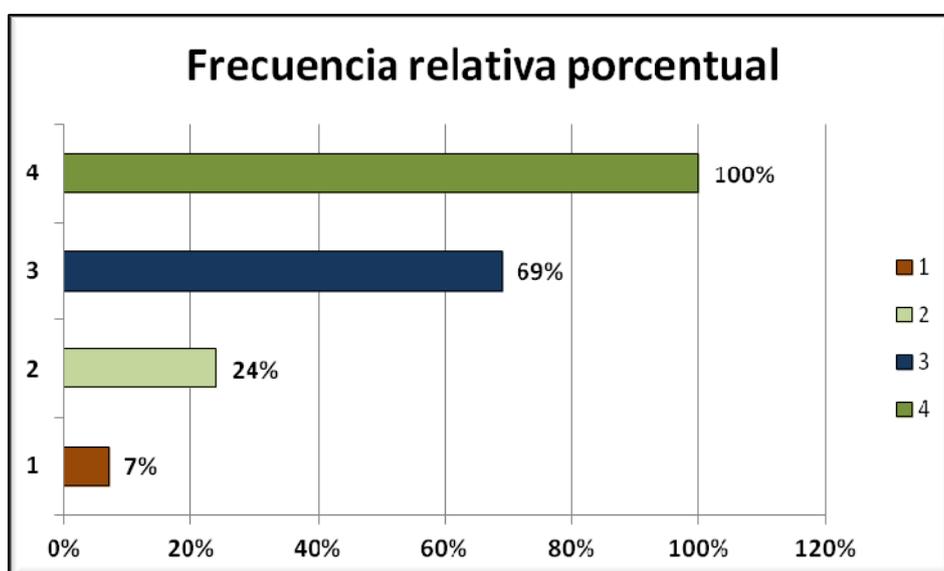
“La falta de protocolización de acciones de enfermería y la necesidad de implementarla en beneficio de delimitar responsabilidades y de este modo facilitar la realización de determinadas acciones de acuerdo a la nueva ley de Salud Mental”.

**N° 18 – Personal de enfermería en estudio,
“Participación en revistas de sala”. Hospital “El
Sauce”, Mendoza 2º Semestre 2013.-**

18. TABLAS DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE.				
18. Part.revista de sala	Fcia.absol.	Fcia.rel.prop.	Fcia.rel.porc.	Fcia.%acum.
18.1 Siempre	5	0,07	7%	7%
18.2 A veces	16	0,24	24%	31%
18.3 Nunca	47	0,69	69%	100%
Totales	68	1	100%	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores según Encuesta anónima con preguntas de tipo cerrado. Mendoza, 2013.-

GRÁFICO N° 18.-



Comentario:

De la muestra tomada en el mes de setiembre 2013 surge que:

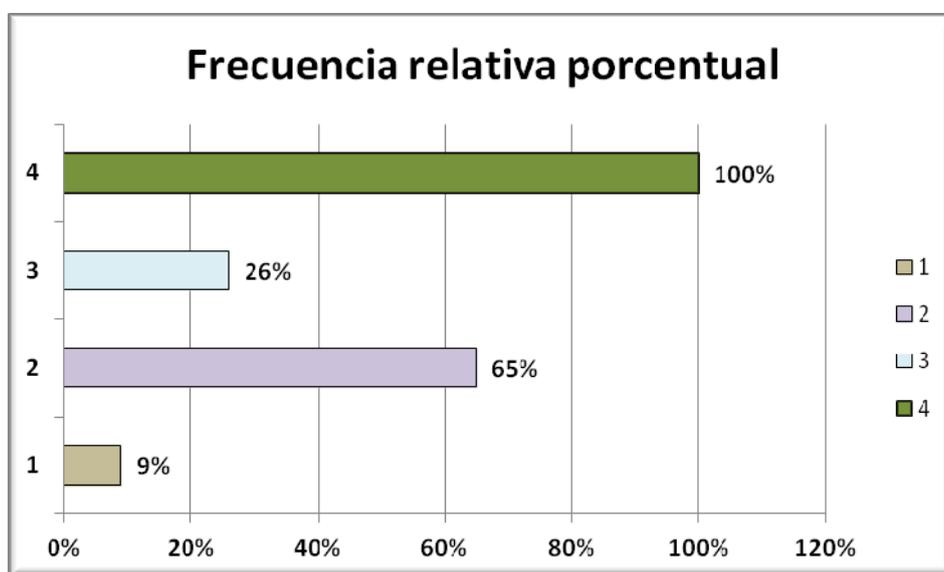
“Es muy poca la participación de los profesionales enfermeros en las revistas de sala lo que conspira en la participación efectiva de la profesión dentro del equipo terapéutico de los distintos servicios”

TABLA N° 19 – Personal de enfermería en estudio, “Capacitación recibida”. Hospital “El Sauce”, Mendoza 2° Semestre 2013.-

19.Capac.recibida	Fcia.absol.	Fcia.rel.prop.	Fcia.rel.porc.	Fcia.%acum.
19.1 Siempre	6	0,09	9%	9%
19.2 A veces	44	0,65	65%	74%
19.3 Nunca	18	0,26	26%	100%
Totales	68	1	100%	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores según Encuesta anónima con preguntas de tipo cerrado. Mendoza, 2013.-

GRÁFICO N° 19.-



Comentario:

De la muestra tomada en el mes de setiembre 2013 surge que:

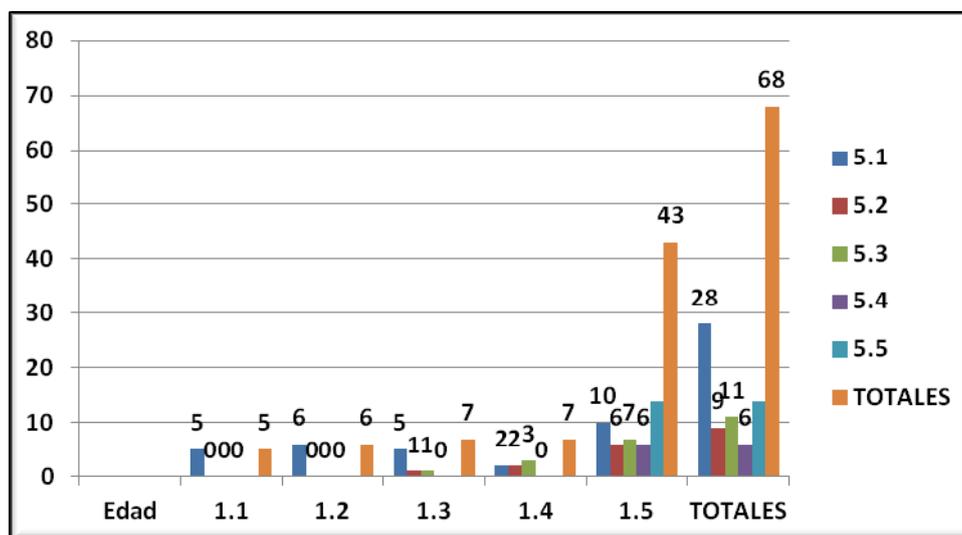
“Según los datos tomados de la encuesta, en general es muy poca o nula la actividad de capacitación del personal de enfermería y faltan cumplimentar las actividades de educación permanente en servicio, según las políticas establecidas por el Plan Federal de Salud.”

TABLA N° 20 – Personal de enfermería en estudio, Tabla de Doble Entrada: “Edad / Antigüedad Laboral”. Hospital “El Sauce”, Mendoza. 2º Semestre 2013.-

TABLA DE DOBLE ENTRADA: EDAD/ANTIGÜEDAD LABORAL							
Antigüedad Laboral	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	TOTALES	Fcia.relativa %
Edad							
1.1	5	0	0	0	0	5	8%
1.2	6	0	0	0	0	6	9%
1.3	5	1	1	0	0	7	10%
1.4	2	2	3	0	0	7	10%
1.5	10	6	7	6	14	43	63%
TOTALES	28	9	11	6	14	68	100%
Fcia.relativa %	41%	13%	16%	9%	21%	100%	

Fuente: Datos obtenidos por los autores según Encuesta anónima con preguntas de tipo cerrado. Mendoza, 2013.-

GRÁFICO N° 20



Comentarios:

Del cruce de datos realizado se infiere que:

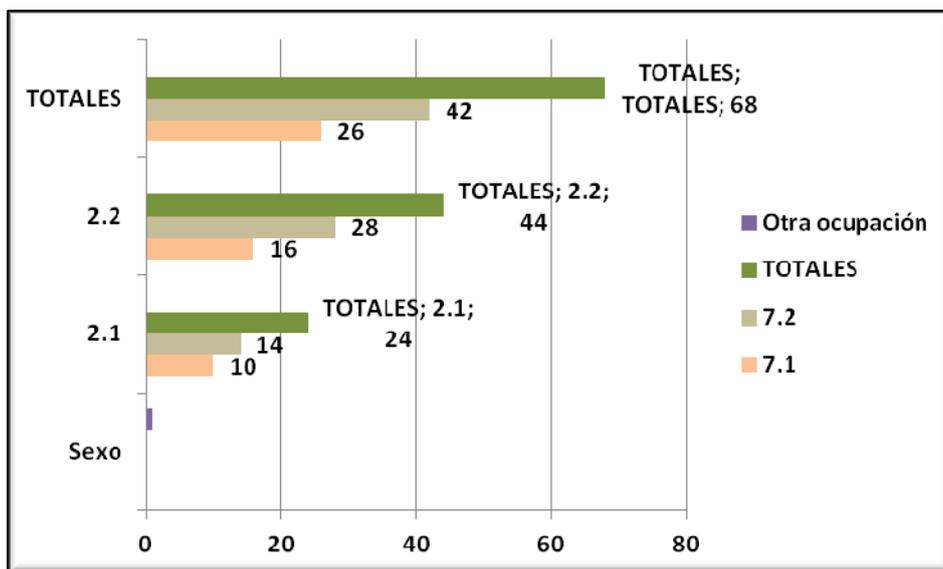
“Siendo que el 63% del personal encuestado se encuentra dentro del grupo etarios de más de 40 años de edad encontramos que un importante porcentaje del mismo (32%) tiene más de 20 años de antigüedad, mientras que otro 9% tiene entre 16 y 20 años de antigüedad lo que sitúa a estos dos grupos en un alto riesgo por el desgaste psicofísico natural de la profesión. “

TABLA N° 21 – Personal de enfermería en estudio, Tabla de Doble Entrada: “Sexo / Otra ocupación”. Hospital “El Sauce”, Mendoza 2º Semestre 2013.-

TABLA DE DOBLE ENTRADA: SEXO/OTRA OCUPACIÓN			
Otra ocupación	7.1	7.2	TOTALES
Sexo			
2.1	10	14	24
2.2	16	28	44
TOTALES	26	42	68
Fcia.relativa %	38%	62%	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores según Encuesta anónima con preguntas de tipo cerrado. Mendoza, 2013.-

GRÁFICO N° 21



Comentario:

Del cruce de datos realizado se infiere que:

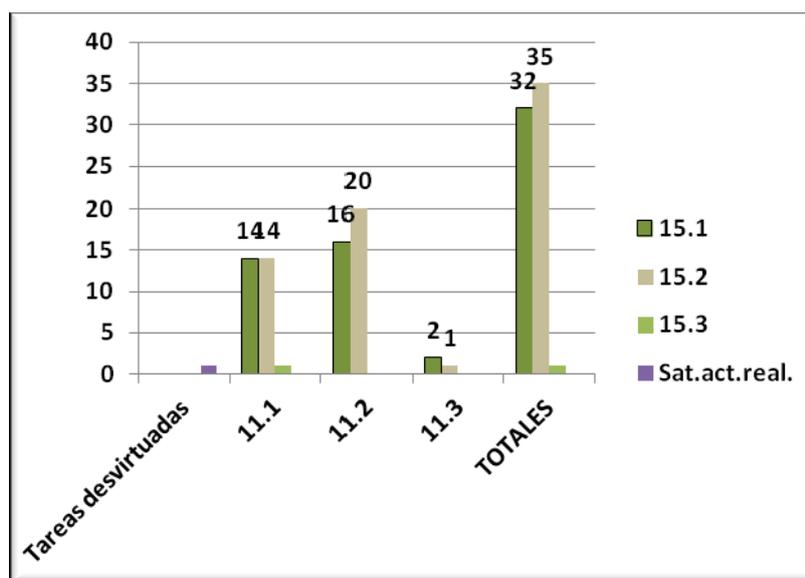
“Mientras el 58% del personal masculino tiene otra ocupación laboral, el 36% del personal femenino también tiene otra ocupación laboral con el agregado de que generalmente también se hace cargo de las tareas hogareñas y de crianza de hijos lo que presupone una importante carga estresante.”

TABLA N° 22 – Personal de enfermería en estudio, Tabla de Doble Entrada: “Tareas desvirtuadas / Satisfacción por actividades realizadas”. Hospital “El Sauce”, Mendoza 2º Semestre 2013.-

TABLA DE DOBLE ENTRADA: TAREAS DESVIRTUADAS/SATISFACCIÓN POR LAS ACTIV.. REALIZA					
Satisfacciónp/act./realizadas	15.1	15.2	15.3	TOTALES	Fcia.relativa %
Tareas desvirtuadas					
11.1	14	14	1	29	43%
11.2	16	20	0	36	53%
11.3	2	1	0	3	4%
TOTALES	32	35	1	68	100%
Fcia.relativa porcentual	47%	52%	1%	100%	

Fuente: Datos obtenidos por los autores según Encuesta anónima con preguntas de tipo cerrado. Mendoza, 2013.-

GRÁFICO N° 22



Comentario:

Del cruce de datos realizado se infiere que:

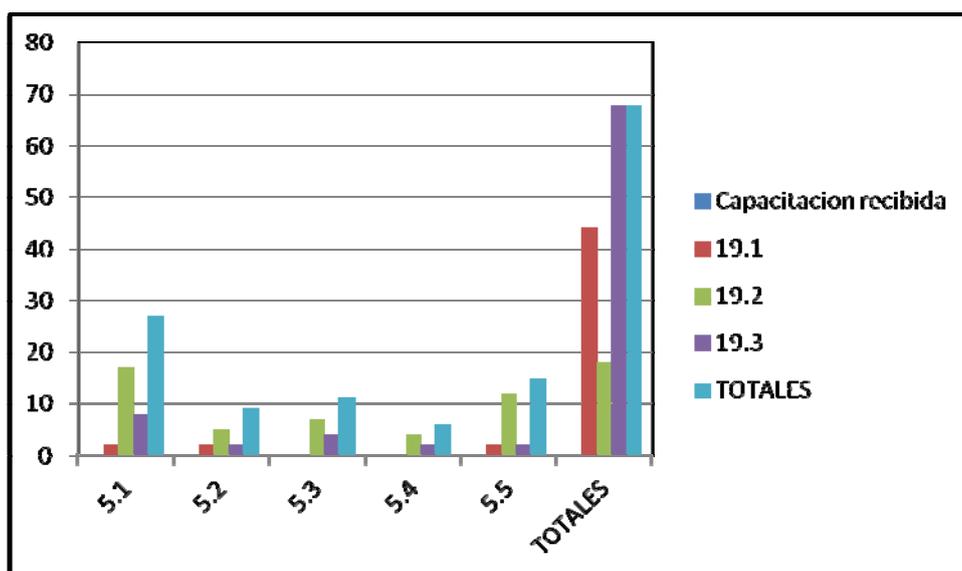
“Mientras que del 52% que dice no sentirse satisfecho totalmente con las actividades que realiza el 97% también considera realizar tareas desvirtuadas del 47% del personal que refiere satisfacción por las actividades que realiza, el 94% expresa que considera que realiza siempre o a veces, actividades no propias de la profesión, lo que marca un cierto grado de insatisfacción laboral.”

TABLA N° 23 – Personal de enfermería en estudio, Tabla de Doble Entrada: “Capacitación recibida/Antigüedad laboral”. Hospital “El Sauce”, Mendoza 2° Semestre 2013.-

TABLA DE DOBLE ENTRADA: CAPACITACION RECIBIDA/ANTIGÜEDAD LABORAL						
Antigüedad laboral	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	TOTALES
Capacitacion recibida						
19.1	2	2	0	0	2	6
19.2	17	5	7	4	11	44
19.3	8	2	4	2	2	18
TOTALES	27	9	11	6	15	68

Fuente: Datos obtenidos por los autores según Encuesta anónima con preguntas de tipo cerrado. Mendoza, 2013.-

GRÁFICO N° 23



Comentario:

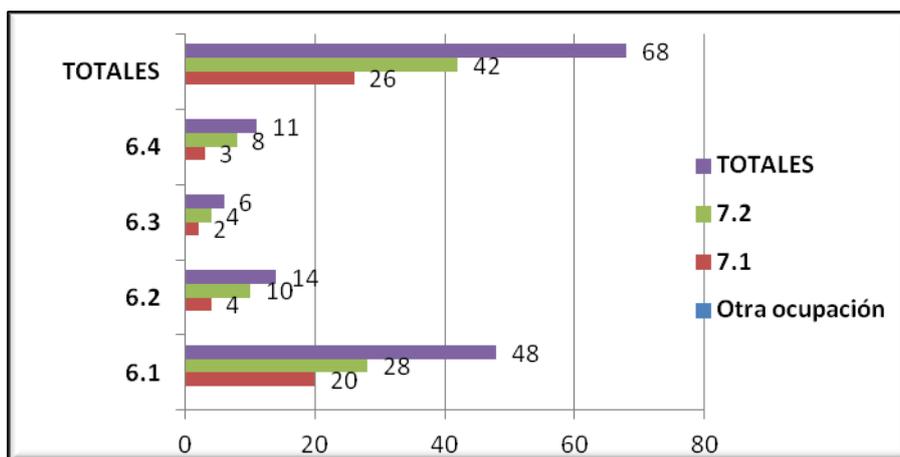
El 96% del personal con menos de cinco años de antigüedad laboral refiere haber recibido capacitación solo a veces o nunca, en el otro extremo de la antigüedad laboral, los agentes con una antigüedad de más de 20 años exhiben un porcentaje de 87% lo que sin duda nos marca la necesidad de aumentar las actividades de capacitación para aumentar un factor de protección en cuanto a la salud ocupacional.

TABLA N° 24 – Personal de enfermería en estudio, Tabla de Doble Entrada: “Otra Ocupación/Estado de Salud” - Hospital “El Sauce”, Mendoza 2° Semestre 2013.-

TABLA DE DOBLE ENTRADA: OTRA OCUPACION/ESTADO DE SALUD					
Estado de salud	6.1	6.2	6.3	6.4	TOTALES
Otra ocupación					
7.1 Sí	20	4	2	3	26
7.2 No	28	10	4	8	42
TOTALES	48	14	6	11	68

Fuente: Datos obtenidos por los autores según Encuesta anónima con preguntas de tipo cerrado. Mendoza, 2013.-

GRAFICO N° 24



Comentario:

Del cruce de datos realizado se infiere que:

Del personal encuestado el 23% que tiene una sola ocupación presenta patologías crónicas o agudas en tratamiento mientras que el personal que tiene más de una ocupación laboral tiene un índice de 33%. Así ante los datos extraídos de la encuesta encontramos que dentro del personal con una sola ocupación registran antecedentes de partes psiquiátricos el 12%, en tanto en el otro grupo el índice es de 19%. Esto nos podría plantear la duda de que, aun con necesidades económicas similares, la persona con un solo trabajo quizás tenga problemas para sostener su actividad en otra ocupación por problemas de morbilidad.

CONCLUSIONES.-

De los resultados obtenidos se puede inferir:

Que finalmente se concretó la encuesta sobre el 85% del total del personal de enfermería del hospital, surgiendo como datos relevantes, a través del análisis desde un esquema del campo de la salud como el de M. Lalonde:

En el campo de la biología humana:

Que existe un plantel enfermero con un porcentaje mayoritariamente femenino en su constitución (65 a 35 por ciento), que la franja etaria más importante lo constituyen agentes mayores de 40 años con un importante porcentaje de antigüedad laboral mayor a los 15 años con antecedentes de partes psiquiátricos en un porcentaje de 16 por ciento, de lo que se deduce que hay un porcentaje importantes de personal con riesgo psicofísico inmediato al sumar edad y desgaste por antigüedad laboral. Otro grupo de riesgo es el personal femenino, que tiene que realizar importante sobrecarga para atender pacientes ante la falta de personal masculino.

Las patologías crónicas mayormente encontradas son de tipo osteomuscular y cardiovascular.

Como dato que llamó la atención, se notó cierta reticencia a proporcionar datos, aun siendo anónimos, sobre la salud personal.

Medio ambiente:

Partimos desde una realidad concreta que marca, de por sí, que las tareas de asistencia de enfermería a pacientes con patología mental (hay bibliografía que la considera contaminante) dentro de un ambiente hospitalario presuponen un importante monto de desgaste psicofísico.

No hay elementos que permitan por el momento, pensar en una inclusión efectiva de la enfermería (según lo expresado por la ley 26.657) en el equipo terapéutico. Por ejemplo prácticamente no habría participación en las revistas de sala, faltan actividades de educación permanente en servicio. Pocas actividades de capacitación de personal (con influencia negativa de la multiplicidad laboral). Por el momento no se incluye a la profesión de enfermería dentro de la residencia multidisciplinaria que funciona en el hospital aunque se estaría trabajando para incluirla, como ya lo estuvo años atrás.

En general el personal considera de manera muy positiva la relación con los pacientes e inclusive denota una particular actitud de responsabilidad hacia los mismos

Estilo de vida:

Bajas remuneraciones salariales que obligan a tomar mas de un empleo para poder satisfacer necesidades socioeconómicas, generando así sobrecargas en horas de trabajo semanal, falta de un adecuado descanso. Aún así desde hace bastante tiempo el personal de enfermería ha mostrado un ejemplar tendencia a continuar estudios superiores.

Organización de la atención de salud:

Falta instrumentar efectores de salud que se ocupen de trabajar (interna o externamente al hospital según se considere) en la contención de un personal que sabidamente se expone a riesgos en el orden mental y físico. Es necesario atender a los servicios que por sus características conlleven riesgos adicionales (Agresividad, total dependencia, etc.)

En cuanto a la caracterización:

En el momento actual la especialización la va adquiriendo con la práctica diaria.-

Se observa que el enfermero se ocupa de: la recepción y/o entrevistas del paciente al ingreso, control de signos vitales, aplicación de tratamientos, prácticas simples como: curaciones, sondajes, preparación para algún examen complementario. También realiza controles o colaboración en alimentación, higiene personal, confort, observación y evaluación de conductas.

Contención afectiva y/o física según indicación médica, acompañamiento en tareas de recreación, gestión de recetas de medicación, acompañamientos a interconsultas internas o externas. Llenado de registros de enfermería.

Asesoramiento a paciente y/o familiares sobre problemas de salud y realiza acompañamientos a trámites varios o traslados fuera de la provincia de pacientes que así lo requieran.

Estresores encontrados:

La propia actividad de la profesión - Falta de personal - La edad sumada al desgaste de los años de antigüedad laboral – Exceso de horas de trabajo – Sensación de falta de reconocimiento profesional – Cierta grado de insatisfacción laboral – Fallas en la capacitación y formación profesional de la especialidad – Inseguridad por el rumbo laboral futuro.

.
. .

PROPUESTAS

Es de suma importancia recordar que la OMS menciona a la Salud Ocupacional como una actividad multidisciplinaria dirigida a promover y proteger la salud de los trabajadores a través de la prevención y el control de enfermedades y accidentes y procurando eliminar los factores y condiciones que hagan peligrar la salud y la seguridad laboral. También procura reorganizar el trabajo buscando el bienestar psicofísico y social de los trabajadores, persiguiendo el perfeccionamiento y mantenimiento de su capacidad de trabajo, tratando que los mismos lleven vidas, social y económicamente, productivas. La salud ocupacional permite el enriquecimiento humano y profesional en el trabajo

Es en busca de estos objetivos que la propuesta fundamental es abrir el diálogo con el colectivo de enfermería con el objeto de encarar la creación de espacios efectivos de debate que permitan que el personal sienta que se pueden expresar y manifestar opiniones e inquietudes. Así podrían implementarse actividades que favorezcan una actitud participativa y responsable de los enfermeros en pro del cuidado de su propia salud ocupacional.

Es preciso, como punto preponderante, lograr que la institución misma se concientice en la necesidad de constituir grupos terapéuticos que comiencen a trabajar en reuniones o terapias, de manera grupal o individual, en servicios determinados que así lo requieran

Atendiendo a las políticas substantivas de enfermería, poner énfasis en la búsqueda de un camino que permita alcanzar el reconocimiento y la inserción social de la disciplina como profesión con rigor científico y mejorar la calidad de vida de las enfermeras. Y en cuanto a las políticas instrumentales buscar la promoción del desarrollo y la difusión de las bases conceptuales sobre las condiciones y medio ambiente de trabajo, favoreciendo las

investigaciones destinadas a aumentar el conocimiento necesario para la toma de decisiones.

Dentro de las actividades a priorizar están: la construcción de los protocolos necesarios para delimitar actividades con riesgo legal para el enfermero, como la fijación terapéutica a la unidad, la contención física, etc.

La presente investigación solo pretende ser el impulso inicial para nuevas investigaciones que permitan ajustar la visión y búsqueda de soluciones a situaciones que así lo requieran, para bien de nuestra especialidad.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

- **Avendaño, Bustos, et al.** *Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público*. [Revista electrónica] Concepción - Chile : Ciencia y Enfermería XV versión On-line, 2009.
- **Biblioteca Salvat de Grandes Temas.** *"Psiquiatría-Antipsiquiatría"*. Barcelona : Salvat, 1973.
- **Biblioteca Salvat de los grandes temas.** *"Psiquiatría-Antipsiquiatría"*. Barcelona : Salvat, 1973.
- *Característica del estrés* . [Revista trimestral electronica] Murcia - España : Universidad de Murcia - .
- **Cook, J.S. - Fontaine, K.L.** *Fundamentos Esenciales de Enfermería en Salud Mental -Pags.47 a 53*. Distrito Federal - México : Interamericana-Mc Graw-Hill, octubre 1993.
- **Cubillana de la Cruz, P.** *Análisis de una experiencia formativa en el Reino Unido*. Sevilla : s.n., Febrero 2002.
- **De Souza, C.- Lima Da Silva et al.** *Riesgos ergonómicos de lesión por esfuerzo repetitivo del pers.de enfermería en el hospital*. [Revista Electrónica Trimestral Enfermería Global] Murcia - España : Universidad de Murcia, Junio - 2011.
- **Dr. Basile.** Legislación sobre salud laboral: historia, estado actual. [En línea] Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires. [Citado el: 20 de julio de 2013.]
- **Foucault, Michel.** *Historia de la locura en la época clásica- (pag.1-10)*. [texto digitalizado] s.l. : www.librodot.com.
- **García García, I. **Gozalbes Cravioto, E.** *Surgimiento y desarrollo de la Historia de la Enfermería en España*. [Enfermería Global Nº 30] Murcia - España : Universidad de Murcia, abril 2013.
- **García, Arturo Juárez.** *Fact. Psicosociales en rel. c/la salud mental de profes. de Serv. Humanos - México*. [Ciencias del trabajo] Iztacala - : s.n., 2004.
- **Infomed.** *Portal de la Red de Salud de Cuba*. [En línea] Red de Salud de Cuba, 6 de enero de 2011.
- **Ing.Teresa Viera** – Bioestadística –Curso de Nivelación Ingreso 2013 - Ciclo de Licenciatura – Escuela de Enfermería -F.C. M. –UNCUYO.-
- **Ingenieros, José.** *La Locura en Argentina*. [Texto digitalizado] s.l. : <http://itematika.com/ar>, 1919.
- **Jackson, Maslach y.** *Maslach Burnout Inventory*.
- **Lalonde, M.** *"A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document."* [Information Canadá] Ottawa - Canadá : s.n., 1975.
- **Ley Nacional de Salud Mental N° 26657.-**

- **Lic. Ana Andrade.** Apuntes de clase . Administración en Enfermería - 2013 – Ciclo de Licenciatura – Escuela de Enfermería -F.C. M. – UNCUYO.-
- **Lic. Jorge Michel.** Apuntes de clase. Educación en Enfermería - 2012- Ciclo de Licenciatura – Escuela de Enfermería -F.C. M. –UNCUYO.-
- **Lic. María Rosa Reyes.** Apuntes de clase – Taller de Tesis-2013 – Ciclo de Licenciatura – Escuela de Enfermería -F.C. M. Uncuyo
- **Lizarzoa, C. et al. .** Sitio de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social. [En línea] [Citado el: 27 de julio de 2013.]
- **Plan Federal de Salud 2010-2016.-**
- **Trindade, L. et al.:***Revisión de la producción teórica latinoamericana sobre cargas de trabajo.- (Brasil).* [Revista Enfermería Global N° 29] s.l. : Universidad de Murcia - España, Enero 2013.

CAPITULO IV

ANEXOS

FORMULARIO DE LA ENCUESTA

Encuesta individual anónima

Nº.....

DATOS PERSONALES.

1.- Edad.-

- 1.1. 21 a 25 años. 1.2. 26 a 30 años. 1.3. 31 a 35 años.
1.4. 36 a 40 años. 1.5. de 40 años.

2.- Sexo:

- 2.1. Masculino.
2.2. Femenino.

3.- Estado Civil:

- 3.1. Soltero/a. 3.2. Casado/a.
3.3. Unión de hecho. 3.4. Divorciado/a.
3.5. Viudo/a.

4.- Nivel de Formación:

- 4.1. Auxiliar de enfermería. 4.2. Enfermero Profesional.
4.3. Licenciado en Enfermería. 4.4. cursando estudios actualmente.

5.- Antigüedad Laboral:

- 5.1. 00 a 5 años. 5.2. 06 a 10 años.
5.3. 11 a 15 años. 5.4. 16 a 20 años.
5.5. + de 20 años.

6.- Estado de salud del personal:

- 6.1. Sin patología. 6.2. Patología crónica. 6.3. Patología aguda en tratto.

SOBRECARGA LABORAL.-

7.- Otra Ocupación:

- 7.1. Sí.
7.2. No.

8.- Horas semanales de trabajo.-

- 8.1. ≤ a 40.
8.2. Más de 40.-

9.- Factibilidad de cambios de horarios:

9.1. Si.

9.2. No.

10.- Pacientes a cargo:

10.1. Siempre. 10.2. veces. 10.3. Nunca

11.- Tareas desvirtuadas:

11.1. Siempre. 11.2. A veces . 11.3. Nunca

CLIMA LABORAL.-

12.- Relación con compañeros:

12.1. Muy buena. 12.2. Buena

12.3. Regular. 12.4. Mala

13.- Relación con otros profesionales:

13.1. Muy buena. 13.2. Buena

13.3. Regular. 13.4. Mala

14.- Relación con los pacientes:

14.1. Muy buena. 14.2. Buena

14.3. Regular. 14.4. Mala

15.- Satisfacción por las actividades que realiza:

15.1. Siempre. 15.2. A veces . 15.3. Nunca

ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO.-

16.- Distribución de tareas:

16.1. Siempre. 16.2. A veces . 16.3. Nunca

17.- Existencia de protocolos:

17.1. Si.

17.2. No.

18.- Participación en revistas de sala.-

18.1. Siempre. 18.2. veces. 18.3. Nunca

19.- Capacitación recibida:

19.1. Siempre. 19.2. A veces . 19.3. Nunca

TABLA MATRIZ DE DATOS

Nº	1. EDAD					2. Sexo		3. Estado Civil					4. Nivel de Formac				5. Antigüe		
	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	4.1	4.2	4.3	4.4	5.1	5.2	5.3
1					X	x			x					x					x
2					x	x					x			x					
3					x		x				x			x					
4					x		x		x				x						
5					x		x		x				x						
6					x		x				x			x					
7					x	x				x				x					x
8					x		x				x			x					x
9					x	x			x					x					
10					x		x		x						x				x
11				x		x			x						x				x
12			x			x			x					x			x		
13					x		x				x			x					
14	x					x		x							x		x		
15	x					x		x						x			x		
16				x			x				x			x		x			x
17					x	x			x					x					x
18					x	x					x			x					
19					x		x			x					x				
20					x		x			x				x					
21			x				x	x							x				x
22	x						x	x						x					x
23	x						x	x						x					x
24					x		x		x					x					x
25				x			x				x			x					x
26					x	x					x			x					
27					x		x		x					x					x
28					x		x			x				x					x
29			x			x			x					x					x
30					x	x			x					x					x
31	x						x	x						x					x
32				x			x				x				x				x
33					x		x		x					x					x
34				x			x	x							x	x			x
35	x						x			x				x					x
36					x		x	x						x					x
37		x					x	x						x					x
38	x						x	x						x					x
39			x				x	x						x					x
40					x		x				x			x		x			x
41					x	x			x					x					x
42				x			x	x						x					x
43					x		x			x				x					x
44					x		x	x						x					
45	x						x	x						x					x
46	x						x	x						x					x
47			x				x		x					x					x
48		x					x	x						x					x

Rel.c/otros profesiona				14.Relac/pacientes				atf.p/activ.realiz			16. Distr.tareas			Exist.p			
12.2	12.3	12.4	13.1	13.2	13.3	13.4	14.1	14.2	14.3	14.4	15.1	15.2	15.3	16.1	16.2	16.3	17.1
x					x			x				x			x		x
x				x				x				x		x			
x				x				x				x		x			
				x				x				x		x			
				x				x				x		x			
x				x			x					x		x			
x				x				x				x			x		
x			x					x				x		x			
				x				x			x				x		
x				x				x				x			x		
	x				x				x			x				x	
x				x				x			x			x			x
	x			x				x					x	x			
x				x				x			x				x		x
			x					x				x			x		
x				x				x				x			x		
				x				x				x					x
				x				x				x					x
				x				x				x					x
x				x				x				x			x		
x				x				x				x			x		
			x					x				x					x
				x				x				x					x
x				x				x				x			x		
x				x				x				x			x		
x				x				x				x			x		
				x				x				x					x
				x				x				x					x
x				x				x				x			x		
x				x				x				x			x		
x				x				x				x			x		
x				x				x				x			x		
				x				x				x					x

		x			x			x					x			x		
x				x			x					x			x			
x				x			x					x					x	
x				x			x					x			x			
				x			x					x			x			
x				x			x					x			x			
				x				x				x			x			
				x			x					x			x			x
				x			x					x			x			x
x				x			x					x			x			x
x				x			x					x			x			x
x				x			x					x			x			x
				x			x					x			x			x
				x				x				x				x		
x				x				x				x			x			
x				x				x				x			x			
40	4	1	14	49	5	0	36	32	0	0	32	35	1	42	21	5	25	
12				13				14				15			16		1	

x			x		x		
x			x			x	
x		x				x	
x			x		x		
x		x			x		
x			x		x		
x			x			x	
x			x	x			
		x			x		
			x			x	
			x			x	
	x				x		
x			x			x	
x			x			x	
		x		x			
		x			x		
x			x		x		
x			x	x			
x			x		x		
x			x		x		
43	5	16	47	6	44	18	
7		18			19		

ENTREVISTAS

ALGUNAS OPINIONES DE PROFESIONALES MÉDICOS DE LA INSTITUCIÓN SOBRE LA SALUD OCUPACIONAL DEL ENFERMERO.-

Dr. R.V., Médico Psiquiatra:

1. *¿Considera Ud. que aumenta, con la edad, el riesgo de estrés?*

“En un cierto aspecto la edad presupone una mayor capacidad de afrontamiento ante el estrés pero ante toda la sumatoria de los factores de estresamiento, la edad habla de años de exposición a los factores estresantes por eso la edad se termina convirtiendo en un factor negativo. La edad tendría que darte una mayor experiencia o capacidad para afrontar el estrés pero en la práctica se observa que los individuos de mayor edad están en mayor riesgo de presentar estrés por el tiempo de exposición laboral que llevan y una condición laboral adversa en la que se suman toda una serie de condiciones estresantes, muchas horas de trabajo, falta de lugares adecuados y agradables, que sumadas a las situaciones diarias que se viven, en lo que hace específicamente al trabajo, te llevan a una mayor posibilidad de estrés.

En definitiva la edad debería disminuir el riesgo de estrés en cuanto a la mayor experiencia que tiene el individuo y mayor capacidad de afrontamiento, pero en la práctica se observa que a mayor edad los factores de estresamiento por el tiempo de exposición pesan más que la capacidad de afrontamiento que el individuo ha ido adquiriendo a lo largo del tiempo.-

2.- *¿Cree Ud. que resulta contaminante la patología mental para el personal sanitario que trabaja con estos pacientes?*

“Sin lugar a dudas, hay abundante bibliografía al respecto, Existen textos que hablan de la patología mental contagiosa, con ese término. Es contaminante cuando los pacientes son tratados dentro de ambientes hospitalarios, y más contaminante aun cuando se trata de ciertos sectores dentro de la institución como serían la guardia, un servicio de crónicos, el servicio de judiciales o un servicio de esterilización.

3.- *¿Resultaría lesivo el trabajo en horario nocturno?*

“El enfermero de la noche por lo general, tiene otro trabajo en el día por lo que esa alteración del ritmo circadiano en forma crónica termina afectando los aspectos endocrinológicos y metabólicos con cambios hormonales que

producen: aumento de peso, cambios de personalidad, irritabilidad, depresión, ansiedad, etc.”

4.- ¿Qué opina respecto a la importancia que revisten las observaciones del personal de enfermería?

“Fundamentales, sobre todo por la cantidad del tiempo que pasan con el paciente, en ocasiones por el conocimiento sobre cada paciente en particular y los efectos que determinadas medicaciones producen en éstos, porque conocen la evolución que los mismos tienen a lo largo del día.”

5.- ¿Considera de importancia la participación del personal de enfermería en las revistas de sala?

“Si, justamente debido a su permanencia al lado del paciente, es importante que conozca la realidad del paciente desde el punto de vista médico.”

6.- ¿Qué acciones podrían ser beneficiosas como factores de protección para el personal de enfermería actuante?

“Acá podríamos hablar muchísimo con algunas ideas que podrían parecer utópicas: desde mejorar las condiciones del lugar físico donde se encuentra el personal hasta el aumento del número de personal por número de pacientes, tomando todo esto de una mayor integración entre enfermería y el personal médico.

El hecho de supervisar al personal a través de entrevistas individuales y grupales, crear un espacio donde el personal pudiese expresarse y manifestar también sus inquietudes. Sería ideal que hubiera alguien que se preocupase en acompañarte terapéuticamente teniendo en cuenta que ya sabemos que este trabajo en algún grado nos afecta. Que hubiera un equipo que pudiera evaluarte desde lo individual, desde lo grupal con reuniones y terapias grupales que permitieran al enfermero expresar sus inquietudes, lo que piensan, lo que sienten...”

Dr. A.S., Médico de Familia.-

1.-¿Cree Ud. que el personal de enfermería psiquiátrica realiza tareas estresantes?

“Si, el personal realiza tareas estresantes y como resultado se provoca una respuesta biológica del organismo.”

2.- ¿Considera que el personal de enfermería de más de 40 años puede presentar problemas de salud relacionados con el estrés?

“Si, por su mayor predisposición, con signos y síntomas que aparecen en forma de cuadro clínico o procesos físicos modificados como por ejemplo: taquicardias, aumento de la presión arterial, sudoración, alteraciones del ritmo respiratorio, aumento de la tensión muscular, aumento de la glucemia en sangre, aumento del metabolismo basal, aumento del colesterol, inhibición del sistema inmunológico, sensación de nudo en la garganta, dilatación de las pupilas, etc.”

3.- ¿Piensa Ud. que la antigüedad laboral tiene alguna influencia sobre síntomas físicos como dolores de cabeza, tensión muscular, alteraciones del sueño y fatiga, comparados con el personal de enfermería que lleva menos tiempo trabajando?

“Existe gran diferencia entre el personal de mayor antigüedad lo que conlleva un mayor desgaste físico y en algún momento ha consultado con el médico por algunos de los síntomas mencionados y ha adquirido experiencia tomando los cuidados pertinentes sobre su salud. En cambio, el personal de enfermería que lleva menos tiempo ignora el peligro de salud personal que conlleva su tarea.”

4.- ¿Considera Ud. que la pérdida de energía, mayor irritabilidad y quejas constantes por la cantidad de trabajo de las tareas de enfermería es causante de estrés del personal de enfermería?

“Estamos hablando de una respuesta física a una realidad indeseable, que debe ser tratada por un profesional. El personal de enfermería que no consigue superar estas circunstancias aparece con una respuesta psicofísica o estrés.”

Cuando estas situaciones ocurren repetidamente y no se consigue dar una respuesta adecuada a los estresores que permanecen en el tiempo, las consecuencias psicofísicas se van multiplicando y acumulando al correr del tiempo: trastornos del sueño (para conciliarlo o mantenerlo continuo), fatiga o caída de la energía, pérdida o exceso del apetito, trastornos gastrointestinales (indigestiones, diarreas o constipaciones, úlceras, etc.), trastornos cardíacos, cefaleas, ansiedad, nerviosismo, irritabilidad, depresión, etc.)”

5.- ¿Recibe Ud. Eventuales consulta del personal de enfermería con estos signos y síntomas?

“Sí, en algunas ocasiones se me consulta sobre los síntomas mencionados anteriormente.”

Opinión general:

“La salud del enfermero está relacionada con la probabilidad y la magnitud de las consecuencias que conllevan las tareas de enfermería (tareas insalubres).

Se relaciona con la edad, la antigüedad laboral, el ambiente de trabajo, con la carencia del personal de enfermería necesario, el exceso de trabajo, la situación socioeconómica, las relaciones personales y los hábitos individuales. También con la falta de conocimientos de su propia salud y de las medidas de prevención y asistencia médica para dichos problemas (A.R.T., Obra Social).

También se relaciona con la falta de concientización desde lo institucional cuando el personal de enfermería presenta partes de enfermo, ya sean clínicos o psiquiátricos, afectándose su credibilidad, pero solamente el organismo es el que habla...”

Dra. I.V., Médica Psiquiatra.-

- **¿Teniendo en cuenta que la enfermedad mental puede considerarse una enfermedad contaminante ¿créa Ud. Que el desarrollo de una mejor capacitación funcionaría como un factor de protección?**

“Sí.”

- **Siendo una realidad que la mujer que tiene más de una ocupación laboral también sigue asumiendo las tareas hogareñas y de crianza de los hijos ¿constituye esto un agravante de su situación de desgaste laboral?**

“Si, dependiendo del punto de vista que se lo mire ya que puede ser un agravante o un factor protector el hecho de realizar distintas actividades o distintos trabajos ya que esto le hace estar en contacto con diferentes cosas y distintas realidades, dependiendo todo de la persona y de los contextos en que esto se lleve a cabo.”

- **¿Qué opinión le merece la integración del personal de enfermería como parte del equipo terapéutico y que aspectos serían de interés para mejorar esta integración desde el punto de vista de su formación?**

Por empezar que hubiese una residencia interdisciplinaria en la que no solo participasen médicos, psicólogos y trabajadores sociales también participase la enfermería como pasa en otras provincias

- **La dificultad, que podría plantearse, es un tiempo prolongado para la formación y la residencia es un posgrado**

Podría realizarse una residencia más corta; así como los psicólogos y las trabajadoras sociales realizan una residencia más corta. Hace falta instrumentar una especialización como se realiza en otras áreas de la medicina, así como un enfermero que trabaja en terapia intensiva tiene que especializarse en eso.

También porque hay un montón de cosas que no se aprenden en la facultad sino en campos de práctica como el hospital y también de esto podría resultar un elemento extra que ayude a derribar esa barrera que suele haber entre la profesión de enfermería y el colectivo médico.

AUTORIZACIÓN



ESCUELA DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



ESCUELA DE ENFERMERÍA CICLO DE LICENCIATURA

Docentes del Curso de "TALLER DE PRODUCCIÓN DE TESINA O TRABAJO FINAL" de la Carrera de Ciclo de Licenciatura en Enfermería, Lic. Reyes María Rosa y Lic. Andrada Ana Magdalena, CERTIFICAN que:

El/ los abajo firmantes, alumnos de la Escuela de Enfermería dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, solicita/n autorización para concurrir al Servicio de Enfermería de la Institución Hospital El Sauce, a los fines de recabar datos, de carácter confidencial, requeridos en la elaboración del Trabajo Final para optar al Título de Licenciada/o en Enfermería.

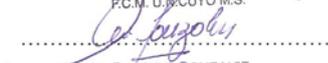
Mendoza, 16 de setiembre de 2013.

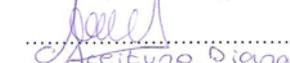

.....
Lic. Ana Magdalena Andrada

Lic. ANA MAGDALENA ANDRADA
DOCENTE ESCUELA DE ENFERMERÍA
F.C.M. U.N.CUYO M.S.


.....
Lic. María Rosa Reyes

María Rosa Reyes
Lic./Enf. - Docente


.....
Firma y Aclaración del Alumno
MARÍA EUGENIA GONZÁLEZ
Enfermera Profesional
Mat. 4633


.....
Firma y Aclaración del Alumno
Accetuno Diana


.....
Firma y Aclaración del Alumno

ALFREDO ROBLEDO
ENFERMERO PROFESIONAL
MAT. 7963


.....
Lic. HUMBERTO LÓPEZ
PRESIDENTE
Comité de Doc. e Inv.
M. de Salud - Hospital "EL SAUCE"